



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ " ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ"**

Διπλωματική εργασία

«Σχολική προσαρμογή παιδιών με κατάθλιψη και αντιμετώπιση της ψυχικής
διαταραχής από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης»

«Κούζιλου Φωτεινή»

Θ.Ε. “ Η εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον ” (ΕΚΠ50)

Επιβλέπων καθηγητής: Σταύρου Πήλιος Δημήτρης

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2020

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

«Σχολική προσαρμογή παιδιών με κατάθλιψη και αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.»

«Κούζιλου Φωτεινή»

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κος Σταύρου Πήλιος Δημήτρης

Κ. Βάσιου Αικατερίνη

Θα ήθελα να αφιερώσω τη διπλωματική εργασία στη μνήμη του πατέρα μου Νικόλαου.

Περίληψη

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση των μαθητών /τριών με παιδική κατάθλιψη. Η παρούσα έρευνα είναι πρωτογενής και χρησιμοποιεί αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο βασίζεται σε τυποποιημένες κλίμακες για τη διάγνωση της παιδικής κατάθλιψης, εγχειριδίων κατάταξης των διαταραχών (ICD-11) καθώς επίσης και στη βιβλιογραφία σχετικά με την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το δείγμα της ποσοτικής έρευνας είναι 80 γυναίκες και 5 άνδρες, όλοι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργάζονται σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία. Η έρευνα στηρίζεται στη δειγματοληψία προσβασιμότητας. Η εμπειρική μελέτη κατέδειξε ότι, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών, η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο και μπορεί να έχει επικίνδυνες συνέπειες για τη ζωή του παιδιού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο (απόδοση, κλίμα, σχέση παιδιού-εκπαιδευτικού), η κοινωνική προσαρμογή και ο εκφοβισμός από συμμαθητές δύνανται να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Η αδιαφορία από την πλευρά των εκπαιδευτικών συμβάλει αρνητικά σε αυτήν τη διαδικασία, ενώ ο εντοπισμός των συμπτωμάτων και η προσαρμογή της διδασκαλίας με κατάλληλο τρόπο, η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και η ενθάρρυνση της ελεύθερης έκφρασης, συμβάλουν στην πρόληψη των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί στόχοι θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ενίσχυση της θετικής αυτό-αντίληψης, την ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε παιδιού, την επιβράβευσή τους και τη μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών/τριών. Παρατηρήθηκε ότι ο βαθμός γνώσης και ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη και τις αιτίες που την προκαλούν, ενισχύει τη δυνατότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων της παιδικής κατάθλιψης.

Με βάσει τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, προκύπτει ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ενημερωμένοι για τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης και την αιτιολογία του φαινομένου αυτού. Αναδείχθηκε η σημασία του θετικού σχολικού κλίματος, της υποστηρικτικής σχέσης μεταξύ εκπαιδευτικών και

μαθητών/τριών και της προσαρμογής της διδασκαλίας, ώστε να ενισχύεται η θετική αυτό-αντίληψη των μαθητών/τριών για τις ικανότητές τους.

Λέξεις κλειδιά: Παιδική κατάθλιψη, σχολική προσαρμογή, ψυχική νόσος, συμπτώματα, εκπαιδευτικός στόχος.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the perceptions of primary school teachers about the education of children with childhood depression. The present research uses an improvised questionnaire to collect data. The questionnaire is based on standardized scales for the diagnosis of childhood depression, disorder classification manuals (ICD-11) as well as in the literature on the education of people with mental disorders. The sample of the quantitative survey is 80 women and 5 men, all primary school teachers working in primary schools. The research is based on accessibility sampling. The empirical study showed that childhood depression affects every aspect of a child's psychological functioning, both at home and at school, and can have dangerous consequences for a child's life, according to teachers' perceptions. Factors related to school (performance, climate, child-teacher relationship), social adjustment, bullying by classmates can lead to the development of psycho-emotional disorders. Indifference on the part of teachers contributes negatively to this process, while identifying symptoms and adapting teaching in an appropriate way, developing a relationship of trust and encouraging free expression, help prevent psycho-emotional disorders. Teachers argue that educational goals should consider enhancing positive self-perception, highlighting each student's different skills and rewarding them, and reducing discrimination between students. It has been observed that the level of knowledge and information of teachers about childhood depression and the causes that cause it, enhances the ability to recognize the symptoms of childhood depression. Based on the findings of this research, it appears that primary school teachers are aware of the symptoms of childhood depression and the etiology of this phenomenon. The importance of a positive school climate, a supportive relationship between teachers and students and the adaptation of teaching to enhance students' positive self-perception of their abilities was highlighted.

Keywords: Childhood depression, school adjustment, mental illness, symptoms, educational goals.

Περιεχόμενα

Εξώφυλλο	1
Περίληψη	5
Abstract.....	7
Περιεχόμενα	9
Εισαγωγή.....	12
Α. Μέρος :Θεωρητικό Μέρος.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης.....	14
1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις της καταθλιπτικής διαταραχής	14
1.2. Η αναπτυξιακή πορεία της κατάθλιψης	17
1.2.1. Βρεφική ηλικία	17
1.2.2. Προσχολική ηλικία (4ο και 5ο έτος)	17
1.2.3. Σχολική ηλικία (6ο έως 12ο έτος)	19
1.2.4. Εφηβική ηλικία	20
1.3. Επιδημιολογία της παιδικής κατάθλιψης	20
1.4. Συννοσηρότητα της παιδικής κατάθλιψης	22
1.5. Αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης	22
1.5.1. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία	23
1.5.2. Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία	25
1.5.3. Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία	27
1.5.4. Οικογενειακή θεραπεία	28
1.5.5 Φαρμακευτική παρέμβαση	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Το Καταθλιπτικό παιδί στο σχολικό περιβάλλον	31
2.1. Σχολική προσαρμογή	31

2.2. Ο ρόλος του σχολείου και του εκπαιδευτικού	31
2.3. Η ομάδα-τάξη	33
B' Μέρος: Εμπειρική Έρευνα	35
1. Στόχος και ερευνητικά ερωτήματα.....	35
2. Μέθοδος έρευνας	1
.....	37
2.1. Σχεδιασμός.....	37
2.2. Συμμετέχοντες (δείγμα).....	37
2.3. Τεχνική συλλογής δεδομένων.....	37
2.4 Ερευνητική Διαδικασία.....	40
2.5 Δεοντολογικά ζητήματα.....	41
3. Αποτελέσματα.....	42
3.1. Περιγραφή του δείγματος	42
3.2. Ανάλυση αξιοπιστίας	44
3.3. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την αιτιολογία παιδικής κατάθλιψης	45
3.4. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά των παιδιών με παιδική κατάθλιψη	47
3.5. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την εκπαίδευση των μαθητών με παιδική κατάθλιψη	49
3.6. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τη συμβολή τους στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών	51
3.7. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων	52
3.8. Διερεύνηση κανονικότητας κατανομών εξαρτημένων μεταβλητών	54

3.9.Διευρεύνηση Συσχετίσεων μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών	55
3.10. Διερεύνηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αντιλήψεων εκπαιδευτικών που σχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά	57
4. Συμπεράσματα	59
4.1. Σύνοψη κυριότερων ευρημάτων της έρευνας	59
4.2. Περιορισμοί της έρευνας.....	63
4.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	63
Βιβλιογραφικές Αναφορές	65
Παράρτημα Ι	70
Παράρτημα ΙΙ.....	76

Εισαγωγή

Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν κατά καιρούς αυτό που αποκαλούμε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη ως σύνδρομο είναι ένας συνδυασμός συμπτωμάτων που συνήθως συν-εμφανίζονται, και περιλαμβάνουν το αίσθημα της θλίψης και της μοναξιάς, καθώς επίσης και της ανησυχίας και της νευρικότητας (Wenar & Kerig, 2008). Η κατάθλιψη δεν είναι διαταραχή της διάθεσης που αφορά μόνο τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, αλλά και τα παιδιά. Παλαιότερα, οι επαγγελματίες υποστήριζαν ότι η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Το 1970, στο 4ο Συνέδριο της Ένωσης των Παιδοψυχιάτρων της Ευρώπης, στη Στοκχόλμη, αναφέρεται η ύπαρξη της Παιδικής κατάθλιψης. Αρκετοί ερευνητές θα αναφέρονταν στην «κεκαλυμμένη κατάθλιψη» ως την πλέον επικρατούσα μορφή κατάθλιψης στην παιδική ηλικία. Οι λόγοι για τους οποίους επικρατούσε η άποψη ότι τα παιδιά δεν αντιμετωπίζουν τέτοιο πρόβλημα έχουν τις ρίζες τους στις πρώτες ψυχαναλυτικές θεωρίες, σύμφωνα με τις οποίες η κατάθλιψη είναι στενά συνδεδεμένη με ένα δυνατό και «τιμωτητικό» υπερεγώ (Κλεφτάρας, 2018). Οι ερευνητές που μελέτησαν προσεκτικά την κατάθλιψη στα παιδιά επιβεβαιώνουν ότι αυτή έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την ενήλικη κατάθλιψη και εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες. Στην παιδική ηλικία τα προβλήματα συμπεριφοράς δεν συγκαλύπτουν την κατάθλιψη, αλλά συνοδεύουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Wenar & Kerig, 2008).

Τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης πολλές φορές δεν αναγνωρίζονται από τους ενήλικες. Το παιδί που παρουσιάζει κατάθλιψη ή σε πιο ήπιες περιπτώσεις καταθλιπτική συμπτωματολογία συχνά περνά απαρατήρητο (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2011). Μια αποτελεσματική παρέμβαση για τα παιδιά με κατάθλιψη θα πρέπει να είναι πολύπλευρη και, εκτός από το παιδί, να περιλαμβάνει το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον. Ο δάσκαλος μπορεί να διασφαλίσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για όλα τα παιδιά και ιδιαίτερα για αυτά που είναι συναισθηματικά ευάλωτα. Στόχος της παρούσα ερευνητικής μελέτης είναι να

διερευνήσει τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τους μαθητές με παιδική κατάθλιψη. Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό, γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Στην προσπάθεια να καλυφθεί με επαρκή τρόπο ένα ιδιαίτερα ευρύ θέμα γίνεται αναφορά αρχικά στην ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης, στη συνέχεια στην αναπτυξιακή πορεία της κατάθλιψης, στα κριτήρια της κλινικής διάγνωσης των Καταθλιπτικών Διαταραχών, στην επιδημιολογία και στην συννοσηρότητα της ψυχικής διαταραχής, η οποία είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως και στη θεραπευτική της αντιμετώπιση, η οποία πρέπει να είναι πολύπλευρη και να καλύπτει το σύνολο της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης των παιδιών (Κλεφτάρας & Αλεξόπουλος, 2018). Στο δεύτερο κεφάλαιο του πρώτου μέρους γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού παιδιού στο σχολικό περιβάλλον.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η εμπειρική μελέτη. Ο στόχος της εμπειρικής έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση των μαθητών/τριών με παιδική κατάθλιψη. Αρχικά διατυπώνονται οι ερευνητικοί στόχοι, οι λειτουργικοί ορισμοί και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η μέθοδος, που περιλαμβάνει τους συμμετέχοντες, το ερευνητικό εργαλείο ανάλυσης δεδομένων, τη μέθοδο ανάλυσης δεδομένων και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Στα επόμενα κεφάλαια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων και τα συμπεράσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης και στη συνέχεια γίνεται η συζήτηση και η αποτίμηση των ευρημάτων της έρευνας και η συσχέτισή τους με την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Στα επόμενα κεφάλαια αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και η συμβολή της σε μελλοντικές έρευνες. Τέλος, γίνεται αναφορά στην ελληνική και στην ξένη βιβλιογραφία και παρουσιάζονται το Παραρτήμα Ι -Ερωτηματολόγιο και το παράρτημα ΙΙ-Πίνακες της παρούσας έρευνας.

Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης

1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις της καταθλιπτικής διαταραχής

Στην προσπάθεια να διευκρινιστούν η φύση και τα αίτια της παιδικής κατάθλιψης, θα παρατεθούν οι προσεγγίσεις των κυριότερων σχολών με τους εκπροσώπους τους.

Ο Sigmund Freud, προσπαθώντας να κατανοήσει την κατάθλιψη, θεώρησε δεδομένη τη σχέση ανάμεσα στην απώλεια αντικειμένου και την μελαγχολία (Kaplan & Sadock, 2000). Φρονούσε ότι η οργή του καταθλιπτικού αρρώστου στρέφεται προς τα μέσα, λόγω ταύτισης με το απωλεσθέν αντικείμενο. Ο Freud πίστευε ότι η ενδοβολή, ίσως είναι ο μόνος τρόπος για να εγκαταλείψει το Εγώ ένα αντικείμενο. Διέκρινε τη μελαγχολία ή την κατάθλιψη από το πένθος, με βάση το ότι ο καταθλιπτικός αισθάνεται έντονη αυτοϋποτίμηση και είναι ενοχικός και αυτομομφικός, ενώ αυτός που πενθεί όχι (Kaplan & Sadock, 2000). Ο Freud αναφέρει μια σειρά καταστάσεων κινδύνου που λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες και απειλούν το Εγώ με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με την εξελικτική του βαθμίδα: α) Κατά το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού, απειλητικός είναι ο αποχωρισμός από ένα σημαντικό για το παιδί πρόσωπο-απώλεια του αντικειμένου-το οποίο αποτελεί πηγή ικανοποίησης. β) Κατά το τέλος του πρώτου ως δεύτερου έτους, το παιδί φοβάται ότι, αν και το πρόσωπο που ικανοποιεί τις ανάγκες του είναι παρόν, ενδέχεται να χάσει την αγάπη του. Αυτή η κατάσταση κινδύνου ονομάζεται απώλεια αγάπης του αντικειμένου. γ) Από τριών έως πέντε περίπου ετών, αρχίζει να διαμορφώνεται το άγχος του ευνουχισμού, που βιώνεται διαφορετικά από τα δύο φύλα. Από το αγόρι ως φόβος απώλειας του πέους και από το κορίτσι ως φόβος τραυματισμού των γεννητικών οργάνων. δ) Τέλος, καθώς δημιουργείται το Υπερεγώ, μετά τα πέντε ή έξι χρόνια, εμφανίζεται ο φόβος που προκαλείται από την ενοχή και, κατά συνέπεια, την τιμωρία που προέρχεται από το Υπερεγώ (Ποταμιάνος, 1999).

Ο Karl Abraham, συνδέει το καταθλιπτικό αίσθημα με τις πρώιμες απογοητεύσεις του παιδιού στις σχέσεις με τους γονείς, προτού ξεπεραστεί η Οιδιπόδεια φάση. Ο Abraham αναλύει την κατάθλιψη από ψυχαναλυτική σκοπιά και επεξεργάζεται τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (Kaplan & Sadock, 1996). Ο Abraham διαίρεσε το στοματικό στάδιο σε θηλαστική και δηκτική φάση, το πρωκτικό στάδιο σε καταστροφική -εξωθητική (πρωκτικό-σαδιστική) φάση και σε κυριαρχική-κατακρατητική (πρωκτό-ερωτική) φάση, και το φαλλικό στάδιο σε μια πρώιμη φάση μερικής γενετήσιας αγάπης (αληθινή φαλλική φάση) και σε μια κατοπινή ώριμη γενετήσια φάση. Ο Abraham συνέδεσε τα ψυχοσεξουαλικά στάδια με ειδικά σύνδρομα. Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Abraham είναι αποτέλεσμα καθήλωσης το στοματικό στάδιο. Για τον Abraham η πρωτογενής κατάθλιψη είναι συνδεδεμένη με τις πρώιμες απογοητεύσεις του παιδιού στη σχέση με τους γονείς του (Golse & Messerschmitt, 1987).

Η Melanie Klein συνέδεσε αργότερα την κατάθλιψη με αυτό που ονόμασε καταθλιπτική θέση (Ποταμιάνος, 1999). Θεωρούσε ότι οι κύκλοι μανίας-κατάθλιψης αντικατόπτριζαν αποτυχία του υποκειμένου να εδραιώσει στον ψυχισμό του ενδοβολές αγάπης, κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας (Kaplan & Sadock, 2000). Κατά την άποψη της Melanie Klein οι καταθλιπτικοί αρρώστοι υποφέρουν από την ανησυχία ίσως, ότι με τη δική τους καταστροφικότητα και τη δική τους απληστία, κατέστρεψαν τα αντικείμενα αγάπης. Ως αποτέλεσμα αυτής της φαντασιωτικής καταστροφής βιώνουν μια κατάσταση δίωξης, όπου οι διώκτες είναι τα εναπομένοντα αντικείμενα, και διωκόμενοι οι ίδιοι. Το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο είναι χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών αρρώστων, εκπορεύεται από μια αίσθηση ότι οι καλοί εσωτερικοί τους γονείς έχουν μετατραπεί σε διώκτες, εξαιτίας των καταστροφικών φαντασιώσεων και παρορμήσεων που έχουν οι ίδιοι οι ασθενείς (Kaplan & Sadock, 2000). Η M. Klein έβλεπε την προβολή και την ενδοβολή σαν τις μείζονες αμυντικές λειτουργίες των πρώτων μηνών της ζωής. Το βρέφος προβάλλει παράγωγα του ενστίκτου του θανάτου επάνω στη μητέρα και στη συνέχεια φοβάται ότι η «κακή μητέρα» θα του επιτεθεί (Ποταμιάνος, 1999). Η διχοτόμηση σύμφωνα με την M. Klein είναι ένας από τους μείζονες αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται κατά την ανάπτυξη. Κατά τη διχοτόμηση, τα αντικείμενα βιώνονται είτε σαν εντελώς καλά και συνδέονται με αγάπη ή σαν εντελώς κακά και συνδέονται με επιθετικότητα. Όταν αυτές οι ξεχωριστές

οπτικές απαρτιώνονται, όταν δηλαδή το παιδί αντιλαμβάνεται ότι το καλό και το κακό αντικείμενο είναι ένα, ότι η αγάπη και η επιθετικότητα του αφορούσαν στο ίδιο αντικείμενο, τότε αρχίζει να ανησυχεί μη τυχόν έβλαψε ή κατέστρεψε τη μητέρα του με τις σαδιστικές και εχθρικές φαντασιώσεις που είχε γι' αυτήν (Κλεφτάρας, 2018). Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, το παιδί φτάνει σε καταθλιπτική θέση (Κλεφτάρας, 2018).

Ο D.W. Winnicott, είναι ο σημαντικότερος θεωρητικός εκπρόσωπος της σχολής των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων ή Σχέσεων του Αντικειμένου (Ποταμιάνος, 1999). Σύμφωνα με τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, τα αίτια της κατάθλιψης θα πρέπει να αναζητηθούν στην αρχικά αμφιθυμική σχέση ανάμεσα στο παιδί και σε αυτόν που έχει την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα του. Καθώς το βρέφος αποκτά την αντίληψη της μητέρας ως ξεχωριστής οντότητας, αρχίζει να ανησυχεί για τις επιπτώσεις των ενορμήσεών του πάνω της. Η αμφιθυμία του εκδηλώνεται ως επιθυμία καταστροφής της μητέρας, ενώ ταυτόχρονα φοβάται ότι θα χάσει τη σχέση αυτή από την οποία είναι απόλυτα εξαρτημένο. Με την «επαρκώς καλή μητρική φροντίδα», τα αμφιθυμικά συναισθήματα αγάπης και μίσους συνενώνονται και ένα «καλό» εσωτερικό αντικείμενο δημιουργείται. Αν η διαδικασία αυτή αποτύχει, η ενδοβολή θα παραμείνει ανολοκλήρωτη και το άτομο δεν θα καταφέρει ποτέ να διατηρήσει την εσωτερική αναπαράσταση ενός «καλού» αντικειμένου που είναι πηγή αγάπης και φροντίδας και που αποτελεί την ίδια τη βάση της αυτοεκτίμησής του (Ποταμιάνος, 1999).

Ο Heinz Kohut όρισε εκ νέου την κατάθλιψη με όρους της ψυχολογίας του εαυτού. Θεωρούσε ότι η ανάπτυξη και η διατήρηση της αυτοεκτίμησης και της συνοχής του εαυτού είναι σημαντικότερες από ό,τι η σεξουαλικότητα και η επιθετικότητα (Karlan & Sadock, 2000). Θεωρούσε ότι υπάρχουν δύο γραμμές ανάπτυξης: η μια κινείται προς την κατεύθυνση των σχέσεων αντικειμένου και η άλλη προς την κατεύθυνση της διεύρυνσης του εαυτού. Στη βρεφική ηλικία, το παιδί φοβούμενο ότι θα χάσει την ευδαιμονία της πρώιμης σχέσης του με τη μητέρα και προσπαθώντας να διασώσει τη χαμένη τελειότητα, καταφεύγει σε τρεις εναλλακτικούς δρόμους: στον μεγαλειώδη εαυτό, στο alter ego ή διδυμία και στο εξιδανικευμένο γονεϊκό μορφοείδωλο. Όταν οι ανάγκες του εαυτού-αντικειμένου για κατοπτρισμό, διδυμία ή εξιδανίκευση δεν καλύπτονται από σημαντικά άτομα του περιβάλλοντός του, το καταθλιπτικό άτομο, μη

έχοντας τη ποθούμενη ανταπόκριση, βιώνει μια αίσθηση μη αρτιότητας και απελπισίας (Kaplan & Sadock, 2000). Μέσα σ' αυτό το εννοιολογικό πλαίσιο, ορισμένες απαντήσεις εκ μέρους του περιβάλλοντος θεωρούνται απαραίτητες για τη διατήρηση του αισθήματος αυτοεκτίμησης και αρτιότητας.

Τέλος, ο E. Bibring θεωρούσε την κατάθλιψη πρωτογενή συγκινησιακή κατάσταση, η οποία προκύπτει όταν το άτομο βιώνει από τη μια μεριά τους πόθους και τις φιλοδοξίες του, και από την άλλη την πραγματικότητα (Kaplan & Sadock, 2000). Επέμεινε στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η αυτοεκτίμηση στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 2018).

1.2. Η αναπτυξιακή πορεία της κατάθλιψης

1.2.1. Βρεφική ηλικία

Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Τσιάντη (2018), η κατάθλιψη εκδηλώνεται με καθυστέρηση ή απώλεια σωματικών, νοητικών και συναισθηματικών επιτευγμάτων, και με συμπτώματα όπως καθυστέρηση στον έλεγχο των σφιγκτήρων, διαταραχές στον ύπνο, αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, διαρκές κλάμα, απώλεια βάρους, απόσυρση, θυμός, μειωμένη ανταπόκριση στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, ασυνήθεις αντιδράσεις στους ξένους και επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης, η οποία όμως δεν δικαιολογείται στα οργανικά κριτήρια. Τα βρέφη μπορεί να παρουσιάσουν επίσης «επίπεδο συναίσθημα», νοητική και κινητική «απάθεια», η οποία όταν εμφανιστεί θα πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη, διότι ως σύμπτωμα είναι πιο ανησυχητικό από αυτό της θλίψης (Κλεφτάρας & Τσιάντης, 2018). Κατά την πρώτη νηπιακή ηλικία τα παιδιά συνεχίζουν να παρουσιάζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα του προηγούμενου έτους, αλλά αναπτύσσουν και καινούργια. Σύμφωνα με τους Wenar & Kerig (2008) μπορεί να εμφανιστεί αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως χτύπημα του κεφαλιού και αυτό-δάγκωμα, καθώς επίσης και αυτοκενναστική συμπεριφορά, όπως λίκνισμα ή πιπίλισμα του αντίχειρα.

1.2.2. Προσχολική ηλικία (4^ο και 5ο έτος)

Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Τσιάντη (2018), στην προσχολική ηλικία τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα της προηγούμενης ηλικιακής φάσης. Είναι όμως πιο ξεκάθαρα και τείνουν να μοιάζουν όλο και περισσότερο με αυτά των ενηλίκων. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας δύσκολα εκφράζουν με λόγια τα συναισθήματα τους. Η θλίψη τους είναι έντονη και συχνά συνοδεύεται από ανησυχία, κλάμα, ανορεξία και έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και ασχολίες που απευθύνονται σε παιδιά της ηλικίας τους. Παρατηρούνται ακόμη παλινδρομήσεις γνωστικού και λεκτικού τύπου, ενούρηση ή εγκόπριση, απώλεια δεξιοτήτων (κινητικών, νοητικών, γλωσσικών) που αποκτήθηκαν πρόσφατα, έντονο άγχος αποχωρισμού από το άτομο που φροντίζει το παιδί και διαρκής έκφραση φόβου εγκατάλειψης. Εμφανείς είναι οι εκρήξεις οργής, τα παράπονα για αδιαθεσίες, οι σωματικές ενοχλήσεις και οι στερεοτυπίες (Κάκουρος και Μανιαδάκης, 2004). Έκδηλες είναι η ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τάση για κοινωνική απομόνωση. Η κλινική εικόνα των παιδιών αυτής της ηλικίας δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται διαρκώς, γεγονός που δυσκολεύει τη διαγνωστική διαδικασία. Η προσωρινή φύση των ανωτέρω συμπτωμάτων συχνά έχει σχέση με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών, επειδή σε αυτή την ηλικία η γνωστική δομή δεν έχει αναπτυχθεί και η συμπεριφορά είναι ασταθής. Σύμφωνα με τους Τσιάντη και Μανωλόπουλο (1988), το παιδί δεν μπορεί να κατανοήσει πλήρως τις έννοιες του παρόντος και του παρελθόντος, αλλά ούτε και να γενικεύσει τις εμπειρίες του.

Σύμφωνα με τους Bernard και Messerschmitt (1983) το επίπεδο της λογοποίησης και της διανοητικοποίησης επιτρέπει στο πιο μεγάλο παιδί να διακρίνει καλύτερα το φανερό καταθλιπτικό του βίωμα. Παρουσιάζει καταθλιπτική θυμική διάθεση, όπου η λύπη εμφανίζεται σχεδόν πάντοτε. Όταν του θέτουν ερωτήματα εμφανίζεται η αυθεντικότητα της σύγχυσης, της απελπισίας που εκδηλώνονται με συναφή τρόπο, είτε στους όρους, είτε στον τόνο, είτε στη χροιά της φωνής, το βλέμμα, τη χειρονομία. Βρισκόμαστε σίγουρα μπροστά στην έκφραση ενός ηθικού πόνου, που εγκλείει το υποκείμενο μέσα σε μια οδυνηρή ενασχόληση, τη στιγμή που οι εξωτερικές προκλήσεις δε συναντούν παρά μονάχα έλλειψη ενδιαφέροντος, πλήξη, αδιαφορία και απόσυρση. Συχνότερα από αυτήν την αυτό-κατηγορία ή την υποτίμηση, υπάρχει μια εσωτερική συνείδηση, ένα αίσθημα ευθύνης, ανικανότητας. Μια ανικανότητα να παρακινεί και να μοιράζεται σχέδια που θα προσφέρουν μια κοινή ευχαρίστηση αλλά

και ανικανότητα να αποδεχτεί μια εξωτερική βοήθεια που θα μπορούσε να συνδυαστεί με ένα αίσθημα ισοδύναμο με δυστυχία, τη νοσηρή δικαίωση της αυτοτιμωρίας που βρίσκεται ίσως πιο κοντά από τη μελαγχολία του ενήλικα. Επιπρόσθετά, παρουσιάζει αναστολή και απώλεια πλαστικότητας. Το παιδί φαίνεται ακινητοποιημένο, η μιμική και οι χειρονομίες του είναι φτωχές με τάση προς την παθητικότητα. Το παιδί χάνει το ενδιαφέρον και την ικανότητα να παίζει, η φαντασία του φτωχαίνει και η ικανότητα να συγκεντρωθεί σε μια δραστηριότητα αμβλύνεται.

1.2.3. Σχολική ηλικία (6ο έως 12ο έτος)

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2004), στην ηλικία αυτή τα συμπτώματα της κατάθλιψης μοιάζουν όλο και περισσότερο με αυτά των ενηλίκων, παρότι στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της παρατηρούνται κάποιες αναπτυξιακού τύπου διαφορές, δηλαδή το ίδιο σύμπτωμα μπορεί να εκφράζεται στα παιδιά με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους ενήλικες. Στη σχολική ηλικία η καταθλιπτική διάθεση είναι πλέον εμφανής, καθώς και η έκφραση συναισθημάτων ενοχής και υπερβολικής κριτικής. Στην ηλικία αυτή τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Πιο συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται πλήξη, ότι βαριούνται και ότι δεν έχουν ενδιαφέρον για τίποτα. Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Τσιάντη (2018), η κατάθλιψη στα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλα συμπτώματα: έκφραση συναισθημάτων ενοχής, αυτομομφή, θλίψη, δυσκολία στη συγκέντρωση, σχολική αποτυχία και σχολική φοβία, έλλειψη ενδιαφερόντων και κινήτρων, δυσφορία, ξεσπάσματα θυμού ή κλάματα, ονυχοφαγία, ανυπακοή, δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, μικροκλοπές, έλλειψη ανοχής στις ματαιώσεις. Η επίδοσή τους στο σχολείο δεν είναι ικανοποιητική, παρόλο που μπορεί να ήταν πολύ καλή πριν παρουσιάσουν την κατάθλιψη, γεγονός που σχετίζεται με την κακή τους διάθεση, την έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρων και τη δυσκολία τους για συγκέντρωση. Είναι δυνατόν επίσης σε κάποιες περιπτώσεις να είναι ευερέθιστα (Goodyer & Cooper, 1993) και να εκδηλώσουν διασπαστική συμπεριφορά και ψυχοκινητική διέγερση.

1.2.4. Εφηβική ηλικία

Σύμφωνα με τους Καλαντζή -Αζίζι και Ζαφεροπούλου (2011), σ' αυτήν την ηλικία είναι πιο ασφαλής η χρήση των κριτηρίων του DSM-IV για τη διάγνωση της κατάθλιψης, δεδομένου ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι συγκρίσιμα με αυτά των ενηλίκων. Σύμφωνα με Bernard & Messerschmitt (1983), η εφηβική πίεση, η επανεργοποίηση του σώματος, η πρόσβαση στη δυνητικότητα του ενήλικα σκοντάφτουν σε μια συχνά μακρά αναμονή μιας κοινωνικής και επαγγελματικής θέσης, και θέτουν σε κίνδυνο την αυτονομία. Ο ίδιος ο όρος της πραγματοποίησης συσχετίζει την αμεσότητα του απρόβλεπτου περάσματος στην πράξη με το ουτοπικά απροσδιόριστο των επιθυμιών και των σχεδίων.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των εφήβων μοιάζουν επίσης με αυτά των μεγαλύτερων παιδιών σχολικής ηλικίας, οι έφηβοι όμως εκδηλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα ορισμένα από αυτά, όπως ευερέθιστη διάθεση, επαναστατικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος, απελπισία και κοινωνική απόσυρση. Σύμφωνα με τους Weis & Garber (2003), υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην ένταση και τον τρόπο εκδήλωσης των κύριων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα, στο αίσθημα κόπωσης, την ενοχή, τη θλίψη, την αναστάτωση και τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα. Μετά την είσοδό τους στην εφηβεία τα παιδιά εκδηλώνουν συχνότερα απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες που συνήθιζαν να είναι ευχάριστες, πού χαμηλή και εύθραυστη αυτοεκτίμηση, αυξομείωση βάρους, προβλήματα ύπνου και πρόσληψης τροφής, χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών και σε κάποιες περιπτώσεις αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας που αποδεικνύονται επιτυχείς συχνότερα από ό,τι στην παιδική ηλικία.

1.3. Επιδημιολογία της παιδικής κατάθλιψης

Οι επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν παιδιά και εφήβους είναι ελάχιστες και συνήθως παρουσιάζουν σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα, τα οποία εστιάζονται

κυρίως στον τρόπο συλλογής των δεδομένων και επιλογής του δείγματος, καθώς και στις μεθόδους αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται (Κλεφτάρας, 2002). Στις έρευνες αυτές καταγράφηκε η τάση εμφάνισης ορισμένων διαταραχών -όπως για παράδειγμα της - σε ολοένα και μικρότερες ηλικίες. Αυτό θα πρέπει να προβληματίσει ιδιαίτερα τους ειδικούς, διότι οι διαταραχές οι οποίες εκδηλώνονται σε μικρότερες ηλικίες τείνουν να εξελίσσονται σε χρόνιες καταστάσεις και έχουν δυσμενείς επιδράσεις στα παιδιά που διανύουν αυτές τις δημιουργικές και κρίσιμες για την ανάπτυξη ηλικίες (Rey, 1992). Σύμφωνα με τον Τσιάντη (2001), έχει υπολογιστεί ότι 2-4% των παιδιών πάσχουν από κατάθλιψη. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την ηλικία και φτάνει περίπου στο 20-30% για άτομα στην όψιμη εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Η συχνότητα για την εμφάνιση σε παιδιά μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 1% έως 5%. Μια έρευνα ευρείας κλίμακας σε δείγμα 2.674 παιδιών και εφήβων (Boyle et al., 1987· Fleming, Offord & Boyle, 1989), που έγινε στον Καναδά και αφορούσε τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή βάσει των κριτηρίων του DSM-III, έδειξε τα εξής ποσοστά ανά ηλικία: 2,6% για παιδιά σχολικής ηλικίας ανεξαρτήτως φύλου, και 6,9% για αγόρια και 8,8% για κορίτσια εφηβικής ηλικίας. Όσον αφορά στην Ελλάδα, σχετική μελέτη σε δείγμα 610 παιδιών και εφήβων έδειξε ότι σε ποσοστό 11,5% παρουσιάζουν υψηλή συμπτωματολογία (Μπίμπου-Νάκου & Κιοσέογλου, 2001).

Στην έρευνα των Giannakopoulos και συνεργατών (2009), σε δείγμα 538 παιδιών ηλικίας 8-12 ετών, βρέθηκε ότι το ποσοστό της σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμάνθηκε στο 4,2 % και της μέτριας στο 14,96%. Οι Klefтарas και Didaskalou (2006), σε δείγμα 323 παιδιών ηλικίας 10-13 ετών, 155 αγόρια και 168 κορίτσια, βρήκαν ότι το 8,6% των παιδιών παρουσίαζαν σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία μια 21,9% μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το δείγμα των μαθητών προερχόταν από δέκα διαφορετικά σχολεία που βρίσκονταν στην εκτεταμένη περιοχή της του Βόλου, πόλη της Θεσσαλίας. Οι στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν :

(α) η εκτίμηση του ποσοστού των μαθητών που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, (β) να εξετάσει την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών και την ικανότητά τους να εντοπίζουν αυτούς τους μαθητές, (γ) να διερευνήσουν τις διαφορές μεταξύ των νέων και με μεγαλύτερη προϋπηρεσία εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου το 30% των μαθητών παρουσίαζε υψηλό επίπεδο καταθλιπτικών

συμπτωμάτων, ενώ οι δάσκαλοί τους φάνηκε να στερούνται ετοιμότητας και δεξιοτήτων για την αναγνώρισή τους.

1.4. Συννοσηρότητα της παιδικής κατάθλιψης

Ερευνητικές μελέτες δείχνουν συννοσηρότητα της κατάθλιψης με αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές. Η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες ψυχικές διαταραχές εμφανίζεται να επηρεάζει τον κίνδυνο επανεμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά του, τις απόπειρες αυτοκτονίας, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Clarke και συνεργάτες, 1992 · Kovacs και συνεργάτες, 1993 · Sanford και συνεργάτες, 1995). Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μαναιαδάκη (2006) στο 40-70% των παιδιών και των εφήβων με κατάθλιψη συνυπάρχει τουλάχιστον ακόμη μια διαταραχή (Cicchetti & Toth, 1998). Τα πιο υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας διαπιστώνονται ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 60-70%. Σύμφωνα με τους Biederman, Faraone, Mick και Lelon (1995), το 97% των παιδιών με σοβαρή κατάθλιψη και το 96% με μέτρια κατάθλιψη παρουσιάζουν τουλάχιστον μία ακόμη διαταραχή. Επιπρόσθετα σε ποσοστό από 81% έως 83% εκδηλώνεται και δεύτερη διαταραχή. Οι διαταραχές οι οποίες συνήθως συνυπάρχουν με την κατάθλιψη διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Κατά την προσχολική ηλικία, η κατάθλιψη συνοδεύεται από τη διαταραχή άγχους του αποχωρισμού. Στη σχολική ηλικία σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μαναιαδάκη (2006) συνηθέστερη είναι η συνύπαρξη της κατάθλιψης με τη διαταραχή της διαγωγής, ενώ στην εφηβική ηλικία συχνά συνεμφανίζεται με τις διαταραχές διατροφής και την κατάχρηση ουσιών (Hammen & Rudolph, 1996). Επιπρόσθετα, συννοσηρότητα της κατάθλιψης παρατηρείται με τη δυσθυμία (Garber, 2009), τη σχολική φοβία, την ενούρηση και σε μικρότερο βαθμό με την εγκόπριση, το σύνδρομο Tourette, τις διαταραχές μυοσπασμών και τον τραυλισμό (Biederman, 1995).

1.5. Αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή η οποία, λόγω της φύσης της, δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή σε παιδιά και εφήβους. Ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν σχετικά με την αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης και την αποτελεσματικότερη μέθοδο θεραπείας της.

Δεν υπάρχει συμφωνία για το εάν η ψυχοθεραπεία ή η φαρμακοθεραπεία ή ο συνδυασμός των δύο πρέπει να χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της παιδικής κατάθλιψης. Σε όλες τις περιπτώσεις ωστόσο, η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες ανάλογα με τη βαρύτητα και τον αριθμό των προηγούμενων επεισοδίων, τη χρονιότητα, την ηλικία του παιδιού, τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, την προηγούμενη ανταπόκριση στη θεραπεία, την κινητοποίηση του καταθλιπτικού παιδιού, αλλά και παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα του θεραπευτή, η κινητοποίηση του αλλά και η εξειδίκευση του επηρεάζουν την επιλογή αλλά και το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης της παιδικής κατάθλιψης. Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τα καταθλιπτικά παιδιά αλλά και τις οικογένειες τους να αναπτύξουν επιτυχείς τρόπους χειρισμού παρελθοντικών και παρόντων ψυχοπιεστικών παραγόντων, να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, την αυτοεκτίμηση τους, να κατανοήσουν τον εαυτό τους και να χειριστούν τα προβλήματα στο σχολείο, στην οικογένεια και στις φιλικές τους σχέσεις. Σύμφωνα με τους Κακουρος & Μανιαδάκη (2006) δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ειδικών ως προς την αποτελεσματικότερη θεραπευτική μέθοδο. Για το λόγο αυτόν οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι έχουν εκλεκτική προσέγγιση, ότι επιλέγουν δηλαδή στοιχεία από διάφορες τεχνικές και μεθόδους για τον καταρτισμό του θεραπευτικού προγράμματος σε κάθε περίπτωση. Οι βασικές θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

1.5.1. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία

Οι ψυχοδυναμικές μέθοδοι θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα ασυνείδητων συγκρούσεων και επικεντρώνονται στην επαναφορά των συγκρούσεων αυτών στη συνείδηση του παιδιού με σκοπό την ενεργή επίλυσή τους (Chethik, 1989). Οι ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη εστιάζουν σε προβλήματα στην υποκείμενη οργάνωση της προσωπικότητας, που ανατρέχουν σε αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, από την οποία προκύπτει η κατάθλιψη.

Στόχος της θεραπείας είναι να μειωθούν η αυτοκριτική οι αρνητικές αναπαραστάσεις του εαυτού, και να ενισχυθεί το παιδί, ώστε να αναπτύξει περισσότερο προσαρμοστικούς αμυντικούς μηχανισμούς, προκειμένου να είναι σε θέση να ακολουθήσει μια υγιή πορεία συναισθηματικής ανάπτυξης (Wenar & Kerig, 2008). Οι Fonagy και Target (1996), διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα μιας εξελικτικά προσανατολισμένης ψυχαναλυτικής προσέγγισης με παιδιά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θεραπεία ήταν αποτελεσματική, ιδιαίτερα για προβλήματα εσωτερίκευσης, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Τα πιο μικρά παιδιά, κάτω από την ηλικία των 11 ετών, ανταποκρίθηκαν καλύτερα. Ωστόσο, η θεραπεία δεν ήταν γρήγορη. Τα καλύτερα αποτελέσματα βρέθηκαν για θεραπείες με 4-5 συνεδρίες την εβδομάδα για μία περίοδο δύο ετών. Η ψυχοθεραπεία του παιδιού μπορεί να αρχίσει να εφαρμόζεται από την εποχή που το παιδί έχει αρχίσει να επικοινωνεί με τον προφορικό λόγο.

Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε ψυχολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας κάθε τύπου. Τίθενται όμως κάποιες προϋποθέσεις όσον αφορά στην επιλογή ή μη της συγκεκριμένης θεραπείας. Βασικό θεωρείται η δυνατότητα του παιδιού να επικοινωνήσει με τρόπο αντιληπτό με τον θεραπευτή, ώστε να χρησιμοποιηθεί κατάλληλα το υλικό (η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων). Επίσης ουσιαστική θεωρείται η συγκατάθεση των γονέων, καθώς δίχως αυτή, η συνεργασία των ειδικών γίνεται δυσχερής. Η εξαρτητική σχέση του παιδιού με τους γονείς του, οι οποίοι είναι για την τωρινή ζωή του «τα αντικείμενα αγάπης», πρέπει να ληφθεί υπόψη από τον θεραπευτή, καθώς τα παιδιά δυσκολεύονται στις διαπροσωπικές σχέσεις τους με άλλους ενήλικες. Συνάμα, η ενδοσκόπηση στο Εγώ του παιδιού από το ίδιο είναι εξαιρετικά δύσκολη καθώς η λειτουργία αυτή βρίσκεται ακόμα στα σπάργανα σε αυτές τις ηλικίες. Επομένως, το να κερδίσει ο θεραπευτής το παιδί είναι βασική προϋπόθεση, ώστε να συνεργαστεί και να αποκτήσει επίγνωση του εσωτερικού του κόσμου. Από την πλευρά τους, οι γονείς αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να φέρουν το παιδί τους στον ειδικό, καθώς τις πιο πολλές φορές το ίδιο δεν υποφέρει από τα συμπτώματα ενώ, παράλληλα βιώνουν έντονες αντιστάσεις και οι ίδιοι, που φτάνουν ως την αναβολή και την άρνηση βοήθειας. Στα παιδιά δεν υπάρχουν οι ίδιες προϋποθέσεις για τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης όπως συμβαίνει με τους ενήλικες. Το τελευταίο σύμφωνα με τον Τσιάντη (1989), είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στις

φάσεις της θεραπείας που υπερισχύει η αρνητική μεταβίβαση ή γίνεται επιδείνωση των συμπτωμάτων τους.

Η Anna Freud αναφέρει ότι το ρόλο του ώριμου και υγιούς Εγώ του ενήλικα θεραπευόμενου, τόσο απαραίτητου για τη δημιουργία της θεραπευτικής συνεργασίας, μπορεί να αναλάβει η ειλικρινής διάθεση και επιθυμία των γονιών να βοηθήσει το παιδί τους. Θεωρείται ότι η ψυχοθεραπεία για παιδιά 2 ½ -6 ετών είναι συνήθως μικρότερης διάρκειας και το παιδί σε αυτή τη φάση είναι πιο εύκολο να προσεγγιστεί. Πολλά από τα παιδιά για τα οποία προτείνεται η ψυχοθεραπεία ανήκουν στη λανθάνουσα περίοδο. Η ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών αποτελεί μια από τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική της Παιδοψυχιατρικής. Ήταν ο Freud αρχικά ο οποίος, το 1909 θεράπευε τον πεντάχρονο Hans που είχε αναπτύξει μια φοβία για τα άλογα διαμέσου του πατέρα του. Είναι ιδιαίτερο σημαντικό να διευκρινιστεί ότι, όταν γίνεται αναφορά στον όρο ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αναφερόμαστε στην ερμηνευτική ψυχοθεραπεία, που σύμφωνα με τον Τσιάντη (1989) βασίζεται σε γνώμες που λέγονται στον ασθενή, με τις οποίες ερμηνεύεται και δίνεται μια επιπλέον εξήγηση για τη συμπεριφορά του, τα συμπτώματά του, τα όνειρα του, τους συνειρμούς τους, εκτός από αυτήν που ο ίδιος ο ασθενής αποδίδει. Η Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία είναι μια ατομική θεραπεία που έχει σκοπό να επιτρέψει στο παιδί να εκφράσει τα συναισθήματα θλίψης και θυμού που υπάρχουν μέσα του. Σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι να βελτιωθεί η αυτοεκτίμηση του παιδιού και να μειωθεί η αυστηρή κριτική ενός άκαμπτου και αυστηρού υπereγώ που έχει δημιουργηθεί μέσα του (Λιακοπούλου, 1998). Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1989), με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία επιδιώκεται η λύση, η εξάλειψη ή η μείωση της έντασης των συμπτωμάτων και, μέχρι ένα σημείο, η αλλαγή στη δομή της προσωπικότητας μαζί με μια επάνοδο του παιδιού στο δρόμο της φυσιολογικής ανάπτυξης. Η ανακούφιση δεν προέρχεται μέσα από την κάθαρση, αλλά από το ότι ερμηνεύεται πρωτογενές υλικό, ελευθερώνεται ενέργεια, και περιεχόμενο που ανήκει στο Προεγώ μετατρέπεται σε υλικό του Εγώ.

1.5.2. Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τον Σταλικά (2011), οι βασικές αρχές που διέπουν τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις και τεχνικές υποστηρίζουν ότι όλα όσα αναγνωρίζονται ως προβλήματα,

τα οποία χρήζουν ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης και φροντίδας, είναι ή εκφράζονται μέσα από συμπεριφορές ή σύνολα συμπεριφορών, και ότι ολόκληρο το φάσμα της ανθρώπινης συμπεριφοράς μπορεί να εξηγηθεί βάσει του προτύπου σύνδεσης ενός ερεθίσματος με μία αντίδραση. Ο Watson, ένας από τους πρώτους θεωρητικούς του συμπεριφορισμού, δήλωνε προκλητικά το 1913 πως «πρέπει να σκεφτούμε ότι οι διαδικασίες (οι οποίες συνθέτουν την ανθρώπινη συμπεριφορά) είναι ουσιαστικά μηχανικές συνήθειες του λάρυγγα». Σύμφωνα με τον Ποταμιάνο (1999), η θεραπεία αυτή υπακούει σε κάποιες θεμελιακές μεθοδολογικές αρχές:

1. Κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά ελέγχεται πρωταρχικά από το περιβάλλον.
2. Όλες οι επιμέρους συμπεριφορές, που συσχετιζόμενες συναποτελούν τη συμπεριφορά ενός υποκειμένου, αποκτώνται και διαμορφώνονται με βάση τις διαδικασίες μάθησης.
3. Όλες οι συμπεριφοριστικές θεραπείες συγκροτήθηκαν και αναπτύχθηκαν με βάση την έννοια της συσχέτισης, της εξάρτησης. Οποιοσδήποτε δηλαδή κι αν είναι ο συγκεκριμένος μηχανισμός ή δράση ή συμπεριφορά, η μάθηση πάντοτε συντελείται μέσα από την ενδυνάμωση της σχέσης συνάφειας μεταξύ δύο καταστάσεων ή δράσεων που είναι χωροχρονικά κοντινές.
4. Όλες οι διαδικασίες μάθησης μπορούν να μελετηθούν κατά τρόπο ικανοποιητικό, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, σε ένα εργαστήριο πειραματικής ψυχολογίας.
5. Ακόμα και μια πολύπλοκη και σύνθετη συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ότι διαμορφώθηκε με βάση τη σύνθεση απλούστερων μορφών συμπεριφοράς.

Η εκδήλωση ψυχοπαθολογίας γίνεται κατανοητή ως μάθηση μιας δυσλειτουργικής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή ως αποτυχία του ατόμου να προσαρμοστεί. Οι διάφορες εκφάνσεις της καταθλιπτικής συμπεριφοράς θεωρούνται σαν δυσκολίες προσαρμογής στις κοινωνικές του σχέσεις. Το μειωμένο ποσοστό θετικής ενίσχυσης που λαμβάνει το παιδί από το περιβάλλον του, και που προφανώς οφείλεται στις ανεπαρκώς ανεπτυγμένες δεξιότητές του, οδηγεί στην κατάθλιψη. Τα καταθλιπτικά παιδιά είναι αναγκαίο να μάθουν νέες προσαρμοστικές συμπεριφορές, να αποτιμηθεί το δυναμικό τους και να χρησιμοποιηθούν μέσα θεραπείας, όπως η μίμηση και η

διαμόρφωση συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να αποκτηθούν καινούρια μοντέλα συμπεριφοράς. Από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την ολοκλήρωση της, η ανάλυση της συμπεριφοράς αποτελεί το βασικό κορμό της συγκεκριμένης θεραπείας. Τα στάδια που ακολουθούνται είναι τα εξής :

1. Η επισήμανση των συμπτωμάτων, συμπεριφορών που πρέπει να αντιμετωπιστούν, τα οποία ιεραρχούνται ως προς τη διάρκεια, την ένταση και τη συχνότητά τους.
2. Η μέτρηση και η αξιολόγηση των συμπτωμάτων μέσω ειδικών κλιμάκων και ερωτηματολογίων που αφορούν την ποσοτική διάσταση του συμπτώματος.
3. Η επιλογή της θεραπευτική τεχνικής η οποία είναι συνάρτηση της φύσης της συμπεριφοράς, των ατομικών διαφορών και περιβαλλοντικών διαστάσεων. Σε αυτές τις τεχνικές περιλαμβάνονται το μοντέλο λύσης προβλημάτων, παιχνίδια ανάθεσης ρόλων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και αφήγηση ιστοριών με ταυτόχρονη σχηματοποίηση κατάλληλων συμπεριφορών. Στις συνεδρίες τα παιδιά επεξεργάζονται υποθετικά προβλήματα και διδάσκονται τη σχέση μεταξύ συναισθημάτων και κοινωνικών συμπεριφορών.

1.5.3. Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή αποδίδει σημαντικό ρόλο στα γνωστικά-ερμηνευτικά σχήματα και στις γνωστικές δομές και πεποιθήσεις όσον αφορά τη διαμόρφωση και τη διατήρηση διαφόρων μορφών δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τη θεωρία του Beck (1976), είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής του, και ειδικότερα των εσφαλμένων, παράλογων, μη ρεαλιστικών και αρνητικών τρόπων αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος, παρά κάποια εγγενής διαταραχή του θυμικού. Σύμφωνα με τον Σταλικά (2011), ο γνωστικός ψυχοθεραπευτής καλείται να αντιληφθεί τις σκέψεις ανεπάρκειας, αποτυχίας, και απώλειας που χαρακτηρίζουν συνήθως ένα άτομο με καταθλιπτική συμπτωματολογία όχι ως συνέπεια αλλά ως γενεσιουργά αιτία της κατάστασής του. Ο Beck (1976) αναφέρεται στην καταθλιπτική γνωστική τριάδα, δηλαδή σε μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον, τα οποία

συνολικά ευθύνονται για τα συντριπτικά αισθήματα ανεπάρκειας και απώλειας που βιώνει. Το πεδίο εφαρμογής της συγκεκριμένης μεθόδου περιλαμβάνει κυρίως την προεφηβική και εφηβική ηλικία, όσον αφορά την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη θεωρείται προϊόν επίμονων και παράλογων πεποιθήσεων και αποτελεί απόρροια των συνεχόμενων λανθασμένων προτύπων σκέψης. Η θεραπευτική μέθοδος έγκειται ακριβώς πάνω στην αλλαγή των παγιωμένων πεποιθήσεων και τη διόρθωση των γνωσιακών παραμορφώσεων μέσα από την επανεξέταση των συμπεριφορών που πηγάζουν από τις ιδέες αυτές.

1.5.4 Οικογενειακή θεραπεία

Η ανάπτυξη της θεραπείας της οικογένειας, ως θεραπευτική μέθοδος, και η θεωρία συστημάτων, ως ένα θεωρητικό πλαίσιο στην Ψυχιατρική συνδέθηκαν τόσο στενά που πλέον θεωρούνται συνώνυμα. Σύμφωνα με την οικογενειακή θεραπεία, οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές αποτελούν νοσολογικές οντότητες χαρακτηριστικές ενός άρρωστου ατόμου, που ωστόσο αποτελούν το σήμα μιας δυσλειτουργίας ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Οι δυσλειτουργίες του συστήματος της οικογένειας του καταθλιπτικού παιδιού, παίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και διατήρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι McCauley και Mayers (1992), σκιαγράφησαν το οικογενειακό περιβάλλον των καταθλιπτικών παιδιών και ανακάλυψαν ότι αυτό συνίσταται κυρίως σε προβλήματα επικοινωνίας, προβλήματα στην έκφραση και την αποδοχή τρυφερότητας, ύπαρξη λιγότερης υποστήριξης και περισσότερο κακοποίησης. Οι οικογενειακές συγκρούσεις μπορεί να αποτελούν μη ειδικούς αγγχογόνους παράγοντες, οι οποίοι πυροδοτούν την κατάθλιψη σε ευάλωτα άτομα (Birmaher et al, 1996). Το καταθλιπτικό παιδί μπορεί να δημιουργεί συγκρούσεις οι οποίες συμβάλλουν στη διατήρηση της κατάθλιψης (όταν υπάρχει) του γονέα. Ο θεραπευτής καλείται να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ συμβάντων και συμπτώματος. Πρέπει να ερευνήσει ορισμένα χαρακτηριστικά της οικογένειας που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην λειτουργικότητά της, τα όρια που διαχωρίζουν μέλη και υποσυστήματα, τα όρια που διαχωρίζουν την οικογένεια από τα εξωτερικά συστήματα που την περιβάλλουν, τους κανόνες που διέπουν την λειτουργία της οικογένειας, την ιεραρχία, δηλαδή τη διάταξη των μελών ανάλογα με τους ρόλους, τις

ευθύνες, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του καθενός. Η εργασία του οικογενειακού θεραπευτή έγκειται στην εκτίμηση των παραπάνω δυσλειτουργικών προτύπων και στην επεξεργασία της κατάλληλης τακτικής και στρατηγικής για να τα αλλάξει. Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1989), ο θεραπευτής που ασκεί την οικογενειακή θεραπεία πρέπει να λάβει υπόψη του τους εξής παράγοντες:

1. Ποια είναι η φανερή δομή της οικογένειας, ποια είναι τα πρότυπα επικοινωνίας που έχει υιοθετήσει και τι εναλλακτικές λύσεις προσφέρονται για τη συγκεκριμένη οικογένεια.
2. Πόση ευελιξία διαθέτουν αυτά τα πρότυπα και, στην περίπτωση που διαθέτουν προσαρμοστικότητα, αν οι διαφορές κι επανατοποθετήσεις γίνονται εύκολα ή καθόλου.
3. Ποιο είναι το στίγμα της οικογένειας, δηλαδή πόσο στενά δεμένα είναι τα διάφορα μέλη μεταξύ τους ή πόσο ανεξάρτητα κινούνται το ένα από το άλλο.
4. Ποια είναι τα γενικότερα πλαίσια μέσα στα οποία κινείται η οικογένεια.
5. Σε ποιο εξελικτικό στάδιο βρίσκεται η οικογένεια.
6. Πού ακριβώς εκδηλώνονται τα συμπτώματα για τα οποία η οικογένεια παραπονείται, με ποιο τρόπο χρησιμοποιούνται αυτά τα συμπτώματα, έτσι ώστε να διατηρούν την οικογενειακή δομή, και κατά πόσο υπάρχουν τρόποι που βοηθούν στη διατήρηση ή επιδείνωση των συμπτωμάτων ή μήπως τα ίδια τα συμπτώματα αποτελούν την πηγή της έντασης.

Οι οικογενειακοί θεραπευτές θεωρούν την κατάθλιψη ως μια από τις πολλές προβληματικές πλευρές του οικογενειακού συστήματος (Byng-Hall & Whiffen, 1982 · Diamond & Siqueland, 1995). Θεωρείται ότι το συναίσθημα εμπλέκεται περισσότερο σε κυκλική παρά σε γραμμική αιτιολογική σχέση. Το δυσάρεστο συναίσθημα ενός ατόμου και η συμπεριφορά που το συνοδεύει μπορεί να οδηγήσουν ώστε το άλλο άτομο να έχει καταθλιπτική συμπτωματολογία, γεγονός που μπορεί με τη σειρά του να αυξήσει τα συναισθήματα του πρώτου ατόμου, να επιδεινώσει τη συμπεριφορά του και ούτω καθεξής. Μια περιεκτική ανασκόπηση από τους Dujovne, Barnard & Rapoff (1995) εξετάζει τη σχετική αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών για την κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι

θεραπευτές που προσανατολίζονται προς την οικογένεια (οικογενειακές θεραπείες) ενδείκνυνται κατ' εξοχήν, δεδομένου του ρόλου που διαδραματίζουν η οικογενειακή κατάσταση, οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών και η κατάθλιψη των γονέων στην ανάπτυξη του φάσματος των καταθλιπτικών διαταραχών. Σύμφωνα με τους Wenar & Kerig (2008), μια αποτελεσματική πολύπλευρη προσέγγιση της θεραπείας της κατάθλιψης των παιδιών στο οικογενειακό πλαίσιο περιγράφεται από τους Stark και συνεργάτες του (1996), σύμφωνα με τους οποίους οι παρεμβάσεις με το παιδί περιλαμβάνουν τη χρήση ατομικής και ομαδικής θεραπείας, προκειμένου να ενισχυθούν η θετική διάθεση και οι προσδοκίες, να αναδομηθούν τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα και να ενισχυθούν οι κοινωνικές δεξιότητες. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στο ευρύτερο σύστημα περιλαμβάνουν την κατάρτιση των γονέων και την οικογενειακή θεραπεία.

1.5.5. Φαρμακευτική παρέμβαση

Σύμφωνα με τους Τσιάντη και Μανωλόπουλου (1989), υπάρχουν ελάχιστες ελεγχόμενες δοκιμές αντικαταθλιπτικών στα παιδιά και ακόμα λιγότερες στους εφήβους. Σε έξι νοσηλεύομενους ασθενείς ηλικίας 6 ως 12 χρονών με βαριά κατάθλιψη χορηγήθηκε ιμιπραμίνη (15mg ανά κιλό, κάθε ημέρα) ή αδρανής ουσία, με διπλή-τυφλή διαδικασία. Μετά από χορήγηση τριών εβδομάδων, διαπιστώθηκε ότι η ιμιπραμίνη ήταν σημαντικά αποτελεσματικότερη από την αδρανή ουσία. Άλλες μελέτες σε παιδιά και εφήβους δεν κατάφεραν να αποδείξουν ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι ανώτερα από τις αδρανείς ουσίες. Η νέα γενιά των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων διαφέρει από τα τρικυκλικά στη φαρμακολογική περιγραφή. Δεν έχουν αντιχολινεργικές ή καρδιοτοξικές ενέργειες και είναι, ασφαλέστερα. Η φαρμακοθεραπεία των παιδιών ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις, στην οξεία φάση, με στόχο την υποχώρηση των συμπτωμάτων, στη φάση συνέχισης, με στόχο την παγίωση της υποχώρησης των συμπτωμάτων και στη φάση συντήρησης-διατήρησης, όπου ο κύριος στόχος είναι η παρεμπόδιση επανεμφάνιση της διαταραχής (Κλεφτάρας & Αλεξόπουλος, 2018). Η νεότερη γενιά αντικαταθλιπτικών, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, είναι ευρέως αποδεκτά για τη φαρμακολογική παρέμβαση στα παιδιά λόγω της αποτελεσματικότητάς τους και των λιγοστών ανεπιθύμητων παρενεργειών (Κλεφτάρας & Αλεξόπουλος, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Το Καταθλιπτικό παιδί στο σχολικό περιβάλλον

2.1. Σχολική προσαρμογή

Με τον όρο «δυσκολία προσαρμογής» εννοούμε την ακατάλληλη, αναποτελεσματική, αποτυχημένη προσπάθεια του παιδιού να προσαρμοστεί ομαλά στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Γαλανάκη, 2011). Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά και τους εφήβους έχει αρνητικές συνέπειες στις σχολικές τους επιδόσεις και στην κοινωνική τους ζωή. Στο σχολείο κύριο χαρακτηριστικό είναι η μειωμένη απόδοση του παιδιού. Συχνά το παιδί με κατάθλιψη περνά απαρατήρητο. Τέτοιου είδους παιδιά είναι ευγενικά και συνεσταλμένα, ενώ τις πιο πολλές φορές η συμπεριφορά τους δεν αποτελεί εμπόδιο για τους δασκάλους, γεγονός που είναι υπεύθυνο για το ότι συχνά οι δάσκαλοι δεν αντιλαμβάνονται τις συναισθηματικές δυσκολίες αυτών των παιδιών (Κλεφτάρας, 2011).

Η επιτυχής προσαρμογή προετοιμάζει ένα παιδί για μελλοντικές αναπτυξιακές προκλήσεις. Ως εκ τούτου, η είσοδος στο σχολείο αποτελεί μια σημαντική αναπτυξιακή μετάβαση για τα παιδιά, καθώς αντιμετωπίζουν απαιτήσεις για ακαδημαϊκά επιτεύγματα, συμμόρφωση, προσοχή και συμμετοχή σε δραστηριότητες διδασκαλίας. Η ανεπιτυχής προσαρμογή στο σχολικό κοινωνικό πλαίσιο θέτει τα παιδιά σε κίνδυνο για χρόνια αποτυχία στο σχολείο, γεγονός που υπονομεύει τη ψυχολογική τους ευημερία (Kellam & Rebok, 1992).

2.2. Ο ρόλος του σχολείου και του εκπαιδευτικού

Ένα πρόβλημα του παιδιού θα εμφανιστεί στο φυσικό του περιβάλλον, που είναι η οικογένεια και το σχολείο. Σύμφωνα με την Μπίμου-Νάκου (2011), εκεί και μόνο εκεί πρέπει να αναζητηθεί η σωστή ψυχολογική παρέμβαση, ώστε η διαταραγμένη συμπεριφορά να μην ενοχλεί πια το παιδί ή (και) το περιβάλλον του. Οι γονείς και οι δάσκαλοι είναι τα πιο κατάλληλα πρόσωπα να βοηθήσουν στην πρόληψη αλλά και

στην τροποποίηση μιας διαταραγμένης συμπεριφοράς, αφού ο ρόλος τους είναι καθοδηγητικός και διαπαιδαγωγικός.

Αν το παιδί υποφέρει από κατάθλιψη σύμφωνα με την Αργυρακούλη (2011), θα πρέπει να έχει τη βοήθεια και στήριξη του κατάλληλου ψυχολόγου. Ο εκπαιδευτικός όμως σε κάθε περίπτωση καλείται να στηρίζει ενεργά την όποια προσπάθεια και το όποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ακολουθεί το παιδί με δύο κυρίως τρόπους: α. διασφαλίζοντας ότι η εκπαιδευτική ατμόσφαιρα μέσα στην τάξη, αλλά και έξω απ' αυτήν, θα είναι ήρεμη, ασφαλής, θετική και υποστηρικτική, κάτι το οποίο καθίσταται κατά κύριο λόγο εφικτό μέσα από την ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσει ο δάσκαλος με τους μαθητές του και β. εφαρμόζοντας κατάλληλες δραστηριότητες αλλά και χρησιμοποιώντας δεξιότητες ή τεχνικές συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας που είναι σχετικά απλές αλλά μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά το παιδί να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά του συμπτώματα (Long&Fogell, 1999 Montgomery,1999). Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Αλεξόπουλο (2018), η παρέμβαση του εκπαιδευτικού αφορά μόνο τα παιδιά με ήπια ή μέτρια συμπτώματα, και όχι με σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία ή κατάθλιψη ως διαταραχή, των οποίων η διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία εξαρτάται από άλλους ειδικούς και όχι από τον εκπαιδευτικό. Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Αλεξόπουλο (2018), οι παρεμβάσεις στον χώρο του σχολείου στηρίζονται κατά κύριο λόγο στη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία και αφορούν συνήθως την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού, την επίλυση προβλημάτων, την τροποποίηση δυσλειτουργικών και δυσπροσαρμοστικών σκέψεων, τον προγραμματισμό και τη συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες και τη λήψη αποφάσεων από το παιδί. Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2004) καμία παρέμβαση δεν είναι αποτελεσματική αν το κλίμα της τάξης δεν είναι κατάλληλο και αν η σχέση του εκπαιδευτικού με τον μαθητή δεν είναι θετική, ποιοτική και εποικοδομητική. Η παρέμβαση του εκπαιδευτικού σύμφωνα με τον Ναυρίδη (1986) περιλαμβάνει στους στόχους της τα ακόλουθα βασικά σημεία:

α) Ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών στα φαινόμενα της ομαδικής αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης που παρατηρούνται μέσα στην τάξη.

β) Μεγιστοποίηση για τον εκπαιδευτικό της συμβολικής διαφάνειας των ατομικών και ομαδικών φαινομένων που εκδηλώνονται μέσα στην τάξη, αλλά και της ίδιας της δικής

του συμπεριφοράς. Το σημείο αυτό ισοδυναμεί με την προσπάθεια άρσης στο μεγαλύτερο βαθμό της λογοκρισίας, τόσο από την πλευρά της αντίληψης μιας κρίσιμης κατάστασης, όσο και προς εκείνη της ανάδρασης του διδάσκοντα σε σχέση με αυτήν.

γ) Παροχή ορισμένων βασικών θετικών γνώσεων σε ό,τι αφορά την ψυχοκοινωνική υγεία των μαθητών/τριών και των εφήβων, τις ψυχικές διαταραχές, τις νοητικές παρεκκλίσεις, τις μαθησιακές δυσκολίες, κ.λ.π., με παράλληλη αναθεώρηση των αντίστοιχων προκαταλήψεων και στερεοτυπών.

δ) Αύξηση της ικανότητάς τους για αφαίρεση και συστηματική εννοιοποίηση των εμπειριών τους και της ικανότητάς τους για ανάλυση των κρίσιμων καταστάσεων που συναντούν και ανάδραση σ' αυτές με τρόπο συστηματικό.

ε) Καθορισμός των ορίων αρμοδιότητας του εκπαιδευτικού και εξοικείωσή του με αυτά τα όρια. Ένας αρκετά διαδεδομένος μηχανισμός άμυνας των εκπαιδευτικών είναι η αποποίηση της δυνατότητάς τους να κάνουν οι ίδιοι κάτι με τα παιδιά που θεωρούν προβληματικά, είτε με το να αποδίδουν τα προβλήματα σε οικογενειακές δυσλειτουργίες, είτε με το να πείθουν τους εαυτούς τους ότι τα προβλήματα είναι παθολογικά και εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των ειδικών ψυχολόγων ή ψυχιάτρων.

Σε άλλες περιπτώσεις, αυτή η αμυντική άρνηση των ορίων τους, οδηγεί σε ορισμένους εκπαιδευτικούς να παρεμβαίνουν με αδεξιότητα στις οικογενειακές σχέσεις του παιδιού, καταστρέφοντας έτσι την προοπτική να έχουν μια σωστή και εποικοδομητική συνεργασία με τους γονείς, ώστε να μπορέσουν οι ίδιοι να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

2.3. Η ομάδα-Τάξη

Σύμφωνα με τον Ναυρίδη (1986), εκείνο που ο εκπαιδευτικός διαπιστώνει σαν προβληματικό στη συμπεριφορά ενός παιδιού είναι ό,τι εκδηλώνεται στο πλαίσιο και στη διάρκεια της διαδικασίας προσαρμογής του συγκεκριμένου μαθητή στα αιτήματα που απευθύνονται στον μαθητικό του ρόλο. Τα αιτήματα του μαθητικού ρόλου συγκεκριμενοποιούνται για το κάθε παιδί μέσα από σύνθετες διαδικασίες που ενσωματώνουν τη δυναμική των οικογενειακών αιτημάτων, αλλά και τη δυναμική των σχέσεων στην ομάδα-τάξη. Οι μαθητές/τριες μαζί με τον διδάσκοντα αποτελούν μια

ομάδα, με την ψυχοκοινωνιολογική σημασία του όρου, συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Σύμφωνα με τον S.Freud, εκείνο που οργανώνει την ομάδα σαν ψυχική οντότητα που υπερβαίνει τα άτομα που την αποτελούν είναι ένα κοινό ιδεώδες του Εγώ που προβάλλεται στον ηγέτη. Ο W.R.Bion (1961), θεωρεί ότι τα μέλη μιας Ομάδας συνδέονται μεταξύ τους στη βάση τριών βασικών προϋποθέσεων: την εξάρτηση, την επίθεση-υποχώρηση κι τη σύζευξη. Ο Anzieu (1975), περιγράφει τρεις ασυνείδητους ψυχικούς οργανωτές της ομάδας, που η τυπική ακολουθία τους είναι η εξής: μια ασυνείδητη ατομική φαντασίωση που φέρνει στην ομάδα ένα από τα μέλη της προτείνοντας τον εαυτό του σαν κεντρικό πρόσωπο της ομάδας, μια *imago*, μια πρωταρχική φαντασίωση. Η θέση του δασκάλου-διδάσκοντα στην ομάδα-τάξη είναι προνομιακή.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

1. Στόχος και ερευνητικά ερωτήματα

Ο στόχος της εμπειρικής έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την εκπαίδευση των μαθητών/τριών με παιδική κατάθλιψη.

Στην παρούσα μελέτη, η παιδική κατάθλιψη ορίζεται ως ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο (Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2012) το οποίο αξίζει ιδιαίτερη προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη τις σοβαρές και διαρκείς συνέπειες στην ανάπτυξη των παιδιών, οι οποίες κυμαίνονται από αλλαγές στη φυσιολογία ως και εξασθένιση των κοινωνικών και γνωστικών λειτουργιών. Σχετικά με τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης, στην παρούσα μελέτη η συμπτωματολογία ορίζεται μέσω των κριτηρίων διάγνωσης της κατάθλιψης σε παιδιά. Έχει βρεθεί (Gaffrey, Belden & Luby, 2011) ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να αναγνωριστούν αξιόπιστα στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM έκδοση 5). Ωστόσο, η χρονική περίοδος των δύο εβδομάδων δεν φαίνεται να εφαρμόζεται αποτελεσματικά στα παιδιά με αποτέλεσμα να μην ληφθούν υπόψη και στη παρούσα έρευνα.

Σε αυτό το πλαίσιο, τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

1. Τι γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί για την παιδική κατάθλιψη και ποιες είναι, κατά την άποψη τους, οι αιτίες που την προκαλούν;
2. Ποια είναι, κατά την άποψη των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τα χαρακτηριστικά των παιδιών με παιδική κατάθλιψη ;

3. Τι πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για την εκπαίδευση των μαθητών/τριών με παιδική κατάθλιψη και ποιοι είναι οι σημαντικότεροι εκπαιδευτικοί στόχοι;
4. Η προϋπάρχουσα εμπειρία με μαθητή/τρια με ψυχική νόσο επηρεάζει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά των μαθητών αυτών;
5. Η προϋπάρχουσα εμπειρία με μαθητή/τρια με ψυχική νόσο επηρεάζει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους εκπαιδευτικούς στόχους που πρέπει να τίθενται για τους συγκεκριμένους μαθητές/τριες;

2. Μέθοδος έρευνας

2.1 Σχεδιασμός

Η προσέγγιση της παρούσας έρευνας είναι η ποσοτική, καθώς σκοπός είναι η διερεύνηση της σχολικής προσαρμογής των παιδιών με κατάθλιψη και η αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από τους εκπαιδευτικούς προσχολικής αγωγής μέσα από την ερμηνεία των σχέσεων ανάμεσα σε μεταβλητές που σχηματίζονται από τα ερευνητικά μας ερωτήματα (Creswell, 2012). Η έρευνα χαρακτηρίζεται ως πρωτογενής, διότι βασίζεται στη συλλογή πρωτογενών δεδομένων, μέσω επιλεγμένου πληθυσμού, και όχι σε δεδομένα που έχουν καταγράψει άλλες έρευνες, δηλαδή δευτερογενή δεδομένα. Η ποσοτική μέθοδος της έρευνας δύναται να αναλύσει τα φαινόμενα μέσα από αριθμητικά δεδομένα με τη χρήση στατιστικών εργαλείων και κατά συνέπεια, επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων που εξήχθησαν από το δείγμα στον ευρύτερο πληθυσμό. (Wyse, 2011).

2.2 Συμμετέχοντες (Δείγμα)

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιείται συλλογή ποσοτικών δεδομένων, τη περίοδο Ιανουαρίου - Μαρτίου 2020 μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων. Το διάστημα αυτό συμπίπτει με το χρονικό διάστημα συγγραφής της Διπλωματικής Εργασίας. Το δείγμα συνίσταται από 85 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, άνδρες και γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, προϋπηρεσίας και προηγούμενης διδακτικής εμπειρίας σε μαθητές/τριες με ψυχική νόσο ή κατάθλιψη. Η έρευνα βασίζεται στη δειγματοληψία προσβασιμότητας, καθώς η ερευνήτρια απευθύνθηκε στο forum εκπαιδευτικών ΠΕ "Παιδικός πλανήτης" καθώς και μέσω email προς εκπαιδευτικούς που βρίσκονται στον επαγγελματικό της κύκλο.

2.3 Τεχνική συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο (βλ., Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο αυτό συνίσταται σε 2 μέρη. Το πρώτο μέρος του περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, το

ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, η προϋπηρεσία και η προηγούμενη διδακτική εμπειρία των εκπαιδευτικών σε μαθητές με ψυχική νόσο ή κατάθλιψη.

Το δεύτερο μέρος, που αντιστοιχεί στο κύριο μέρος του ερωτηματολογίου, αναπτύσσεται με τη βοήθεια τυποποιημένων ερωτηματολογίων για τη διάγνωση της παιδικής κατάθλιψης, εγχειριδίων κατάταξης των διαταραχών (ICD-11), καθώς επίσης και μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, το κύριο μέρος περιλαμβάνει 6 τομείς ερωτήσεων, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Ο πρώτος τομέας αφορά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την αιτιολογία και τη σημασία της παιδικής κατάθλιψης. Πρόκειται για δέκα ερωτήσεις στις οποίες ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μία κλίμακα Likert πέντε βαθμών ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5= Σιαφωνώ απόλυτα). Οι δέκα ερωτήσεις διατυπώθηκαν υπό τη μορφή δηλώσεων με περιεχόμενο το οποίο βασίζεται στη μελέτη των Herman, Reinke, Parkin, Traylor & Agarwal (2009). Ενδεικτικά, οι δηλώσεις διατυπώνονται ως εξής: *«Η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο», «Η παιδική κατάθλιψη αναπτύσσεται μέσα σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον», «Η χαμηλή απόδοση των παιδιών στα μαθήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη», «Παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο (απόδοση στα μαθήματα, σχολικό κλίμα, σχέση παιδιού-εκπαιδευτικού, σχέση παιδιού με τους συμμαθητές του) μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης».*

Ο δεύτερος τομέας περιλαμβάνει μια λίστα 10 συμπτωμάτων, στην οποία ο συμμετέχων καλείται να σημειώσει σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert το βαθμό που τα αναγνωρίζει ως συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης, όπου 1=καθόλου, 2=σε μικρό βαθμό, 3=μέτρια, 4= αρκετά, 5=σε μεγάλο βαθμό. Τα συμπτώματα αυτά αποτελούν μέρος του ερωτηματολογίου Revised Children's Anxiety and Depression Scale¹ και συγκεκριμένα της υποκλίμακας Low mood (major depressive disorder;

¹ <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/revised-childrens-anxiety-and-depression-scale-and-subscales/>

Parent Reported), η οποία είναι σχεδιασμένη για να την απαντήσουν οι γονείς των παιδιών. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο προορίζεται για παιδιά ηλικίας από 8 ως 18 έτη, έχει αναπτυχθεί στην αγγλική γλώσσα και αποδόθηκε στα ελληνικά με τη μέθοδο της διπλής μετάφρασης. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα που συμπεριλήφθηκαν είναι τα εξής: Αίσθημα λύπης ή κενού, Δεν βρίσκει τίποτα διασκεδαστικό ή ενδιαφέρον, Προβλήματα στον ύπνο, Προβλήματα με την όρεξη, Έλλειψη ενέργειας, Αίσθημα κόπωσης, Έλλειψη καθαρής σκέψης, Αίσθημα αναξιότητας / Χαμηλή αυτοπεποίθηση, Αίσθημα ότι δεν θέλει να κινηθεί/ να κάνει δραστηριότητες, Αίσθημα ανησυχίας.

Ο τρίτος τομέας περιλαμβάνει επτά (7) δηλώσεις, σχετικά με τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη. Για αυτές τις δηλώσεις, ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μία πενταβάθμια, επίσης, κλίμακα Likert όπου 1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα. Ενδεικτικά: *«Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση στο σχολείο»*, *«Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές τους»*, *«Η παιδική κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής των μαθητών στη τάξη»*.

Ο τέταρτος τομέας περιλαμβάνει έξι (6) δηλώσεις, που αφορούν σε χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος που δύναται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Για τα χαρακτηριστικά αυτά, ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μία πενταβάθμια, επίσης, κλίμακα Likert όπου 1=καθόλου, 2=σε μικρό βαθμό, 3=μέτρια, 4= αρκετά, 5=σε μεγάλο βαθμό. Ενδεικτικά: *«Τριβές και αντιπαλότητες μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών»*, *«Ενθάρρυνση ανταγωνισμού μεταξύ των μαθητών»*, *«Εκφοβισμός (bullying) από συμμαθητές»*.

Ο πέμπτος τομέας περιλαμβάνει έξι (6) δηλώσεις, αναφορικά με το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών όπως η παιδική κατάθλιψη. Ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert όπου 1=καθόλου, 2=σε μικρό βαθμό, 3=μέτρια, 4= αρκετά, 5=σε μεγάλο βαθμό. Ενδεικτικά: *«Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει την αυτονομία και την ελεύθερη έκφραση»*,

«Τα παιδιά συμμετέχουν στις αποφάσεις για το περιεχόμενο του μαθήματος», «Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών».

Ο έκτος και τελευταίος τομέας του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνει οχτώ (8) δηλώσεις σχετικά με τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων για τους μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης. Για αυτές τις δηλώσεις, ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μία πενταβάθμια, επίσης, κλίμακα Likert όπου 1=καθόλου, 2=σε μικρό βαθμό, 3=μέτρια, 4= αρκετά, 5=σε μεγάλο βαθμό. Ενδεικτικά, εξετάζονται οι κάτωθι εκπαιδευτικοί στόχοι: *«Ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του)», «Ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες», «Ενίσχυση των κινήτρων για τη μάθηση», «Κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του σχολείου».*

2.4 Ερευνητική Διαδικασία

Αρχικά, συντάχθηκε το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, κατόπιν μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σε ηλεκτρονική μορφή (Google Forms) και αναρτήθηκε προς συμπλήρωση στο forum εκπαιδευτικών ΠΕ "Παιδικός πλανήτης" καθώς και μέσω email προς εκπαιδευτικούς που βρίσκονται στον επαγγελματικό κύκλο της ερευνήτριας. Κάθε συμμετέχοντας ενημερώθηκε αρχικά σχετικά με το πλαίσιο και τον σκοπό της έρευνας, καθώς και σχετικά με τη διασφάλιση της ανωνυμίας των πληροφοριών οι οποίες χρησιμοποιούνται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Επίσης, έλαβαν στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια σε περίπτωση υποβολής ερωτήσεων, αποριών ή για επιπλέον πληροφορίες. Εφόσον συμφώνησαν με τα παραπάνω, προχώρησαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την υποβολή των απαντήσεών τους στην ηλεκτρονική πλατφόρμα.

Αφού ολοκληρώθηκε η συλλογή των δεδομένων, ακολούθησε η στατιστική τους επεξεργασία. Τα δεδομένα συνοψίζονται με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών στοιχείων. Η ανάλυση συχνοτήτων διεξάγεται για τις ονομαστικές και τις ιεραρχικές μεταβλητές, ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές, υπολογίζονται μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, ενώ δεν επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τους συσχετισμούς των μεταβλητών που εξετάζονται, είναι πολύ σημαντικά, διότι απεικονίζουν τα ανεπεξέργαστα δεδομένα και επιτρέπουν την απλούστερη ερμηνεία τους. Το Cronbach's alpha χρησιμοποιείται στον έλεγχο της

αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, υπολογίζονται νέες μεταβλητές και εξετάζονται σε σχέση με την κανονικότητα της κατανομής τους, προκειμένου να γίνει η επιλογή παραμετρικών ή μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμών. Οι διαφορές μεταξύ ομάδων (φύλο, εκπαίδευση, εμπειρία με ψυχική νόσο/παιδική κατάθλιψη κλπ.) σε σχέση με τις εξαρτημένες μεταβλητές των αντιλήψεων του κυρίως μέρους, προσδιορίζονται και αναφέρονται, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες δοκιμές (t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ANOVA, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis). Στη συνέχεια, πραγματοποιείται ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών για τον εντοπισμό σημαντικών σχέσεων μεταξύ των επιμέρους αντιλήψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με την παιδική κατάθλιψη.

2.5 Δεοντολογικά ζητήματα

Στην παρούσα έρευνα η συμμετοχή των ερωτηθέντων ήταν εθελοντική. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο. Οι συμμετέχοντες έλαβαν πλήρη και γραπτή ενημέρωση για το περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας και επαρκείς πληροφορίες και διαβεβαιώσεις σχετικά με τη συμμετοχή τους, ώστε να κατανοήσουν τις συνέπειες της συμμετοχής και να καταλήξουν σε μια πλήρως ενημερωμένη και ελεύθερη απόφαση. Τέλος, το απόρρητο και η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε πλήρως, με τη μη διατήρηση των προσωπικών πληροφοριών αλλά και την προστασία των δεδομένων μέσω προσωπικών κωδικών για τη πρόσβαση στις απαντήσεις.

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφή του δείγματος

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης συχνοτήτων για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος των 85 εκπαιδευτικών. Αναφορικά με το φύλο, παρατηρούμε πως συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, 94,1%, είναι γυναίκες και μόλις το 5,9% είναι άντρες.

Πίνακας 3-1

Κατανομή του δείγματος ($N = 85$) ως προς τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	N	%
Φύλο		
Άνδρας	5	5,9
Γυναίκα	80	94,1
Εκπαίδευση		
Απόφοιτος ΑΕΙ	55	64,7
Μεταπτυχιακό	30	35,3
Διδακτορικό	0	0
Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία		
Μαθητές/τριες με κάποια ψυχική νόσο;		
Ναι	46	54,1
Όχι	39	45,9
Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία		
Μαθητές/τριες με κατάθλιψη;		
Ναι	24	28,2

Όχι	61	71,8
-----	----	------

Συνεχίζοντας με τον Πίνακα 3.1, σχετικά με την ανώτατη εκπαιδευτική βαθμίδα των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία του δείγματος των εκπαιδευτικών, και πιο συγκεκριμένα το 64,7%, δηλώνει ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και το υπόλοιπο 35,3% δηλώνει πως είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, και ως εκ τούτου δεν υπήρχε εκπαιδευτικός που να είναι κάτοχος διδακτορικού τίτλου. Αναφορικά με το αν οι συμμετέχοντες έχουν συναντήσει στην επαγγελματική τους πορεία μαθητές/τριες με κάποια ψυχική νόσο, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και πιο συγκεκριμένα το 54,1% δηλώνει πως έχουν συναντήσει στην επαγγελματική τους πορεία μαθητές/τριες με κάποια ψυχική νόσο, ενώ το υπόλοιπο 45,9% δηλώνει πως δεν έχει συναντήσει. Τέλος, σχετικά με τον οι συμμετέχοντες έχουν συναντήσει στην επαγγελματική τους πορεία μαθητές με κατάθλιψη, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, 71,8%, δηλώνει πως δεν έχει συναντήσει στην επαγγελματική του πορεία μαθητές/τριες με κατάθλιψη και το υπόλοιπο 28,2% δηλώνει πως έχει συναντήσει.

Το δείγμα χαρακτηρίζεται από εκπαιδευτικούς με μέσο όρο ηλικίας $40,16 \pm 8,70$ έτη και πιο συγκεκριμένα η μικρότερη ηλικία που σημειώνεται είναι τα 23 έτη και η μέγιστη τα 62 έτη. Επιπλέον, αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας, οι εκπαιδευτικοί έχουν μέσο όρο ετών προϋπηρεσίας $14,28 \pm 7,50$, ενώ σημειώνονται ως μέγιστα έτη προϋπηρεσίας τα 34 έτη (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 3-2

Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N = 85)

	ΜΟ	ΤΑ.	Ελάχιστο	Μέγιστο	Ασυμμετρία	Κύρτωση
Ηλικία (σε έτη)	40,16	8,70	23	62	0,161	-0,612
Έτη προϋπηρεσίας	14,28	7,50	0	34	0,185	0,174

3.2 Ανάλυση αξιοπιστίας

Υλοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας (εσωτερικής συνάφειας) για τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha. Αρχικά, υπολογίστηκε αυτός ο συντελεστής για το σύνολο των ερωτήσεων σχετικά με τους έξι (6) τομείς του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά γίνεται ο υπολογισμός του συντελεστή Chronbach's Alpha για τον έλεγχο εσωτερικής συνάφειας των παραγόντων του Α' τομέα (Αιτιολογία παιδικής κατάθλιψης).

Αναλυτικότερα, διεξάγεται ο υπολογισμός του δείκτη για το σύνολο των ερωτήσεων αναγνώρισης των συμπτωμάτων παιδικής κατάθλιψης (Β' τομέας), στη συνέχεια για τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη (Γ' τομέας), τα χαρακτηριστικά σχολικού κλίματος (Δ' τομέας), το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών (Ε' τομέας) και τέλος, για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων για τους μαθητές/τριες με συμπτώματα κατάθλιψης (ΣΤ' τομέας).

Πίνακας 3-3

Υπολογισμός συντελεστή Cronbach's alpha

Τμήμα Ερωτηματολογίου	Cronbach's alpha
Αιτιολογία παιδικής κατάθλιψης (10 ερωτήσεις)	0,826
Αναγνώριση συμπτωμάτων παιδικής κατάθλιψης (10 ερωτήσεις)	0,931
Σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη (7 ερωτήσεις)	0,823
Χαρακτηριστικά σχολικού κλίματος (6 ερωτήσεις)	0,871
Ρόλος εκπαιδευτικών στην πρόληψη των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών (6 ερωτήσεις)	0,698
Σημασία εκπαιδευτικών στόχων (8 ερωτήσεις)	0,949

Στον Πίνακα 3.3 παρατίθενται τα αποτελέσματα των υπολογισμών του συντελεστή Cronbach's alpha. Παρατηρούμε ότι η αξιοπιστία είναι αποδεκτή για τον πέμπτο τομέα και άρα το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, αφού $0,6 < \alpha < 0,7$ ενώ κρίνεται ικανοποιητική για τους υπόλοιπους τομείς του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου που εξετάστηκαν, διότι $\alpha > 0,7$.

3.3 Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την αιτιολογία παιδικής κατάθλιψης

Στον Πίνακα II.1 (Παράρτημα II) παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε κάθε μία από τις δηλώσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου για τον πρώτο τομέα (Α') ανάλογα με τον βαθμό συμφωνίας-διαφωνίας, που αφορά στις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την αιτιολογία και τη σημασία της παιδικής κατάθλιψης.

Το δείγμα δηλώνει κατά 90,6% ότι η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Επιπλέον, δηλώνει κατά 83,5% ότι η παιδική κατάθλιψη μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή του παιδιού, κατά 81,20% ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο (απόδοση στα μαθήματα, σχολικό κλίμα, σχέση παιδιού-εκπαιδευτικού, σχέση παιδιού με τους συμμαθητές του) μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και επίσης, κατά 80% ότι οι δυσκολίες στη κοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, το δείγμα υποστηρίζει κατά 71,7% ότι η παιδική κατάθλιψη αναπτύσσεται μέσα σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον, κατά 70,6% πως η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στη συμπεριφορά των γονιών, κατά 64,70% ότι η χαμηλή απόδοση των παιδιών στα μαθήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, κατά 63,5% ότι η παιδική κατάθλιψη έχει και βιολογικά αίτια και κατά 56,5% πως η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε μαθησιακές δυσκολίες. Τέλος, το δείγμα δηλώνει κατά 43,6% ότι η κατάθλιψη στη παιδική ηλικία δεν εκφράζεται με παρόμοιο τρόπο, όπως εκφράζεται στους ενήλικες.

Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.4. Παρατηρείται ότι οι υψηλότεροι μέσοι όροι (4,38 & 4,16) παρουσιάζονται

στις δηλώσεις «Η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο», «Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή του παιδιού», ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος (2,84) στη δήλωση «Η κατάθλιψη στη παιδική ηλικία εκφράζεται με παρόμοιο τρόπο, όπως και στους ενήλικες».

Πίνακας 3-4

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του πρώτου (Α') τομέα για τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που αφορούν στην αιτιολογία και σημασία της παιδικής κατάθλιψης

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
A1.Η κατάθλιψη στη παιδική ηλικία εκφράζεται με παρόμοιο τρόπο, όπως και στους ενήλικες.	2,84	1,06
A2.Η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.	4,38	0,80
A3.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή του παιδιού.	4,16	0,83
A4.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στη συμπεριφορά των γονιών.	3,80	0,86
A5.Η παιδική κατάθλιψη αναπτύσσεται μέσα σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον.	3,82	0,85
A6.Η παιδική κατάθλιψη έχει και βιολογικά αίτια.	3,60	0,89
A7.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε μαθησιακές δυσκολίες.	3,46	0,87
A8.Οι δυσκολίες στη κοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.	3,85	0,88
A9.Η χαμηλή απόδοση των παιδιών στα μαθήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.	3,58	0,88

A10. Παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο μπορεί να 3,89 0,80
οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.

3.4 Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά των παιδιών με παιδική κατάθλιψη

Στους Πίνακες II.2 & II.3 (Παράρτημα II) παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε κάθε μία από τις δηλώσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου για τον δεύτερο (Β') και τρίτο τομέα (Γ') που αφορούν στα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης καθώς και τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη, αντιστοίχως.

Η πλειοψηφία του δείγματος και συγκεκριμένα το 50,6% δηλώνει πως τόσο το αίσθημα ανησυχίας όσο και το αίσθημα κόπωσης (50,6%) συνιστούν σε αρκετό βαθμό ως συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης (Πίνακας II.2). Συνεχίζοντας, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (54,1%) δηλώνει πως η έλλειψη ενέργειας καθώς επίσης και τα προβλήματα με την όρεξη (54,1%) αποτελούν σε αρκετό βαθμό συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης. Το ίδιο ισχύει και για το αίσθημα ότι το παιδί δε θέλει να κινηθεί/κάνει δραστηριότητες (45,9%), για τα προβλήματα στον ύπνο (49,4%), για το αίσθημα αναξιότητας/χαμηλής αυτοπεποίθησης (48,2%), για την έλλειψη καθαρής σκέψης (48,2%), για το αίσθημα λύπης ή κενού (48,2%) και τέλος, για το γεγονός ότι δε βρίσκει τίποτα διασκεδαστικό ή ενδιαφέρον (45,9%).

Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.5. Παρατηρείται ότι οι υψηλότεροι μέσοι όροι (4,29 & 4,21) παρουσιάζονται στις δηλώσεις «Αίσθημα αναξιότητας / Χαμηλή αυτοπεποίθηση», «Αίσθημα ότι δεν θέλει να κινηθεί/ να κάνει δραστηριότητες», ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος (3,86) στη δήλωση «Έλλειψη καθαρής σκέψης».

Πίνακας 3-5

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του δεύτερου (Β') τομέα για την αναγνώριση συμπτωμάτων της παιδικής κατάθλιψης

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
----------	----	-----

B1.Αίσθημα λύπης ή κενού	4,00	0,94
B2.Δεν βρίσκει τίποτα διασκεδαστικό ή ενδιαφέρον	4,05	0,84
B3.Προβλήματα στον ύπνο	3,95	0,90
B4.Προβλήματα με την όρεξη	3,92	0,85
B5.Έλλειψη ενέργειας	4,00	0,82
B6.Αίσθημα κόπωσης	3,93	0,86
B7.Έλλειψη καθαρής σκέψης	3,86	0,90
B8.Αίσθημα αναξιότητας / Χαμηλή αυτοπεποίθηση	4,29	0,81
B9.Αίσθημα ότι δεν θέλει να κινηθεί/ να κάνει δραστηριότητες	4,21	0,82
B10.Αίσθημα ανησυχίας	3,89	0,89

Σχετικά με τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη (Πίνακας II.3), το δείγμα δηλώνει κατά 52,9%, ότι τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολείο, κατά 65,8% ότι δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο, κατά 68,2% ότι η παιδική κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής των μαθητών στη τάξη, κατά 75,3% ότι τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές τους. Συνεχίζοντας, το δείγμα υποστηρίζει κατά 43,6% ότι τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση στο σχολείο, το 37,6% έχει ουδέτερη τάση σχετικά με τη δήλωση πως τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν προβλήματα στη γνωστική τους λειτουργία, ενώ το 36,5% του δείγματος υποστηρίζει τη δήλωση αυτήν. Τέλος, το δείγμα δηλώνει κατά 41,2% πως τα παιδιά με κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο.

Για κάθε μία από τις επτά (7) δηλώσεις, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ αθροίζοντας τις απαντήσεις σε κάθε μία δήλωση. Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.6. Παρατηρείται ότι οι υψηλότεροι μέσοι όροι (3,91 & 3,72) παρουσιάζονται στις δηλώσεις «Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές/τριες τους», «Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο», ενώ ο χαμηλότερος

μέσος όρος (2.76) στη δήλωση «Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο».

Πίνακας 3-6

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του τρίτου (Γ') τομέα για τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
Γ1.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση στο σχολείο.	3,26	0,95
Γ2.Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές/τριες τους.	3,91	0,81
Γ3.Η παιδική κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής των μαθητών στη τάξη.	3,67	0,78
Γ4.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν προβλήματα στη γνωστική τους λειτουργία.	3,09	1,01
Γ5.Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο.	3,72	0,80
Γ6.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο.	2,76	0,95
Γ7.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολείο.	3,58	0,98

3.5 Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την εκπαίδευση των μαθητών με παιδική κατάθλιψη

Στον Πίνακα Π.4 (Παράρτημα Π) παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε κάθε μία από τις δηλώσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου για τον τέταρτο τομέα (Δ') σχετικά με τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος που ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Το δείγμα δηλώνει κατά 55,3% πως ο εκφοβισμός

από συμμαθητές, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η παιδική κατάθλιψη. Επίσης, το δείγμα δηλώνει πως συμβάλλουν αρκετά στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, κατά 41,2% η ενθάρρυνση ανταγωνισμού μεταξύ των μαθητών/τριών, κατά 40% η έλλειψη οργάνωσης στις δομές και τις λειτουργίες της σχολικής μονάδας καθώς επίσης και κατά 37,6% οι τριβές και αντιπαλότητες μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών. Επιπροσθέτως, το δείγμα δηλώνει κατά 35,3% πως η έλλειψη δίκαιης αντιμετώπισης συμβάλει σε αρκετό βαθμό ενώ κατά 30,6% υποστηρίζει πως συμβάλλει σε μέτριο βαθμό. Τέλος, το δείγμα δηλώνει κατά 31,8% πως η αδιαφορία από τους εκπαιδευτικούς συμβάλλει αρκετά, ενώ κατά 23,5% το δείγμα υποστηρίζει πως συμβάλλει σε μικρό βαθμό στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών.

Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.7. Παρατηρείται ότι ο υψηλότερος μέσος όρος (4,41) παρουσιάζεται στη δήλωση «Εκφοβισμός από συμμαθητές» ως χαρακτηριστικό σχολικού κλίματος που δύναται να συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος (3,35) στη δήλωση του χαρακτηριστικού «Έλλειψη οργάνωσης στις δομές και τις λειτουργίες της σχολικής μονάδας».

Πίνακας 3-7

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του τέταρτου (Δ') τομέα για τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος που ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών.

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
Δ1.Αδιαφορία από τους εκπαιδευτικούς	3,36	1,21
Δ2.Έλλειψη δίκαιης αντιμετώπισης	3,58	1,04
Δ3.Έλλειψη οργάνωσης στις δομές και τις λειτουργίες της σχολικής μονάδας	3,35	1,13
Δ4.Τριβές και αντιπαλότητες μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών/τριών	3,60	1,13

Δ5.Ενθάρρυνση ανταγωνισμού μεταξύ των μαθητών/τριών	3,48	1,03
Δ6.Εκφοβισμός από συμμαθητές/τριες	4,41	0,81

3.6 Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τη συμβολή τους στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών

Στον Πίνακα Π.5 (Παράρτημα Π) παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε κάθε μία από τις δηλώσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου για τον πέμπτο τομέα (Ε') σχετικά με το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Το δείγμα δηλώνει πως συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού, όπως να εντοπίζει τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης και να προσαρμόζει τη διδασκαλία με κατάλληλο τρόπο (52,9%), να αναπτύσσει σχέση υποστήριξης και εμπιστοσύνης με τους μαθητές/τριες (60%) και να ενθαρρύνει την αυτονομία και την ελεύθερη έκφραση (48,2%).

Πίνακας 3-8

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του πέμπτου (Ε') τομέα για το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών όπως η παιδική κατάθλιψη.

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
E1.Ο εκπαιδευτικός δίνει ξεκάθαρες και σαφείς οδηγίες στα παιδιά για αυτό που πρέπει να κάνουν.	3,99	0,91
E2.Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει την αυτονομία και την ελεύθερη έκφραση.	4,33	0,79
E3.Τα παιδιά συμμετέχουν στις αποφάσεις για το περιεχόμενο του μαθήματος.	4,02	0,90
E4.Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών/τριών.	2,32	1,13

E5.O εκπαιδευτικός αναπτύσσει σχέση υποστήριξης και 4,48 0,75
εμπιστοσύνης με τους μαθητές.

E6.O εκπαιδευτικός εντοπίζει τα συμπτώματα παιδικής 4,31 0,91
κατάθλιψης και προσαρμόζει τη διδασκαλία με κατάλληλο τρόπο

Συνεχίζοντας, το δείγμα δηλώνει κατά 34,1% πως το χαρακτηριστικό του εκπαιδευτικού να ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών/τριών, συμβάλλει σε μέτριο βαθμό στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, ενώ δηλώνει κατά 30% πως αυτό το χαρακτηριστικό δε συμβάλλει καθόλου στην πρόληψη. Τέλος, το δείγμα, δηλώνει κατά 47,1% πως το να συμμετέχουν τα παιδιά στις αποφάσεις για το περιεχόμενο του μαθήματος, συμβάλλει αρκετά στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών καθώς επίσης και κατά 42,4% όταν ο εκπαιδευτικός δίνει ξεκάθαρες και σαφείς οδηγίες στα παιδιά για αυτό που πρέπει να κάνουν.

Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.8. Παρατηρείται ότι ο υψηλότερος μέσος όρος (4,48) παρουσιάζεται στη δήλωση του χαρακτηριστικού «Ο εκπαιδευτικός αναπτύσσει σχέση υποστήριξης και εμπιστοσύνης με τους μαθητές/τριες», ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος (2,32) στη δήλωση του χαρακτηριστικού «Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών/τριών».

3.7 Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων

Στον Πίνακα II.6 (Παράρτημα II) παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε κάθε μία από τις δηλώσεις του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου για τον έκτο τομέα (ΣΤ') σχετικά με το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Το δείγμα δηλώνει πως οι ακόλουθοι εκπαιδευτικοί στόχοι είναι σημαντικοί σε μεγάλο βαθμό για τους μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης: η ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του) (72,9%), η ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε μαθητή/τριας και επιβράβευσή τους (67,10%), η μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών/τριών

(67,10%), η ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού στη τάξη (63,5%) καθώς και η ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των μαθητών/τριών (61,2%). Επίσης, οι στόχοι για ενίσχυση των κινήτρων για τη μάθηση (57,6%) και για κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του σχολείου (57,6%) αξιολογούνται ως σημαντικοί σε μεγάλο βαθμό για τους μαθητές/τριες με συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος, ο στόχος για ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες υποστηρίζεται κατά 45,9% ως σημαντικός σε μεγάλο βαθμό και κατά 42,4% ως αρκετά σημαντικός.

Για κάθε μία από τις οκτώ (8) δηλώσεις, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ αθροίζοντας τις απαντήσεις σε κάθε μία δήλωση. Προκύπτουν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.9. Παρατηρείται ότι ο υψηλότερος μέσος όρος (4,61) παρουσιάζεται στη δήλωση του εκπαιδευτικού στόχου «Ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του)», ενώ ο χαμηλότερος μέσος όρος (4,32) στη δήλωση του εκπαιδευτικού στόχου «Ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες».

Πίνακας 3-9

Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σκορ των δηλώσεων του έκτου (ΣΤ') τομέα για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων για τους μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης.

Δηλώσεις	ΜΟ	ΤΑ.
ΣΤ1.Ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του).	4,61	0,73
ΣΤ2.Ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες.	4,32	0,74
ΣΤ3.Ενίσχυση των κινήτρων για τη μάθηση.	4,44	0,76
ΣΤ4.Κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του σχολείου.	4,45	0,73
ΣΤ5.Ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των μαθητών/τριών.	4,48	0,77
ΣΤ6.Μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών/τριών.	4,54	0,75

ΣΤ7.Ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού στη τάξη.	4,47	0,84
ΣΤ8.Ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε μαθητή/τριας και επιβράβευση τους.	4,53	0,80

3.8 Διερεύνηση κανονικότητας κατανομών εξαρτημένων μεταβλητών

Στο σημείο αυτό, καλούμαστε να αποφασίσουμε τη χρήση παραμετρικών ή μη παραμετρικών δοκιμών για τη διερεύνηση τόσο των συσχετίσεων όσο και των διαφορών. Για το λόγο αυτό, προχωρούμε στον έλεγχο της κανονικότητας των κατανομών των εξαρτημένων μεταβλητών που έχουν προκύψει. Επομένως, πραγματοποιούμε Δοκιμές Κανονικότητας, τα αποτελέσματα των οποίων για κάθε μία από τις συνεχείς μεταβλητές των σκορ που υπολογίσαμε ανωτέρω. Από τον Πίνακα 3.10 αντιλαμβανόμαστε πως μπορούμε να προχωρήσουμε με παραμετρικά τεστ, διότι η τιμή του στατιστικού δείκτη στη στήλη Statistic, είναι κοντά στη μονάδα και επομένως, η κατανομή είναι πολύ κοντά στην κανονική (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011).

Πίνακας 3-10

Δοκιμή Κανονικότητας συνεχών μεταβλητών για το δείγμα των εκπαιδευτικών

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ	,892	85	,000
B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ	,934	85	,000
Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ	,954	85	,004
Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ	,963	85	,016
E_ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ	,887	85	,000
ΣΤ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ	,775	85	,000

3.9 Διερεύνηση Συσχετίσεων μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών

Για να ξεκινήσουμε, χρειάζεται να υπολογίσουμε το συντελεστή συσχέτισης Pearson r μέσω της δημιουργίας πίνακα συσχέτισεων, ώστε να διερευνηθούν οι διασυνάφειες μεταξύ των μεταβλητών του Πίνακα 3.10. Ο στατιστικός έλεγχος Pearson r κρίνεται κατάλληλος όταν πληρείται το κριτήριο της κανονικότητας της κατανομής, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 3.10.

Παρατηρούμε στον Πίνακα 3.11, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση υψηλής ισχύος της αιτιολογίας παιδικής κατάθλιψης, με τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης ($r=0.560$, $p=0.000<0.01$), με τη σχολική προσαρμογή ($r=0.517$, $p=0.000<0.01$), τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος ($r=0.538$, $p=0.000<0.01$), το ρόλο των εκπαιδευτικών ($r=0.661$, $p=0.000<0.01$) καθώς και με τους εκπαιδευτικούς στόχους ($r=0.627$, $p=0.000<0.01$). Ομοίως, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μέτριας ισχύος των συμπτωμάτων με τη σχολική προσαρμογή ($r=0.426$, $p=0.000<0.01$), με τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος ($r=0.455$, $p=0.000<0.01$), υψηλή συσχέτιση με το ρόλο των εκπαιδευτικών ($r=0.608$, $p=0.000<0.01$) καθώς και με τους εκπαιδευτικούς στόχους ($r=0.624$, $p=0.000<0.01$). Συνεχίζοντας, παρατηρούμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική

συσχέτιση μέτριας ισχύος της σχολικής προσαρμογής με τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος ($r=0.457$, $p=0.000<0.01$), με τους εκπαιδευτικούς στόχους ($r=0.432$, $p=0.000<0.01$) καθώς και υψηλή συσχέτιση με το ρόλο των εκπαιδευτικών ($r=0.538$, $p=0.000<0.01$). Επιπροσθέτως, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση υψηλής ισχύος των χαρακτηριστικών του σχολικού κλίματος, με το ρόλο των εκπαιδευτικών ($r=0.516$, $p=0.000<0.01$) και με τους εκπαιδευτικούς στόχους υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση υψηλής ισχύος της αιτιολογίας παιδικής κατάθλιψης, με τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης ($r=0.504$, $p=0.000<0.01$). Τέλος, παρατηρούμε πως υφίσταται στατιστικά σημαντική θετική υψηλή συσχέτιση με τους εκπαιδευτικούς στόχους ($r=0.820$, $p=0.000<0.01$).

Πίνακας 3-11

Αποτελέσματα διερεύνησης συσχετίσεων Pearson μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών

Μέτρηση	A	B	Γ	Δ	E	ΣΤ
A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ	-	,560*	,517*	,538*	,661*	,627*
B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ		-	,426*	,455*	,608*	,624*
Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ			-	,457*	,538*	,432*
Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ				-	,516*	,504*
E_ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ					-	,820*
ΣΤ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ						-

3.10 Διερεύνηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αντιλήψεων εκπαιδευτικών που σχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά

Υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη και επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος έλεγχος, διότι η ανεξάρτητη μεταβλητή (φύλο) είναι διχοτομική και οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι συνεχείς. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες-εκπαιδευτικοί παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό αναγνώρισης των συμπτωμάτων της παιδικής κατάθλιψης ($4,05 \pm 0,66$) από τους άνδρες-εκπαιδευτικούς ($3,32 \pm 0,66$) που συμμετείχαν στο δείγμα ($t = -2,414$, $p = 0.018$) (Πίνακας 3.12).

Πίνακας 3-12

Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση του φύλου στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών

	Ανδρας		Γυναίκα		T	p
	M	SD	M	SD		
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_K	3,54	0,76	3,75	0,53	0,83	0,4
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_K	3,32	0,65	4,05	0,66	-2,41**	0,02**
ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_K	3,86	0,14	3,4	0,64	1,6	0,11
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_						
ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ	3,13	1,08	3,66	0,81	-1,39	0,17
ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ	3,8	0,69	3,91	0,57	-0,43	0,67
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	4,12	0,84	4,5	0,64	-1,25	0,22

*= $p < .01$, **= $p < .001$

Συνεχίζοντας, σχετικά με την επίδραση προϋπάρχουσας εμπειρίας με μαθητή/τρια με ψυχική νόσο, στις εξαρτημένες μεταβλητές των τομέων του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου, παρατηρούμε πως δεν υφίσταται επίδραση (Πίνακας II.7 στο Παράρτημα II)

Τέλος, αναφορικά με την επίδραση προϋπάρχουσας εμπειρίας με μαθητή/τρια με κατάθλιψη, στις εξαρτημένες μεταβλητές των τομέων του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου, παρατηρούμε ότι δε βρέθηκε να υπάρχει επίδραση (Πίνακας II.8 στο Παράρτημα II)

Συμπερασματικά, η προϋπάρχουσα εμπειρία με μαθητή με ψυχική νόσο δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών ούτε για τα χαρακτηριστικά των μαθητών/τριών αυτών, ούτε για τους εκπαιδευτικούς στόχους που πρέπει να τίθενται για τους συγκεκριμένους μαθητές/τριες;

Στο σημείο αυτό, διεξάγεται υπολογισμός του συντελεστή διερεύνησης συσχετίσεων Pearson μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη και των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας. Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση είτε της ηλικίας είτε των ετών προϋπηρεσίας στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την παιδική κατάθλιψη (Πίνακας II.9, στο Παράρτημα II).

Ο έλεγχος One Way ANOVA δεν είναι εφικτό να εκτελεστεί για να εξετασθεί η επίδραση της εκπαιδευτικής βαθμίδας στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη, διότι με βάσει τις απαντήσεις του δείγματος, οι κατηγορίες της εκπαιδευτικής βαθμίδας είναι δύο και όχι τρεις και ως εκ τούτου, υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των εκπαιδευτικών βαθμίδων όσον αφορά τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη και δε βρέθηκε να υπάρχει επίδραση της βαθμίδας εκπαίδευσης στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών (Πίνακας II.10 στο Παράρτημα II).

4. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη συνιστά ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο, σε δείγμα 85 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ανεξαρτήτως ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, προϋπηρεσίας και προηγούμενης διδακτικής εμπειρίας σε μαθητές/τριες με κατάθλιψη. Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με τη σχολική προσαρμογή των παιδιών με κατάθλιψη και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

4.1 Σύνοψη κυριότερων ευρημάτων και συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε πως η παιδική κατάθλιψη έχει συμπτώματα επίμονα και οδυνηρά, που επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα των παιδιών, τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δύνανται να είναι συναισθηματικού, ψυχοσωματικού ή γνωστικού τύπου και να αφορούν τη συμπεριφορά και τις σχολικές επιδόσεις του παιδιού. Υποστηρίζονται λοιπόν τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών σχετικά με την έκταση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Lima, Nascimento, Carvalho, Abreu, Neto, Brasil, Junior, Oliveira & Reis, 2013· Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2012), αλλά και την αναγνωρισιμότητα των συμπτωμάτων σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Gaffrey, Belden & Luby, 2011).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, οι παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο (απόδοση στα μαθήματα, σχολικό κλίμα, σχέση παιδιού-εκπαιδευτικού, σχέση παιδιού με τους συμμαθητές του) όντως, δύνανται να οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και επίσης, οι δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Όλα αυτά έρχονται σε συμφωνία με παλαιότερες έρευνες. Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Αλεξόπουλο (2018), οι προβληματικές σχέσεις με τους συνομήλικους και η μετάβαση από τη μία εκπαιδευτική βαθμίδα στην επόμενη αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διαταραχών στα παιδιά, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Έρευνες δείχνουν ότι η απουσία στενών φιλικών επαφών, η χαμηλή δημοτικότητα, οι κακής ποιότητας σχέσεις με τους συμμαθητές και η απόρριψη από αυτούς συμβάλλουν

στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (Morrow, Hubbard, McAuliffe, Rubin & Dearing, 2006). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί πως οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, δήλωσαν πως η αδιαφορία από την πλευρά των εκπαιδευτικών είναι πιθανό να συνέβαλε στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενες έρευνες (Cole, Jacquez & Maschman, 2001· Grzywacz & Fuqua, 2000· Kellam & Rebok, 1992· Connell & Wellborn, 1991).

Στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε πως τόσο το αίσθημα ανησυχίας όσο και το αίσθημα κόπωσης συνιστούν σε αρκετό βαθμό συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης. Επιπλέον, η έλλειψη ενέργειας καθώς επίσης και τα προβλήματα με την όρεξη αποτελούν με τη σειρά τους, σε αρκετό βαθμό συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης. Επιπροσθέτως, προέκυψε πως τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονταν να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές/τριές τους, παρουσίαζαν αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολείο, δυσκολεύονταν να προσαρμοστούν στο σχολικό περιβάλλον και παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής στην τάξη. Επομένως και από την παρούσα έρευνα προκύπτουν ενδείξεις για τον σημαντικό ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων στην ψυχική υγεία και στην ανάπτυξη του παιδιού. Στη βάση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης υπάρχει το υποκειμενικό βίωμα της κοινωνικής απομόνωσης, της ευαλωτότητας και της μη εμπιστοσύνης στις σχέσεις με τους άλλους (Ρούση-Βέργου, 2012). Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι στη σχολική ηλικία τα παιδιά εμφανίζουν σωματοποιημένα συμπτώματα, παρουσιάζουν δυσκολίες και προβλήματα διατροφής και ύπνου, καθώς και ελλείμματα σε γλωσσικό και κοινωνικό επίπεδο με κύριο χαρακτηριστικό την απόσυρση και τις διαταραγμένες αλληλεπιδράσεις και διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους (Altman & Gotlib, 1998· Goodyer & Cooper, 1993· Kovacs, 1997). Ορισμένες φορές μπορεί να είναι ευερέθιστα και να παρουσιάζουν ψυχοκινητική διέγερση (Goodyer & Cooper, 1998). Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των παιδιών με παιδική κατάθλιψη, οι Cicchetti και Toth (1998) ανέδειξαν υποβαθμισμένη λειτουργία στη γνωσιακή, κοινωνική και αντιπροσωπευτική περιοχή. Σύμφωνα με τους Κλεφτάρα και Τσιάντη (2018), η κατάθλιψη στα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλα συμπτώματα: έκφραση συναισθημάτων ενοχής, αυτομομφή, θλίψη, δυσκολία στη συγκέντρωση, σχολική αποτυχία και σχολική φοβία, έλλειψη ενδιαφερόντων και κινήτρων, δυσφορία, ξεσπάσματα θυμού ή κλάματα, ονυχοφαγία, ανυπακοή, δυσκολία

στις κοινωνικές σχέσεις, μικροκλοπές, έλλειψη ανοχής στις ματαιώσεις. Τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης μπορούν να αναγνωριστούν σύμφωνα με το DSM-5 (Gaffrey, Belden & Luby, 2011).

Σχετικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την εκπαίδευση των μαθητών/τριών με παιδική κατάθλιψη παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα πως ο εκφοβισμός από συμμαθητές, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η παιδική κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους (Kaltiala-Heino & Fröjd, 2011), περίπου το 10% –20% των παιδιών και των εφήβων εμπλέκονται τακτικά σε σχολικό εκφοβισμό είτε ως θύματα, θύτες ή και τα δύο. Συγκεκριμένα, τα αγόρια εμπλέκονται συχνότερα από τα κορίτσια και ένα μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών από ό,τι των εφήβων αναφέρουν θυματοποίηση από εκφοβισμό. Οι συνέπειες του εκφοβισμού περιλαμβάνουν σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών και αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ μπορούν να επεκταθούν μέχρι την ενηλικίωση (Liang et al., 2007). Σε αυτό το πλαίσιο, η κατάθλιψη είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα προβλήματα ψυχικής υγείας της εφηβείας. Η μελέτη των Kaltiala-Heino & Fröjd (2011) κατέδειξε ότι αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης παρουσιάζουν όχι μόνο τα θύματα, αλλά και οι θύτες του εκφοβισμού, στηρίζοντας το συμπέρασμα αυτό σε αναδρομικές μελέτες μεταξύ ενηλίκων αλλά και προοπτικές μελέτες παρακολούθησης.

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη συμβολή τους στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, παρατηρήθηκε πως συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών, όπως είναι ο εντοπισμός συμπτωμάτων παιδικής κατάθλιψης και προσαρμογής της διδασκαλίας με κατάλληλο τρόπο, η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης με τους μαθητές/τριες, όπως επίσης και η ενθάρρυνση της αυτονομίας και ελεύθερης έκφρασης, μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Προηγούμενες έρευνες επιβεβαιώνουν τον σημαντικό ρόλο της ενθάρρυνσης στα παιδιά που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπου αυτό που ενδιαφέρει είναι τα θετικά στοιχεία των μαθητών/τριών και όχι η απόδοσή τους (Γαλανάκη, 2000· Montgomery, 1999). Σύμφωνα με τους Καλαντζή -Αζίζι και Ζαφεροπούλου (2011), ο εκπαιδευτικός πρέπει να διασφαλίζει ότι η εκπαιδευτική ατμόσφαιρα μέσα στην τάξη αλλά και έξω από

αυτήν, θα είναι υποστηρικτική, ασφαλής και ήρεμη. Σύμφωνα με έρευνες η εφαρμογή κατάλληλων δραστηριοτήτων αλλά και η χρήση δεξιοτήτων και τεχνικών συμβουλευτικής που είναι σχετικά απλές, μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά του συμπτώματα (Long & Fogell, 1999 · Montgomery, 1999). Ο εκπαιδευτικός είναι σημαντικό να αναπτύξει καλές και εποικοδομητικές σχέσεις με τους μαθητές/τριες, ώστε η παρέμβασή του να είναι αποτελεσματική και να μπορέσει να στηρίξει το παιδί (Κλεφτάρας, 1997· Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001).

Όσον αφορά στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων, τα σημεία που αναδείχθηκαν σε υψηλά ποσοστά εμφάνισης είναι, η ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του), η ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε μαθητή, η επιβράβευσή τους και η μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών. Η αυτοεκτίμηση των παιδιών επηρεάζεται πολύ από το σχολικό τους περιβάλλον. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως άγχος και κυρίως κατάθλιψη (Kleftaras & Malikiosi-Loizos, 1998). Σχετικά με τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών, βρέθηκε ότι ο βαθμός γνώσης και ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη και τις αιτίες που την προκαλούν, αντιστοιχίζεται με τη δυνατότητα αναγνώρισης των χαρακτηριστικών των παιδιών με παιδική κατάθλιψη αλλά και με τους εκπαιδευτικούς στόχους. Προηγούμενες έρευνες υποστηρίζουν αυτά τα ευρήματα (Herman, Reinke, Parkin, Traylor & Agarwal, 2009. Tannous, 2017) αναδεικνύοντας το ρόλο του σχολείου στην πρόληψη και στη θεραπεία της παιδικής κατάθλιψης.

Αποτέλεσμα διερεύνησης πιθανών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την παιδική κατάθλιψη, ήταν το εύρημα πως οι γυναίκες-εκπαιδευτικοί παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό αναγνώρισης των συμπτωμάτων της παιδικής κατάθλιψης από τους άνδρες-εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στο δείγμα. Η υψηλότερη ικανότητα των γυναικών εκπαιδευτικών να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης έχει καταγραφεί και από τη μελέτη της Özabacı (2010). Σύμφωνα όμως με την έρευνα των Cytryn & McKnew (1996), η παιδική κατάθλιψη σε μεγάλη έκταση δε γίνεται αντιληπτή από τους εκπαιδευτικούς, διότι τα παιδιά με κατάθλιψη είναι συνεσταλμένα, ευγενικά και πολλές

φορές βοηθούν τους άλλους. Επισημαίνουμε πως, δε βρέθηκε επίδραση της προϋπάρχουσας εμπειρίας με μαθητή/τρια με ψυχική νόσο, στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά των μαθητών/τριών ούτε για τους εκπαιδευτικούς στόχους που πρέπει να τίθενται. Ομοίως, τα λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την παιδική κατάθλιψη. Τα ευρήματα αυτά, έρχονται εν μέρει σε συμφωνία με προηγούμενη έρευνα (Ashok, Prabhu, Kamath, Kamath & Chandrasek, 2019), όπου δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών και της ηλικίας, της εμπειρίας ή του επιπέδου εκπαίδευσης, αλλά μόνο της θέσης του σχολείου, της θρησκείας και του φύλου των εκπαιδευτικών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα σχετικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τις ψυχικές ασθένειες είναι περιορισμένη.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Το δείγμα της παρούσας έρευνας διαθέτει εν τέλει, ελάχιστο ποσοστό συμμετοχής ανδρών, με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτό να σχηματιστεί μια γενική εικόνα. Επιπροσθέτως, το δείγμα θα μπορούσε δυνητικά να είναι μεγαλύτερο, δηλαδή άνω των 100 συμμετεχόντων και άρα εκπαιδευτικών. Επιπλέον περιορισμός σχετίζεται με το είδος της έρευνας η οποία είναι συγχρονική. Οι συγχρονικές έρευνες είναι έρευνες παρατήρησης και μπορούν να καταγράψουν μεν τις αντιλήψεις σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά δεν είναι εφικτή η διεξαγωγή συμπερασμάτων σχέσεων αιτίου αποτελέσματος μεταξύ των παρατηρούμενων μεταβλητών. Επίσης, η έρευνα έγινε ηλεκτρονικά, μειώνοντας τον έλεγχο που έχει η ερευνήτρια στα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμη η διεξαγωγή εμπειρικής έρευνας με συνεντεύξεις σε έναν μικρό αριθμό εκπαιδευτικών με σκοπό την καλύτερη στόχευση τόσο των δηλώσεων για τους εκπαιδευτικούς στόχους όσο και την πληρέστερη κατανόηση των χαρακτηριστικών του σχολικού κλίματος που ενδέχεται να συμβάλλουν καθημερινά στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η παιδική κατάθλιψη.

4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Σημαντική θα ήταν η προσθήκη συμμετοχής γονέων για το σχολικό κλίμα που επικρατεί στα σχολεία, αναφορικά με τις σχέσεις των μαθητών/τριών μεταξύ τους, αλλά και με τους εκπαιδευτικούς. Επιπρόσθετα, σημαντική θα ήταν η συμμετοχή ψυχολόγων σε αντίστοιχη έρευνα στο μέλλον προκειμένου να παρατηρήσουμε τη δική τους συμβολή και ποιες προτάσεις πιστεύουν ότι είναι καταλληλότερες για τη βελτίωση στα σχολεία ή την πρόληψη παιδικής κατάθλιψης.

Ελληνικές Βιβλιογραφικές Αναφορές

Γαλανάκη, Ε. (2011). Δυσκολίες προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων: Ορισμός, ιδιαιτερότητες, διάκριση από την ομαλή συμπεριφορά. Στο Καλαντζή Α.& Ζαφειροπούλου Μ.(Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο* (σελ. 164-167). Αθήνα: Πεδίο.

Golse, B.& Messerschmitt, P. (1989). *Το παιδί σε κατάθλιψη* (Μετάφραση: Ι. Ράλλη). Εκδόσεις Χατζηνικολή.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996). *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου* (σελ.23-29). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2000). *Ψυχιατρική*. (τομ. Β, σελ.753-773). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1996). *Ψυχιατρική*. (τομ. Α, σελ.347-351). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Κλεφτάρας, Γ. (2011). Το παιδί με καταθλιπτικά συμπτώματα και η αντιμετώπιση του από τον δάσκαλο. Στο Καλαντζή Α.& Ζαφειροπούλου Μ.(Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο* (σελ. 424-440). Αθήνα: Πεδίο.

Κλεφτάρας, Γ. & Αλεξόπουλος Δ. (2018). Η παιδική κατάθλιψη και η αντιμετώπισή της στο σχολικό περιβάλλον. Αθήνα: Πεδίο.

Κουρός, Ι. (1993). Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων (τομ. Β, σελ.130-138). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κωνστανταρέα, Μ. (1989). Θεραπείες της συμπεριφοράς. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής* (τόμ. Γ, σελ.140-147). Αθήνα: Καστανιώτης.

Martin, F. (1989). Θεραπεία οικογένειας. Προσεγγίσεις στη θεωρία συστημάτων. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής* (τομ.. Γ, σελ.115-123). Αθήνα: Καστανιώτης.

Ματσόπουλος, Α. (2011). Αξιολόγηση βασισμένη στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς: Ένα διεπιστημονικό μοντέλο για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και ο ρόλος του σχολικού ψυχολόγου. Στο Α. Καλαντζή & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο* (σελ. 83-85). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Μπότσαρη, Ε.(2007). Τρόποι έκφρασης και στρατηγικές διαχείρισης του θυμού. Στο Ε. Μακρή & Μπότσαρη (Επιμ.), *Διαχείριση προβλημάτων σχολικής τάξης* (τόμος Α, σελ. 242-255). Αθήνα: Π.ΙΙ.

Ναυρίδης, Κ. (1986). Προβλήματα ρόλου στην Ομάδα-Τάξη. Στο Ι. Τσιάντη, Α. Σιπητάνου, Δ.Πάνιτς-Τζούφρα, Ι.Αρχοντάκη, Μ.Σόλμαν & Κλ.Ναυρίδης (Μελέτη-έρευνα-επιμέλεια), *Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου* (σελ.17-22). Αθήνα: Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς.

Παρασκευόπουλος, Ι. & Herbert, Μ. (2013). Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών και εφήβων (σελ.168-173). Αθήνα, Πεδίο.

Ποταμιάνος, Α. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ρούσσοις Α. Π. & Τσαούσης Γ. (2011). Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS. Αθήνα, Εκδόσεις Τόκος.

Σανσερέλ, Ζ.Α. (1986). Συντονισμός των παιδαγωγικο-θεραπευτικών ενεργειών στον εκπαιδευτικό χώρο. Στο Ι. Τσιάντη, Α. Σιπητάνου, Δ.Πάνιτς-Τζούφρα, Ι.Αρχοντάκη, Σόλμαν Μ. & Ναυρίδης Κλ. (Μελέτη-έρευνα-επιμέλεια), *Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου* (σελ.24-39). Αθήνα: Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς.

Σταλίκας, Α. (2011). Θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αθήνα: Τόπος.

Σταύρου, Α.(1984). Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία νηπίου, παιδιού, εφήβου (3^η έκδοση, σελ.295-309). Αθήνα: Γρηγόρης.

Stallard, P. (2012). Εφαρμογή γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπευτικών προγραμμάτων στα σχολεία: προκλήσεις και ζητήματα. Στο: Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), Χ. Ρούση-Βέργου (μετφ.). *Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιού και εφήβου* (σελ.55-62). Αθήνα: Πεδίο.

Τσαμπαρλή, Α. (2008). Θεραπεία οικογένειας και αντικειμενότητες σχέσεις. Στο *Η. Κουρκούτας & J.-P. Chartier (Επιμλ.). Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές : στρατηγικές παρέμβασης* (σελ.100-106). Αθήνα:Τόπος.

Τσιάντης, Γ. (1989). Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ.), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής* (τομ. Γ, σελ.3-15). Αθήνα: Καστανιώτης.

Τσιάντης, Γ. (2001). Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Στο Γ.Τσιάντης & Α. Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη (Επιμ.), *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική* (σελ. 105-110). Αθήνα: Καστανιώτης.

Wenar, C. Kerig K. P. (2008). Διαταραχές του Καταθλιπτικού Φάσματος. Στο Δ.Μαρκούλης & Ε. Γεωργακά (Επιμ.), *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία.*(σελ.295-324). Αθήνα: Gutenberg.

Ψύλλου, Ρ. (2012). Η προαγωγή της συναισθηματικής ανθεκτικότητας στο σχολείο στο πλαίσιο της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής προσέγγισης. Στο: Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.). *Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιού και εφήβου* (σελ.185-201). Αθήνα: Πεδίο.

Ξένες Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ashok, L., Prabhu, V., Kamath, V., Kamath, A., & Chandrasek, V. (2019). Exploring Teachers' Attitudes and Beliefs Regarding Mental Health Disorders in Coastal Karnataka, India-A Preliminary Study. *Asian Journal Of Epidemiology*, 12(1), 32-37. doi: 10.3923/aje.2019.32.37

Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2012). Childhood Depression: Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. *Child and Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 6(1). doi: 10.1186/1753-2000-6-26

Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422 – 429.

Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181 – 190.

Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal analysis of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 258 – 270.

Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). *Competence, autonomy, and relatedness: A motivational analysis of self-system processes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Gaffrey, M., Belden, A., & Luby, J. (2011). The 2-week duration criterion and severity and course of early childhood depression: Implications for nosology. *Journal Of Affective Disorders*, 133(3), 537-545. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.056

Grzywacz, J. G., & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26, 101 – 115.

Herman, K., Reinke, W., Parkin, J., Traylor, K., & Agarwal, G. (2009). Childhood depression: Rethinking the role of the school. *Psychology In The Schools*, 46(5), 433-446. doi: 10.1002/pits.20388

Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 2, 37–44. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S11554>

Kellam, S. G., & Rebok, G. W. (1992). *Preventing antisocial behavior: Interventions fro Kleftaras, G. & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. School Psychology International, 297-314m birth through adolescence. New York: Guilford Press.*

Lima, N. N., do Nascimento, V. B., de Carvalho, S. M., de Abreu, L. C., Neto, M. L., Brasil, A. Q., Junior, F. T., de Oliveira, G. F., & Reis, A. O. (2013). Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1417–1425. <https://doi.org/10.2147/NDT.S42402>

Tannous, A. (2017). Prevalence of Childhood Depression: The Effects of Teacher-Students Relationship as Predictor Factors to Depressive Symptoms. *Modern Applied Science*, 12(1), 9. doi: 10.5539/mas.v12n1p9

Παράρτημα Ι – Ερωτηματολόγιο



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «Επιστήμες της αγωγής»

Αγαπητή συμμετέχουσα/Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Το παρόν ερωτηματολόγιο εντάσσεται στα πλαίσια της έρευνας σχετικά με τη σχολική προσαρμογή παιδιών με κατάθλιψη και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Επιστήμες της Αγωγής» από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται αποκλειστικά στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Διατηρείται η ανωνυμία σας και τα δεδομένα που δίνετε χρησιμοποιούνται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Για οποιεσδήποτε ερωτήσεις, απορίες ή επιπλέον πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στα κάτωθι στοιχεία.

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Κούζιλου Φωτεινή

E-mail: f.kouz@yahoo.gr

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία σε έτη:
3. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε λάβει;

Απόφοιτος ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>
Μεταπτυχιακό	<input type="checkbox"/>
Διδακτορικό	<input type="checkbox"/>
4. Έτη προϋπηρεσίας ως εκπαιδευτικός:
5. Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία μαθητές με κάποια ψυχική νόσο;
Ναι ☐ Όχι ☐
6. Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία μαθητές με κατάθλιψη;
Ναι ☐ Όχι ☐

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

1. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας-διαφωνίας σας με τις παρακάτω δηλώσεις (1=διαφωνώ απόλυτα, 5=συμφωνώ απόλυτα);

Η κατάθλιψη στη παιδική ηλικία εκφράζεται με παρόμοιο τρόπο, όπως και στους ενήλικες.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή του παιδιού.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στη συμπεριφορά των γονιών.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη αναπτύσσεται μέσα σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη έχει και βιολογικά αίτια.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε μαθησιακές δυσκολίες.	1	2	3	4	5
Οι δυσκολίες στη κοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.	1	2	3	4	5
Η χαμηλή απόδοση των παιδιών στα μαθήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.	1	2	3	4	5
Παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο (απόδοση στα μαθήματα, σχολικό κλίμα, σχέση παιδιού-εκπαιδευτικού, σχέση παιδιού με τους συμμαθητές του) μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.	1	2	3	4	5

2. Σύμφωνα με αυτά που γνωρίζετε, σε ποιο βαθμό οι παρακάτω ενδείξεις αποτελούν συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης (1=καθόλου, 5=σε μεγάλο βαθμό);

Αίσθημα λύπης ή κενού	1	2	3	4	5
Δεν βρίσκει τίποτα διασκεδαστικό ή ενδιαφέρον	1	2	3	4	5
Προβλήματα στον ύπνο	1	2	3	4	5
Προβλήματα με την όρεξη	1	2	3	4	5
Έλλειψη ενέργειας	1	2	3	4	5
Αίσθημα κόπωσης	1	2	3	4	5
Έλλειψη καθαρής σκέψης	1	2	3	4	5
Αίσθημα αναξιότητας / Χαμηλή αυτοπεποίθηση	1	2	3	4	5
Αίσθημα ότι δεν θέλει να κινηθεί/ να κάνει δραστηριότητες	1	2	3	4	5
Αίσθημα ανησυχίας	1	2	3	4	5

3. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας-διαφωνίας σας με τις παρακάτω δηλώσεις (1=διαφωνώ απόλυτα, 5=συμφωνώ απόλυτα);

Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση στο σχολείο.	1	2	3	4	5
Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές τους.	1	2	3	4	5
Η παιδική κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής των μαθητών στη τάξη.	1	2	3	4	5
Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν προβλήματα στη γνωστική τους λειτουργία.	1	2	3	4	5

Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο.	1	2	3	4	5
Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο.	1	2	3	4	5
Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολείο.	1	2	3	4	5

4. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι τα παρακάτω χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών όπως η παιδική κατάθλιψη; (1=καθόλου, 5=σε μεγάλο βαθμό)

Αδιαφορία από τους εκπαιδευτικούς	1	2	3	4	5
Έλλειψη δίκαιης αντιμετώπισης	1	2	3	4	5
Έλλειψη οργάνωσης στις δομές και τις λειτουργίες της σχολικής μονάδας	1	2	3	4	5
Τριβές και αντιπαλότητες μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών	1	2	3	4	5
Ενθάρρυνση ανταγωνισμού μεταξύ των μαθητών/τριών	1	2	3	4	5
Εκφοβισμός (bullying) από συμμαθητές/τριες	1	2	3	4	5

5. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι τα παρακάτω χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τους εκπαιδευτικούς συμβάλλουν στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών όπως η παιδική κατάθλιψη; (1=καθόλου, 5=σε μεγάλο βαθμό)

Ο εκπαιδευτικός δίνει ξεκάθαρες και σαφείς οδηγίες στα παιδιά για αυτό που πρέπει να κάνουν.	1	2	3	4	5
Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει την αυτονομία και την ελεύθερη έκφραση.	1	2	3	4	5

Τα παιδιά συμμετέχουν στις αποφάσεις για το περιεχόμενο του μαθήματος.	1	2	3	4	5
Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών/τριών.	1	2	3	4	5
Ο εκπαιδευτικός αναπτύσσει σχέση υποστήριξης και εμπιστοσύνης με τους μαθητές/τριες.	1	2	3	4	5
Ο εκπαιδευτικός εντοπίζει τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης και προσαρμόζει τη διδασκαλία με κατάλληλο τρόπο	1	2	3	4	5

6. Σε ποιο βαθμό είναι σημαντικοί οι παρακάτω **εκπαιδευτικοί στόχοι** για τους **μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης**; (1=καθόλου, 5=σε μεγάλο βαθμό)

Ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του).	1	2	3	4	5
Ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες.	1	2	3	4	5
Ενίσχυση των κινήτρων για τη μάθηση.	1	2	3	4	5
Κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του σχολείου.	1	2	3	4	5
Ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των μαθητών/τριών.	1	2	3	4	5
Μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών/τριών.	1	2	3	4	5
Ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού στη τάξη.	1	2	3	4	5
Ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε μαθητή/τριας και επιβράβευση τους.	1	2	3	4	5

Ευχαριστώ πολύ, για τον χρόνο που διαθέσατε, για να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο μου!

Παράρτημα II

Πίνακας II.1

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για την αιτιολογία και σημασία της παιδικής κατάθλιψης (Κύριο Μέρος – Α')

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
A1.Η κατάθλιψη στη παιδική ηλικία εκφράζεται με παρόμοιο τρόπο, όπως και στους ενήλικες.	7,1%	36,5%	29,4%	20,0%	7,1%
A2.Η παιδική κατάθλιψη επηρεάζει κάθε διάσταση της ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.	1,2%	2,4%	5,9%	38,8%	51,8%
A3.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να έχει συνέπειες απειλητικές για τη ζωή του παιδιού.	1,2%	2,4%	12,9%	45,9%	37,6%
A4.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στη συμπεριφορά των γονιών.	0,0%	9,4%	20,0%	51,8%	18,8%
A5.Η παιδική κατάθλιψη αναπτύσσεται μέσα σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον.	1,2%	5,9%	21,2%	52,9%	18,8%
A6.Η παιδική κατάθλιψη έχει και βιολογικά αίτια.	2,4%	9,4%	24,7%	52,9%	10,6%

A7.Η παιδική κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε μαθησιακές δυσκολίες.	2,4%	11,8%	29,4%	50,6%	5,9%
A8.Οι δυσκολίες στη κοινωνική προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.	3,5%	4,7%	11,8%	63,5%	16,5%
A9.Η χαμηλή απόδοση των παιδιών στα μαθήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.	4,7%	4,7%	25,9%	57,6%	7,1%
A10.Παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.	2,4%	3,5%	12,9%	64,7%	16,5%

Πίνακας Π.2

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης (Κύριο Μέρος – Β')

	Καθόλου Row N %	Σε μικρό βαθμό Row N %	Μέτρια, Row N %	Αρκετά Row N %	Σε μεγάλο βαθμό Row N %
B1.Αίσθημα λύπης ή κενού	0,0%	11,8%	8,2%	48,2%	31,8%
B2.Δεν βρίσκει τίποτα διασκεδαστικό ή ενδιαφέρον	1,2%	2,4%	18,8%	45,9%	31,8%
B3.Προβλήματα στον ύπνο	2,4%	3,5%	17,6%	49,4%	27,1%
B4.Προβλήματα με την όρεξη	2,4%	2,4%	18,8%	54,1%	22,4%
B5.Έλλειψη ενέργειας	1,2%	3,5%	15,3%	54,1%	25,9%
B6.Αίσθημα κόπωσης	1,2%	4,7%	18,8%	50,6%	24,7%

B7.Έλλειψη καθαρής σκέψης	1,2%	7,1%	20,0%	48,2%	23,5%
B8.Αίσθημα αναξιότητας / Χαμηλή αυτοπεποίθηση	2,4%	1,2%	4,7%	48,2%	43,5%
B9.Αίσθημα ότι δεν θέλει να κινηθεί/ να κάνει δραστηριότητες	1,2%	2,4%	10,6%	45,9%	40,0%
B10.Αίσθημα ανησυχίας	2,4%	3,5%	20,0%	50,6%	23,5%

Πίνακας II.3

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για τη σχολική προσαρμογή των παιδιών που πάσχουν από παιδική κατάθλιψη (Κύριο Μέρος – Γ')

	Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ	
	απόλυτα	Διαφωνώ	διαφωνώ	Συμφωνώ	απόλυτα	
	Row N %	%	Row N %	Row N %	Row N %	
Γ1.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση στο σχολείο.	3,5%	17,6%	35,3%	36,5%	7,1%	
Γ2.Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ομάδες με τους συμμαθητές τους.	1,2%	3,5%	20,0%	54,1%	21,2%	
Γ3.Η παιδική κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα συμμετοχής των μαθητών στη τάξη.	1,2%	7,1%	23,5%	60,0%	8,2%	
Γ4.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν προβλήματα στη γνωστική τους λειτουργία.	7,1%	18,8%	37,6%	30,6%	5,9%	

Γ5.Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στο σχολείο.	1,2%	4,7%	28,2%	52,9%	12,9%
Γ6.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο.	7,1%	34,1%	37,6%	17,6%	3,5%
Γ7.Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολείο.	2,4%	9,4%	35,3%	34,1%	18,8%

Πίνακας Π.4

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για τα χαρακτηριστικά του σχολικού κλίματος που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών
(Κύριο Μέρος – Δ')

	Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια,	Αρκετά	Σε μεγάλο βαθμό
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
Δ1.Αδιαφορία από τους εκπαιδευτικούς	5,9%	23,5%	18,8%	31,8%	20,0%
Δ2.Έλλειψη δίκαιης αντιμετώπισης	3,5%	10,6%	30,6%	35,3%	20,0%
Δ3.Έλλειψη οργάνωσης στις δομές και τις λειτουργίες της σχολικής μονάδας	8,2%	14,1%	24,7%	40,0%	12,9%
Δ4.Τριβές και αντιπαλότητες μεταξύ εκπαιδευτικών, γονέων και μαθητών/τριών	5,9%	10,6%	23,5%	37,6%	22,4%
Δ5.Ενθάρρυνση ανταγωνισμού μεταξύ των μαθητών	4,7%	11,8%	28,2%	41,2%	14,1%
Δ6.Εκφοβισμός (bullying) από συμμαθητές/τριες	1,2%	2,4%	5,9%	35,3%	55,3%

Πίνακας Π.5

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για το ρόλο των εκπαιδευτικών στην πρόληψη ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως η παιδική κατάθλιψη
(Κύριο Μέρος – Ε')

	Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια,	Αρκετά	Σε μεγάλο βαθμό
	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %
E1.Ο εκπαιδευτικός δίνει ξεκάθαρες και σαφείς οδηγίες στα παιδιά για αυτό που πρέπει να κάνουν.	1,2%	4,7%	20,0%	42,4%	31,8%
E2.Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει την αυτονομία και την ελεύθερη έκφραση.	0,0%	4,7%	5,9%	41,2%	48,2%
E3.Τα παιδιά συμμετέχουν στις αποφάσεις για το περιεχόμενο του μαθήματος.	1,2%	5,9%	14,1%	47,1%	31,8%
E4.Ο εκπαιδευτικός ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών/τριών.	30,6%	23,5%	34,1%	7,1%	4,7%
E5.Ο εκπαιδευτικός αναπτύσσει σχέση υποστήριξης και εμπιστοσύνης με τους μαθητές/τριες.	0,0%	3,5%	4,7%	31,8%	60,0%
E6.Ο εκπαιδευτικός εντοπίζει τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης και προσαρμόζει τη διδασκαλία με κατάλληλο τρόπο	1,2%	4,7%	9,4%	31,8%	52,9%

Πίνακας Π.6

Κατανομή απαντήσεων στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου για τη σημασία των εκπαιδευτικών στόχων για τους μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης (Κύριο Μέρος – ΣΤ')

	Καθόλου		Σε μικρό βαθμό		Σε μεγάλο βαθμό	
	Row N	%	Row N	%	Row N	%
ΣΤ1.Ενίσχυση της αντίληψης του παιδιού ότι είναι ικανό να τα καταφέρει στο σχολείο (θετική αυτό-αντίληψη για τις ικανότητές του).		0,0%		2,4%		72,9%
ΣΤ2.Ενθάρρυνση της καλύτερης απόδοσης του παιδιού σε μαθήματα και δραστηριότητες.		0,0%		2,4%		45,9%
ΣΤ3.Ενίσχυση των κινήτρων για τη μάθηση.		0,0%		2,4%		57,6%
ΣΤ4.Κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του σχολείου.		0,0%		1,2%		57,6%
ΣΤ5.Ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος μεταξύ των μαθητών/τριών.		0,0%		3,5%		61,2%
ΣΤ6.Μείωση των διακρίσεων μεταξύ των μαθητών/τριών.		0,0%		2,4%		67,1%
ΣΤ7.Ενίσχυση της συμμετοχής του παιδιού στη τάξη.		1,2%		2,4%		63,5%
ΣΤ8.Ανάδειξη των διαφορετικών δεξιοτήτων κάθε μαθητή/τριας και επιβράβευση τους.		1,2%		1,2%		67,1%

Πίνακας Π.7

Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση προϋπάρχουσας εμπειρίας με μαθητή με ψυχική νόσο στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών

	Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία μαθητές με κάποια ψυχική νόσο;					
	Ναι		Όχι		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ</i>	3,75	0,58	3,7256	,51284	0,186	0,853
<i>B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ</i>	4,1065	,75407	3,8974	,56452	1,425	0,158
<i>Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ</i>	3,3509	,67794	3,5165	,55678	-1,216	0,227
<i>Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ</i>	3,5833	,92413	3,6880	,71141	-,577	,565
<i>Ε_ΡΟΛΟΣ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ</i>	3,9312	,63399	3,8803	,49552	,406	0,686
<i>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ</i>	4,5109	4,4423	,71143	,59108	,478	0,634

*= $p < .01$, **= $p < .001$

Πίνακας Π.8

Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση προϋπάρχουσας εμπειρίας με μαθητή με κατάθλιψη στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών

	Έχετε συναντήσει στην επαγγελματική σας πορεία μαθητές με κατάθλιψη;					
	Ναι		Όχι		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ</i>	3,54	0,72	3,82	0,44	-1,778	,085
<i>B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ</i>	3,91	0,88	4,05	0,58	-,871	,386
<i>Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ</i>	3,47	0,58	3,31	0,74	-1,028	,307
<i>Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ</i>	3,62	1,03	3,63	0,74	-,080	,936
<i>Ε_ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ</i>	3,79	0,76	3,95	0,48	-,972	0,339
<i>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ</i>	4,29	0,87	4,56	0,54	-1,406	,170

*= $p < .01$, **= $p < .001$

Πίνακας II.9

Αποτελέσματα διερεύνησης συσχετίσεων Pearson μεταξύ των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών, ηλικίας και ετών προϋπηρεσίας

Μέτρηση	A	B	Γ	Δ	E	ΣΤ	Έτος προϋπηρεσίας Ηλικία
Έτος Προϋπηρεσίας	-	-	-	-	-	-	- 0,891*
Ηλικία	-	-	-	-	-	-	- -
A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ	-	,560*	,517*	,538*	,661*	,627*	
B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ		-	,426*	,455*	,608*	,624*	
Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ			-	,457*	,538*	,432*	
Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ				-	,516*	,504*	
E_ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ					-	,820*	
ΣΤ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ						-	

*= $p < 0,1$, **= $p < .001$

Πίνακας II.10

Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση του φύλου στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών

Απόφοιτος ΑΕΙ		Μεταπτυχιακό		t	p
M	SD	M	SD		

A_ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ_Π_Κ	3,67	0,60	3,87	0,49	-1,59	0,12
B_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_Π_Κ	3,91	0,70	4,19	0,62	-1,83	0,07
Γ_ΣΧΟΛΙΚΗ_ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ_Π_Κ	3,37	0,67	3,54	0,54	-1,21	0,23
Δ_ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ_ΣΧΟΛ.ΚΛΙΜΑΤΟΣ	3,53	0,89	3,81	0,69	-1,44	0,15
Ε_ΡΟΛΟΣ.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ	3,87	0,63	3,98	0,44	-0,89	0,37
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ_ΣΤΟΧΟΙ	4,44	0,68	4,5500	0,61	-0,73	0,47

*=p<.01, **=p<.001

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.