

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΡΘΡΩΝ

ΜΑΘΗΜΑ: ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
(ΨΧ 58)

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Α. ΚΑΛΑΝΤΖΗ-AZIZI

ΑΘΗΝΑ 2011

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

Το μάθημα αυτό αποτελεί μια συστηματική εισαγωγή στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία. Αρχικά αναπτύσσονται η θεωρία και οι αρχές της στις οποίες βασίζεται το ψυχοθεραπευτικό αυτό μοντέλο. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στις νεώτερες εξελίξεις (γνωσιακή και συμπεριφοριστική αρχή του «εδώ και τώρα», αρχή των αλληλεπιδραστικών συστημάτων κ.α.) όπως και στα επίπεδα τη γνώσις: αρνητικές αυτόματες σκέψεις, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις κ.α.). Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην θεραπευτική σχέση και στην αξιολόγηση και στην διατύπωση περίπτωσης. Ακολουθεί η παρουσίαση μεθόδων και τεχνικών. Για την καλύτερη κατανόηση της εφαρμογής του θεραπευτικού αυτού μοντέλου παρουσιάζονται ορισμένες ψυχοπαθολογικές οντότητες (όπως π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια κ.α.) και η λεπτομερής πορεία αντιμετώπισής τους βάσει αυτού του προτύπου. Τέλος, ακολουθεί η εφαρμογή του μοντέλου σε παιδιά και εφήβους τα οποία εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία [π.χ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), διαταραχές πρόσληψης τροφής, νοητική υστέρηση και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος).

Τίτλος Μαθήματος:

Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία (ΨΧ58)

E-class:

<http://eclass.uoa.gr/courses/PPP204/>

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία Ενηλίκων vs Παιδιών/ Εφήβων.....	3
<i>R. D. Friedberg & J. M. McClure</i>	
Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία σε παιδιά και εφήβους.....	7
<i>P. Stallard</i>	
Μέθοδοι και τεχνικές της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους.....	26
<i>K. Αγγελή</i>	
Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με/ ή χωρίς Υπερκινητικότητα.....	51
<i>A. Σοφianoπούλου</i>	
Αγχώδεις Διαταραχές στα Παιδιά.....	79
<i>M. Ζαφειροπούλου & A. Αγγελοσοπούλου</i>	
Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία.....	98
<i>Φ. Μπακομήτρου</i>	
Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού.....	112
<i>Π. Σιαπέρας</i>	
Νοητική Υστέρηση	128
<i>E. Σοφianίδου</i>	

Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία Ενηλίκων vs Παιδιών/Εφήβων*

Ποιες είναι οι ομοιότητες μεταξύ της γνωσιακής ψυχοθεραπείας ενηλίκων και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων;

Παρότι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμοστεί κατάλληλα, έτσι ώστε να ανταποκριθεί στα ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά των παιδιών, είναι δυνατόν να εφαρμοστούν σε αυτή πολλές από τις αρχές που ισχύουν στην γνωσιακή ψυχοθεραπεία των ενηλίκων (Knell, 1993). Για παράδειγμα, οι αρχές του συνεργατικού εμπειρισμού και της καθοδηγούμενης ανακάλυψης είναι χρήσιμες και βοηθητικές στη θεραπευτική εργασία με παιδιά. Κατ' αναλογία, ο καθορισμός των θεραπευτικών στόχων και η ανατροφοδότηση είναι γενικές αρχές της γνωσιακής ψυχοθεραπείας που ισχύουν και στην περίπτωση των παιδιών. Οι Spiegeer και Guenremont (1995) υποστηρίζουν ότι η ανάθεση κατ' οίκον εργασίας είναι μία από τις θεμελιώδεις τεχνικές των γνωσιακών – συμπεριφοριστικών θεραπειών, η οποία ιδιαίτερα στην περίπτωση των παιδιών τα διευκολύνει να πειραματιστούν με ποικίλες δεξιότητες σε κανονικές συνθήκες, δηλαδή σε πλαίσια της καθημερινής ζωής τους. Όπως στους ενήλικες, έτσι και στα παιδιά η γνωσιακή ψυχοθεραπεία διατηρεί έναν ενεργητικό και στοχοκατευθυνόμενο προσανατολισμό, ο οποίος εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην επίλυση προβλημάτων (Knell, 1993).

Ποιες είναι οι διαφορές μεταξύ της γνωσιακής ψυχοθεραπείας των ενηλίκων και της γνωσιακής ψυχοθεραπείας των παιδιών και των εφήβων;

Εκτός από τις ομοιότητες που παρουσιάστηκαν προηγουμένως, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία των παιδιών διαφέρει από αυτή που απευθύνεται σε ενήλικες. Πρώτον,

μόνον ένας μικρός αριθμός παιδιών αναζητά ψυχοθεραπεία με δική του θέληση (Leve, 1995). Κατά κανόνα, τα παιδιά φθάνουν στο γραφείο ενός ψυχοθεραπευτή μετά από απόφαση των ατόμων που έχουν την ευθύνη τους (συνήθως οι γονείς). Τα ίδια ενδέχεται να αναγνωρίζουν και να παραδέχονται ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα, αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις. Επιπλέον, σύμφωνα με την κλινική εμπειρία των περισσότερων ψυχοθεραπευτών, τα παιδιά ξεκινούν ψυχοθεραπεία όταν οι ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν προκαλούν κάποιο πρόβλημα σε ένα σύστημα (π.χ. στο σχολείο, στην οικογένεια κ.λπ.).

Τα παιδιά σπάνια αναζητούν ψυχοθεραπευτική βοήθεια, όπως επίσης σπάνια αποφασίζουν τη διακοπή της. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά ενδέχεται να αντλούν ικανοποίηση από την ψυχοθεραπεία και να σημειώνουν σημαντική πρόοδο. Εν τούτοις, οι γονείς τους, για πολλούς και διαφορετικούς λόγους, αποφασίζουν τη διακοπή της. Σε άλλες περιπτώσεις, τα παιδιά είναι πιθανό να αποφεύγουν την εμπλοκή τους στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία ή ακόμα και να τη θεωρούν τρομακτική, αλλά διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες (π.χ. γονείς, σχολείο, απόφαση δικαστηρίου ανηλίκων κ.λπ.) τα υποχρεώνουν να συνεχίσουν να συμμετέχουν στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες. Είναι ευνόητο ότι, τα παιδιά σε καμία από τις δύο προαναφερθείσες περιπτώσεις δεν ελέγχουν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία παρ' όλα αυτά τα αφορά άμεσα.

Μολονότι πολλά παιδιά ανταποκρίνονται θετικά στην ευκαιρία που τους δίνεται στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας να αποκαλύψουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σε έναν ενήλικα, άλλα παιδιά βιώνουν την ίδια εμπειρία τραυματικά, καθώς τους κατακλύζει με έντονο άγχος η παρουσία ενός ενήλικα που κατέχει μια θέση εξουσίας. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός πως τα παιδιά εκφράζουν συχνά τη ρεαλιστική αίσθησή τους ότι δεν έχουν κανένα

* Friedberg, R. D., & McClure, J. M. Introduction. In R. D. Friedberg & J. M. McClure, *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The nuts and bolts*, pp. 7-9, The Guilford Press: New York, London.

Μετ. Φωτεινή Λέκκα, Κλινική Ψυχολόγος, Διδ. Κλινικής Ψυχολογίας, Απόφοιτος ΙΕΘΣ

έλεγχο στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Ως εκ τούτου, ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να δείξει επιμονή, έτσι ώστε να εμπλέξει το παιδί στη διαδικασία και να αυξήσει το κίνητρό του να συμμετάσχει σε αυτή.

Σε γενικές γραμμές, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία με τα παιδιά βασίζεται σε μια βιωματική προσέγγιση, η οποία εστιάζεται στο εδώ και τώρα. (Knell, 1993). Δεδομένου ότι τα παιδιά αγαπούν τη δράση και προσανατολίζονται σε αυτή, μαθαίνουν πιο εύκολα μέσω της πράξης. Η σύνδεση των στρατηγικών αντιμετώπισης και των δεξιοτήτων που πρέπει να καλλιεργηθούν με συγκεκριμένες πράξεις βοηθά τα παιδιά να εστιάζουν την προσοχή τους, να ανακαλέσουν από τη μνήμη τους και να εκδηλώσουν την επιθυμητή συμπεριφορά. Επιπλέον, η δράση εντός του ψυχοθεραπευτικού πλαισίου ενδέχεται να αποδειχθεί αναζωογονητική. Όταν τα παιδιά διασκεδάζουν, τότε το κίνητρό τους αυξάνεται.

Η λειτουργικότητα των παιδιών εκδηλώνεται και εντάσσεται σε κάποιο σύστημα, όπως η οικογένεια ή το σχολείο (Ronen, 1998). Όπως επισημαίνει η Ronen: «Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας εστιάζεται στη θεραπεία του παιδιού εντός του φυσικού περιβάλλοντός του, είτε πρόκειται για την οικογένεια είτε για το σχολείο ή την ομάδα των ομηλίκων» (σ. 3). Ως εκ τούτου, οι ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να λαμβάνουν υπόψη τα σύνθετα ζητήματα που αφορούν το σύστημα, τα οποία πλαισιώνουν το πρόβλημα του παιδιού, και να σχεδιάζουν τα αντίστοιχα και κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης. Όταν δε ληφθούν υπόψη αυτά τα ζητήματα, τότε οι ψυχοθεραπευτές είναι σαν «να πετούν στον αέρα με κλειστά τα μάτια». Τα συστήματα στα οποία εντάσσονται και λειτουργούν τα παιδιά είναι δυνατόν να ενισχύσουν ή να αποσβέσουν τις όποιες στρατηγικές αντιμετώπισης διαθέτουν. Το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον είναι αποφασιστικής σημασίας σε ό,τι αφορά την εμφάνιση, τη διατήρηση και τη γενίκευση του θεραπευτικού κέρδους.

Τα παιδιά έχουν διαφορετικές ικανότητες, περιορισμούς, προτιμήσεις και ενδιαφέροντα σε σύγκριση με τους ενήλικες. Μάλιστα τα παιδιά, ενδέχεται να θεωρήσουν ανοίκεια και ανησυχητική μια διαδικασία στην οποία θα πρέπει να καθίσουν σε μια καρέκλα και να μιλήσουν με έναν άλλο άνθρωπο για ψυχολογικά προβλήματα. Δεδομένου ότι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία των παιδιών βασίζεται στις λεκτικές και στις γνωστικές ικανότητές τους, ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να αξιολογήσει την ηλικία, όπως επίσης τις κοινωνικές- γνωστικές ικανότητες και δεξιότητές τους (Kimball, Nelson, & Politano, 1993; Ronen, 1997). Επίσης θα πρέπει να προσαρμόσει την παρέμβαση στην ηλικία του παιδιού και στις αναπτυξιακές ικανότητές του. Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας επωφελούνται κυρίως από τις πιο απλές γνωσιακές μεθόδους, όπως η αυτοκαθοδήγηση και τις συμπεριφοριστικές τεχνικές, ενώ οι έφηβοι ανταποκρίνονται με επιτυχία σε πιο εκλεπτυσμένες τεχνικές που προϋποθέτουν την ικανότητα λογικής ανάλυσης (Ronen, 1998).

Παρότι η ηλικία είναι μια σημαντική μεταβλητή (Daleiden, Vasey, & Brown, 1999), οι ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες σημαντικές παραμέτρους, όπως η γλώσσα και οι εκφραστική ικανότητα, η ικανότητα της προοπτικής και της αιτιολόγησης των πραγμάτων (Hart & Morgan, 1993; Kimball et al., 1993, Ronen, 1997, 1998). Όταν οι απαιτήσεις του έργου υπερβαίνουν τις κοινωνικές – γνωστικές ικανότητες του παιδιού, τότε κάτι τέτοιο ενδέχεται να δημιουργήσει την εσφαλμένη εντύπωση ότι το παιδί αποσύρεται, αντιστέκεται ή είναι ανάκανο (Friedberg & Dalenberg, 1991). Αντίθετα, όπως υποστήριξε ο Mischel (1981) τα παιδιά είναι εν δυνάμει ψυχολόγοι, οι οποίοι, αν και διαισθητικά, μπορούν να μάθουν και να χρησιμοποιούν τις ψυχολογικές αρχές που καθορίζουν την κατανόηση της κοινωνικής συμπεριφοράς, να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους και να ελέγχουν το περιβάλλον τους. Έτσι, τα έργα που λαμβάνουν υπόψη το επίπεδο της ανάπτυξης του παιδιού συμβάλλουν στην ενεργό συμμετοχή ακόμα και των μικρότερων σε ηλικία παιδιών στη θεραπευτική διαδικασία (Friedberg & Dalenberg, 1991; Knell, 1993; Ronen, 1997). Για παράδειγμα, η μέθοδος της καταγραφής σε ημερολόγιο είναι εξίσου αποτελεσματική και στα παιδιά, αν η τυπική της μορφή τροποποιηθεί κατάλληλα (π.χ. υπάρχουν ζωγραφισμένα «συννεφάκια» στα οποία το παιδί μπορεί να καταγράψει τις σκέψεις ή τα συναισθήματά του) (Willman, Hollander, & Schult, 1996). Με λίγα λόγια, μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικές – γνωστικές μεταβλητές καθορίζουν ποιες γνωσιακές- συμπεριφοριστικές τεχνικές θα εφαρμοστούν, πώς και πότε.

Η λεκτική ικανότητα επηρεάζει το βαθμό στον οποίο ένα παιδί μπορεί να ωφεληθεί από τις αμιγώς λεκτικές παρεμβάσεις (Ronen, 1997, 1998). Αν το επίπεδο της γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού δεν είναι επαρκές, τότε είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν άλλες τεχνικές, όπως η ζωγραφική,

το παιχνίδι με μαριονέτες ή η χειροτεχνία. Αντίστοιχα, η ανάγνωση βιβλίων και η αφήγηση ιστοριών μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της γλωσσικής ευχέρειας του παιδιού. Την επίτευξη του ίδιου στόχου διευκολύνουν και άλλες τεχνικές που περιλαμβάνουν άλλα οπτικοακουστικά μέσα (π.χ. μουσική, κινηματογραφικές ταινίες ή τηλεοπτικά προγράμματα). Γενικά, η εναρμόνιση του εκάστοτε έργου με τις γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού είναι μια πρόκληση για αυτή καθεαυτή την πράξη της ψυχοθεραπείας.

Πολλοί συγγραφείς και ερευνητές έχουν εντοπίσει κάποιους σημαντικούς αναπτυξιακούς παράγοντες τους οποίους οι ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη (Kimball et al., 1993; Ronen, 1997). Η Ronen (1998) τονίζει ότι ο καθορισμός του αν η συμπεριφορά ενός παιδιού είναι προβληματική προϋποθέτει την κατανόηση των αναπόφευκτων αναπτυξιακών απαιτήσεων με τις οποίες τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα. Η ίδια σημειώνει: «Ενώσω μεγαλώνουν, δημιουργείται η απαίτηση από τα παιδιά να αποκτήσουν έλεγχο των σφικτήρων τους, να μάθουν ότι οι γονείς τους πάντα επιστρέφουν στο σπίτι και έτσι θα πρέπει να σταματήσουν να κλαίνε κάθε φορά που τους βλέπουν να φεύγουν. Προσδοκείται από αυτά να αποκτήσουν αυτοέλεγχο, να γίνουν διεκδικητικά, να αποκτήσουν την ικανότητα της αυτοαξιολόγησης και να αρχίσουν να χρησιμοποιούν τη λεκτική επικοινωνία και τη διαπραγμάτευση, αντί να κλαίνε όταν επιθυμούν κάτι» (σ. 7). Όταν η συμπεριφορά ενός παιδιού αποκλίνει σημαντικά από αυτό που αναμένεται σε αναπτυξιακό επίπεδο, τότε έργο των κλινικών είναι να διευκολύνουν την επίτευξη όσων αναπτυξιακών επιτευγμάτων δεν έχουν ακόμα κατακτηθεί. Πολύ συχνά, ολόκληρη η θεραπεία μπορεί να επικεντρωθεί στην κατάλληλη καθοδήγηση του παιδιού και της οικογένειάς του για την επίτευξη του προαναφερθέντος στόχου.

Σε αυτό το βιβλίο, προσπαθούμε να δείξουμε ότι η ψυχοθεραπεία των παιδιών είναι ένα έργο διασκεδαστικό και ευχάριστο. Παρότι πολλά από τα ψυχολογικά ζητήματα που προκαλούν προβλήματα στο παιδί είναι οδυνηρά και προκαλούν συναισθηματική δυσφορία, ακόμα και αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με ένα δημιουργικό τρόπο που θα εξασφαλίσει την ενεργό συμμετοχή του παιδιού. Από την εμπειρία μας έχουμε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο εμπλέκεται και συμμετέχει το παιδί την ψυχοθεραπεία, τόσο λιγότερο αυτή μοιάζει με ένα καθήκον που πρέπει να ολοκληρωθεί.

Η άμεση και συγκεκριμένη ενίσχυση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοθεραπείας των παιδιών (Knell, 1993). Η ενίσχυση θα πρέπει να παρέχεται στα παιδιά όταν τακτοποιούν τα παιχνίδια τους, ολοκληρώνουν τα μαθήματα τους ή εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους κ.ο.κ Η επιβράβευση και η ανταμοιβή μπορούν να καλλιεργήσουν την αίσθηση της προσδοκίας στα παιδιά, να συμβάλουν στη δημιουργία κινήτρων, να βελτιώσουν την προσοχή και τη μνημονική ικανότητά τους (Bandura, 1997; Rotter, 1982). Με απλά λόγια, η επιβράβευση συμβάλλει στην αύξηση της συμμετοχής του παιδιού στην ψυχοθεραπεία, του δείχνει τι είναι σημαντικό και τι πρέπει να θυμάται από την όλη διαδικασία.

Βιβλιογραφικές αναφορές από το βιβλίο

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Daleiden, E. L., Vasey, M. V., & Brown, L. M. (1999). Internalizing disorders. In W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Eds.), *Developmental issues in clinical treatment of children* (pp. 261-278). Boston: Allyn & Bacon.
- Friedberg, R. D., & Dalenberg, C. J. (1991). Attributional processes in young children: Theoretical, methodological, and clinical considerations. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavioral Therapy*, 9, 173 – 183.
- Hart, K. J., & Morgan, J. R. (1993). Cognitive – behavioral procedures with children: Historical context and current status. In A. J. Finch, W. M. Nelson, & E. S. Ott (Eds.), *Cognitive – behavioral procedures with children and adolescents* (pp. 1 – 24). Boston: Allyn & Bacon.
- Kimball, W., Nelson, W. M., & Politano, P. M. (1993). The role of developmental variables in cognitive – behavioral interventions with children. In A. J. Finch, W. M. Nelson, & E. S. Ott (Eds.), *Cognitive – behavioral procedures with children and adolescents* (pp. 25 – 67). Boston: Allyn & Bacon.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive – behavior play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Leve, R. M. (1995). *Child and adolescent psychotherapy: Process and intergration*. Boston: Allyn & Bacon.
- Mischel, W. (1981). Metacognition and the rules of delay. In J. H. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures* (pp. 240 – 271). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy for children*. New York: Wiley.
- Ronen, T. (1998). Linking developmental and emotional elements into child and family cognitive – behavioral therapy. In P. Graham (Ed.), *Cognitive – behaviour therapy for children and families* (pp. 1 – 17). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rotter, J. B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York: Praeger.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1995). *Contemporary behavior therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wellman, H. M., Hollander, M., & Schult, C. A. (1996). Young children’s understanding of thought bubbles and of thought. *Child Development*, 67, 768 – 788.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία στα ελληνικά

- Καλαντζή – Azizi, A., και Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Ronen, T. (1999). Γνωστική – εξελικτική θεραπεία στα παιδιά. (Μ.Ζαφειροπούλου, Επιμ.), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stallard, P. (2006). Σκέφτομαι καλά – νοιώθω μια χαρά. (Μ.Ζαφειροπούλου, Επιμ.), Αθήνα: Δαρδανός

Μέθοδοι/Τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά κι εφήβους

Κατερίνα Αγγελή, MSc.

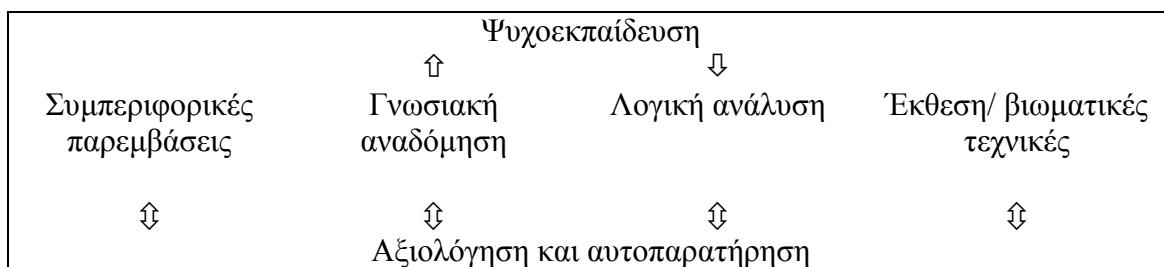
Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, Υποψήφια Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση επιχειρεί να διατηρήσει τα θετικά των συμπεριφορικών παρεμβάσεων σε ένα λιγότερο δογματικό πλαίσιο και να ενσωματώσει τις γνωσιακές διεργασίες και τα συναισθηματικά βιώματα του παιδιού στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής (Kendall, 2006), με στόχο την αλλαγή σε γνωσιακό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Οι τεχνικές που περιγράφονται στη συνέχεια εφαρμόζονται μέσα στα πλαίσια μίας καλής θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας, η οποία αποτελεί τη βάση χωρίς την οποία οι τεχνικές θα μπορούσαν να αποβούν αναποτελεσματικές.

Οι σύγχρονες τάσεις στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση στη θεραπεία παιδιών και εφήβων δεν περιορίζονται στη συνεργασία παιδιού – θεραπευτή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού (παιδοκεντρική προσέγγιση που επικρατούσε ως τη δεκαετία του 1960), αλλά εμπλέκουν στο θεραπευτικό σχεδιασμό τους γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα (π.χ. εκπαιδευτικούς) από το περιβάλλον του παιδιού (περιβαλλοντοκεντρική προσέγγιση) (Καλαντζή – Αζίζι, 1992β. 1995). Όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο σημαντικότερη είναι η συνεργασία με τους γονείς. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί ενημερώνονται για τις δυσκολίες του παιδιού και εκπαιδεύονται στη χρήση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών.

Η δομική (modular) προσέγγιση στη ΓΣ ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων

Σύμφωνα με τη δομική προσέγγιση στη ΓΣ ψυχοθεραπεία, «μία πολύπλοκη ενέργεια μπορούμε να την επιμερίσουμε σε απλούστερα μέρη/δομές, τα οποία λειτουργούν ανεξάρτητα» (Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005, σελ. 142). Συγκεκριμένα, οι τεχνικές και διαδικασίες της ΓΣ θεραπείας μπορούν να ταξινομηθούν σε έξι επιμέρους δομές: ψυχοεκπαίδευση, αξιολόγηση και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, αυτοκαταγραφή, γνωσιακή αναδόμηση, λογική ανάλυση και βιωματικές τεχνικές/έκθεση. Όλες οι τεχνικές που κατατάσσονται σε κάθε επιμέρους δομή έχουν κάποιο κοινό θεραπευτικό στόχο (π.χ. ψυχοεκπαίδευση), αλλά διαφέρουν ως προς την καταλληλότητά τους, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης (ηλικία, είδος προβλήματος κλπ.)



Η διατύπωση περίπτωσης (case conceptualization) αποτελεί θεμελιώδες στάδιο στην εφαρμογή της δομική προσέγγισης, καθότι ορίζει το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009). Τα βασικά στοιχεία της διατύπωσης περίπτωσης περιλαμβάνουν το αναπτυξιακό ιστορικό (αναπτυξιακά επιτεύγματα, σχολική επίδοση, σχέσεις με συνομηλίκους, ενδοοικογενειακές σχέσεις, ιατρικό ιστορικό κ.ά.), το πολιτιστικό πλαίσιο, τα προγενόμενα της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, τις γνωσιακές δομές και τα παρόντα προβλήματα (το αίτημα). Η συλλογή αυτών των στοιχείων, επιτρέπει στον κλινικό να κατανοήσει και να διατυπώσει το πώς βλέπει το άτομο τον εαυτό του και τον κόσμο (Persons, 1995. Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009), και βάσει αυτού να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιήσει τις επιμέρους δομές στην παρέμβασή του.

1. Αξιολόγηση και αυτοκαταγραφή

1.α. Η αρχική αξιολόγηση

Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, τη συλλογή πληροφοριών από διάφορες πηγές και τη συμπλήρωση σχετικών με την κάθε περίπτωση (π.χ. ΔΕΠ/Υ, αγχώδης διαταραχή, κατάθλιψη κλπ.) ερωτηματολογίων. Συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού (συνήθειες ύπνου και διατροφής, συναισθηματική κατάσταση κλπ.), τις οικογενειακές σχέσεις, τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, τη σχολική προσαρμογή και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες (Merrell, 2008). Στο παρόν κεφάλαιο δε θα γίνει εκτενής αναφορά στη διαδικασία της αρχικής αξιολόγησης. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει και την συλλογή στοιχείων για την κατανόηση της συμπεριφοράς βάσει του μοντέλου λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς (Καλαντζή, 2010).

1.α.1. Η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς

Στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς (Ferster, 1965) η κάθε συμπεριφορά αξιολογείται βάσει των συνθηκών του περιβάλλοντος. Η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς περιλαμβάνει τρεις παράγοντες: Τα προγενόμενα της συμπεριφοράς (Antecedents), τη συμπεριφορά (Behavior) και τα επακόλουθά της (Consequences) (Morgan & Jenson 1988). Το μοντέλο αυτό ονομάζεται ABC (Antecedents – Behavior – Consequences).

Παραδείγματα λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς

Προγενόμενα	Συμπεριφορά	Συνέπειες
Τρώμε όλοι μαζί στο σπίτι	Σηκώνεται και χτυπάει τον παππού του	Όλοι σταματάμε το φαγητό και προσπαθούμε να τον συνετίσουμε
Στην παιδική χαρά με τη γιαγιά. Της ζητάει παγωτό και εκείνη αρνείται	Φωνάζει, κλαίει και χτυπιέται	Η γιαγιά του αγοράζει παγωτό επειδή όλοι έχουν γυρίσει και τους κοιτάνε
Μεσημέρι. Του λέω να ξεκινήσουμε τη σχολική μελέτη	Αρχίζει να μου διηγείται συμβάντα από το σχολείο	Περνάει μισή ώρα και ακόμα δεν έχουμε ξεκινήσει τη μελέτη

Τα προγενόμενα της συμπεριφοράς

Τα προγενόμενα της συμπεριφοράς αποτελούν τις συνθήκες στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά. Στις συνθήκες αυτές περιλαμβάνονται τα άτομα τα οποία είναι παρόντα την ώρα που το παιδί εκδηλώνει τη συμπεριφορά, η ώρα της ημέρας, η δραστηριότητα στην οποία είναι εμπλεγμένο το παιδί (π.χ. την ώρα των μαθηματικών, την ώρα του φαγητού, την ώρα που πρέπει να καθίσει για να μελετήσει κ.ο.κ.), ο χώρος στον οποίο βρίσκεται κλπ. (Jenson & Morgan, 1988). Το παιδί μπορεί να εμφανίζει την προβληματική συμπεριφορά μόνο παρουσία κάποιων συγκεκριμένων ατόμων (π.χ. ενός πολύ υποχωρητικού ή ασταθούς γονέα ή δασκάλου) ή κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων συνθηκών (π.χ. στο πάρκο ή στην παιδική χαρά). Κατά την καταγραφή των προγενόμενων μίας συγκεκριμένης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς συνήθως παρατηρείται ότι οι συνθήκες στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά παρουσιάζουν κοινά στοιχεία.

Η συμπεριφορά - στόχος

Συνήθως η τάση των γονέων και των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς είναι να εστιάζουν στις συμπεριφορές που δημιουργούν προβλήματα (Morgan, & Jenson, 1988). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι η παρέμβαση που στοχεύει στην αύξηση και την ενίσχυση των επιθυμητών ελλειμματικών αντιδράσεων μπορεί να επιφέρει από μόνη της μείωση των ανεπιθύμητων και ακατάλληλων αντιδράσεων (Γενά, 1996. Σούλης, 2000). Η δυσλειτουργική συμπεριφορά είναι σημαντικό να συγκεκριμενοποιηθεί (είδος, συχνότητα, ένταση) προκειμένου να αποτελέσει τη συμπεριφορά – στόχο (Morris, 1976). Η συμπεριφορά – στόχος πρέπει να είναι συγκεκριμένη, παρατηρήσιμη και μετρήσιμη (Morgan & Jenson, 1988). Επιπλέον, οι στόχοι που θέτουμε σχετικά με τη συμπεριφορά πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένοι, πραγματοποιήσιμοι και ρεαλιστικοί.

Τα επακόλουθα της συμπεριφοράς

Τα επακόλουθα της συμπεριφοράς είναι οι περιβαλλοντικές αλλαγές που ακολουθούν άμεσα τη δεδομένη συμπεριφορά και που επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς στο μέλλον (Gena & Taylor, 1993). Τα επακόλουθα της συμπεριφοράς ταξινομούνται στις ακόλουθες γενικές κατηγορίες (Κολιάδης, 1991):

Θετικά επακόλουθα. Στα θετικά επακόλουθα περιλαμβάνονται τόσο η παροχή κάποιας αμοιβής ή κάποιου θετικού ερεθίσματος, όσο και η αποφυγή κάποιας δυσάρεστης δραστηριότητας ή κάποιου δυσάρεστου ερεθίσματος

Αρνητικά επακόλουθα. Στα αρνητικά επακόλουθα περιλαμβάνονται τόσο η παροχή κάποιου δυσάρεστου ή τιμωρητικού ερεθίσματος, όσο και η στέρηση κάποιου θετικού ερεθίσματος.

Κανένα επακόλουθο. Στην περίπτωση αυτή η δεδομένη συμπεριφορά δεν ακολουθείται από καμία αλλαγή στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς μας επιτρέπει να κατανοήσουμε ποια είναι η σκοπιμότητα μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, όσο περίπλοκη και αν είναι αυτή (Γενά, 1996. Morgan & Jenson, 1988). Η καταγραφή των επακόλουθων της συμπεριφοράς μας δίνει στοιχεία σχετικά με τη σκοπιμότητά της. Για παράδειγμα, αν μία συμπεριφορά του παιδιού έχει ως επακόλουθο να στρέφεται η προσοχή όλων σε αυτό, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η σκοπιμότητα της συμπεριφοράς αυτής είναι το παιδί να τραβήξει την προσοχή. Αν μία συμπεριφορά έχει ως επακόλουθο τον εκνευρισμό των άλλων, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η σκοπιμότητα αυτής της συμπεριφοράς είναι η πρόκληση του εκνευρισμού. Αν μία συμπεριφορά έχει ως επακόλουθο την αποφυγή κάποιας

δυσάρεστης ή επίπονης δραστηριότητας, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η σκοπιμότητα της συμπεριφοράς αυτής είναι η αποφυγή της δραστηριότητας.

1.β. Η αυτοκαταγραφή

Η αυτοπαρατήρηση αποτελεί θεμελιώδες ατομείο στην προσπάθεια αλλαγής, καθότι βοηθά στο να εντοπίσουμε τι πρέπει να αλλάξει, καθώς επίσης και πώς προχωράει η διαδικασία αλλαγής. Η καταγραφή μία συμπεριφοράς από μόνη της βοηθά στην αλλαγή της (Bateson, 1972).

1.β.1. Συναισθηματική αυτοκαταγραφή

Υπάρχουν πολλοί τρόποι –λεκτικοί και μη- για να περιγράψει ένα παιδί ή ένας έφηβος τα συναισθήματα και τις σκέψεις του (Friedberg et al., 2009):

A. Φατσούλες: Δίνεται στο παιδί ένα χαρτί με ζωγραφισμένες άδειες φατσούλες και του ζητείται να ζωγραφίζει χαρούμενη, λυπημένη, θυμωμένη ή ανήσυχη φατσούλα, κάθε φορά που βιώνει ένα έντονο συναίσθημα.

B. Συναισθηματικό υποδεκάμετρο ή θερμόμετρο: Η τεχνική αυτή μπορεί να συμπληρώνει την προηγούμενη και επιτρέπει στο παιδί να περιγράψει την ένταση των συναισθημάτων του, σημειώνοντας πάνω σε ένα θερμόμετρο ή υποδεκάμετρο ζωγραφισμένο κάτω από την κάθε φατσούλα.

Γ. Τεχνικές που βοηθούν στην κατανόηση της κλιμάκωσης των συναισθημάτων. Για παράδειγμα, η τεχνική «συννεφιά, ψιχάλες, καταιγίδα». Συχνά τα παιδιά δεν εντοπίζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα παρά μόνο αφού αυτά κλιμακωθούν και γίνουν πολύ έντονα. Αυτό τα κάνει να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να τα χειριστούν και ότι τους προκαλούν προβλήματα στις σχέσεις με τους άλλους. Η τεχνική «συννεφιά, ψιχάλισμα, καταιγίδα» βοηθάει τα παιδιά να εντοπίζουν τα συναισθήματά τους όταν αυτά είναι σε ήπια –άρα ευκολότερα διαχειρίσιμη- ένταση.

Παράδειγμα ημερολογίου αυτοκαταγραφής συναισθημάτων «συννεφιά, ψιχάλα, καταιγίδα»

Ημερομηνία/?Ωρα	Συναίσθημα	Συννεφιά	Ψιχάλα	Καταιγίδα

1.β.2. Συμπεριφορική αυτοκαταγραφή

A. Καταγραφή συχνότητας: Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που θέλουμε να συσχετίσουμε τη συχνότητα κάποιας συμπεριφοράς σε σχέση με διάφορες συνθήκες.

Παράδειγμα καταγραφής περιστατικών τριχοτιλομανίας

Ημερομηνία/Συνθήκη	Συχνότητα
Δευτέρα: Στην ώρα των μαθηματικών Στην ώρα της Γλώσσας Στην ώρα της γυμναστικής	III IIII I
Τρίτη: Στο σχολικό Την ώρα της μελέτηςΣτο μπαλέτο	IIII IIIIIII I

B. Ιεράρχηση φόβων: Στην τεχνική αυτή κατασκευάζουμε καρτέλες με καταστάσεις που προκαλούν φόβο και ζητάμε από το παιδί να βαθμολογήσει με βάση τα βελάκια (βλ. Πίνακα) την έντασή του. Στη συνέχεια, μπορούμε να ιεραρχήσουμε τους φόβους βάσει της έντασής τους και να σχεδιάσουμε την παρέμβασή μας ξεκινώντας από τους ηπιότερους.

Παράδειγμα ιεράρχησης φόβων

Να σηκώσω το χέρι μου στην τάξη την ώρα των μαθηματικών

Να τηλεφωνήσω στο Γιώργο να μου πει τις ασκήσεις για το σπίτι

1.β.3. Γνωσιακή αυτοκαταγραφή

Η γνωσιακή αυτοκαταγραφή περιλαμβάνει τεχνικές καταγραφής των σκέψεων που σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα. Βασίζεται σε παραλλαγές ημερολογίων που περιλαμβάνουν μία στήλη με το εκλυτικό γεγονός (ή την κατάσταση στην οποία εμφανίζεται το αρνητικό συναίσθημα), μία στήλη με το συναίσθημα και μία στήλη με τις σκέψεις που το συνοδεύουν. Οι συμβολισμοί και παραλληλισμοί που χρησιμοποιούνται βοηθούν το παιδί να κατανοήσει, βάσει οικείων του εννοιών, τις έννοιες των σκέψεων, των συναισθημάτων και της έντασής τους. Ο κλινικός εισάγοντας την κάθε τεχνική εξηγεί λεπτομερώς και με παραδείγματα το σκεπτικό της.

A. Ποιο έντομο ζουζουνίζει μέσα στο κεφάλι σου;

Ημερομηνία	Κατάσταση	Πώς ένιωσα	Τι ζουζούνιζε επίμονα μέσα στο κεφάλι μου;
02/12	Ο Αλέξης με κορόιδεψε που πήρα Β	Θυμό, λύπη	Είναι καλύτερος από εμένα, εγώ δεν είμαι καλός

B. Η καταγιγίδα μέσα στο μυαλό μου

Κατάσταση	Πώς ένιωσα	Πόσο δυνατό ήταν το συναίσθημα (0-10)	Η καταγιγίδα μέσα στο μυαλό μου
Η μαμά με μάλωσε που έριξα κάτω ένα ποτήρι	Λύπη	8	Δε με αγαπάει, φταίω, αν ήμουν καλύτερο παιδί δε θα μου φώναζε

2. Ψυχοεκπαίδευση

Η ψυχοεκπαίδευση προσανατολίζει, «βάζει στο πνεύμα» της ΓΣ ψυχοθεραπείας τους γονείς, τα παιδιά και τους σημαντικούς άλλους. Μέσω της ψυχοεκπαίδευσης παρέχονται πληροφορίες που βοηθούν στην κατανόηση των συμπτωμάτων, της αιτιολογίας τους, της διάγνωσης αι διευκολύνουν τη θεραπευτική διαδικασία. Η παροχή πληροφοριών πρέπει να γίνεται με ευέλικτο, κατανοητό και ενδιαφέρον τρόπο, συσχετιζόμενη πάντοτε με τα δεδομένα που έχουμε από τη διατύπωση περίπτωσης. Στα πλαίσια αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ιστορίες, μεταφορές, παραδείγματα (Piacentini & Bergman, 2001. Herbert, 1998a. 1998b. 2000a. 2000b. 2000c. 2004a. 2004b).

Υπάρχουν ενδεικνυόμενα βιβλία, ταινίες και ιστοσελίδες που σχετίζονται με την ψυχοεκπαίδευση γονέων και/ή παιδιών για συγκεκριμένα προβλήματα (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009). Μία συγκεκριμένη ιστορία, ταινία ή μεταφορά μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση της φύσης του προβλήματος, καθώς και των ενδεικνυόμενων τρόπων αντιμετώπισης.

Επιπλέον, υπάρχουν τεχνικές ψυχοεκπαίδευσης που βοηθούν στην κατανόηση του γνωσιακού μοντέλου. Παρατίθενται μερικά παραδείγματα:

A. Τα 12 βρώμικα παιχνίδια που παίζει το μυαλό σου. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει την εκπαίδευση στις γνωσιακές παραποιήσεις, με τρόπο που να είναι πιο κατανοητός στα παιδιά και τους εφήβους. Για παράδειγμα:

Βλέποντας με το ένα μάτι: όταν βλέπουμε τα πράγματα μόνο από μία πλευρά και αγνοούμε τις υπόλοιπες

Φυλακισμένος στο συναίσθημα: όταν το πώς νιώθουμε καθοδηγεί απόλυτα το τι κάνουμε

Έρχεται η καταστροφή: όταν πιστεύουμε ότι θα γίνει κάτι τρομερό, χωρίς να έχουμε δεδομένα που το υποστηρίζουν

Έχει να κάνει με εμένα: όταν πιστεύουμε ότι όλα τα κακά που συμβαίνουν σε εμάς ή τους άλλους έχουν να κάνουν με εμάς

Βαριές κουβέντες: όταν χρησιμοποιούμε χαρακτηρισμούς/ετικέτες για τον εαυτό μας ή τους άλλους

Μουλάρωμα: όταν πιστεύουμε ότι αυτά που εμείς πιστεύουμε είναι η μοναδική αλήθεια και πρέπει να την ασπάζονται όλοι

Παραγνώριση των θετικών: όταν πιστεύουμε ότι ό,τι έχουμε πετύχει δεν έχει σημασία.

Διάβασμα σκέψης: όταν μαντεύουμε τι σκέφτονται οι άλλοι για εμάς, χωρίς να έχουμε δεδομένα που να το υποστηρίζουν

Αυτό πάλι γιατί το πιστεύω; όταν πιστεύουμε κάτι ενώ υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα που να το υποστηρίζουν

Στα άκρα: όταν βλέπουμε τα πράγματα μόνο με δύο τρόπους, ή τέλεια ή χάλια

Παραμορφωτικός καθρέφτης: Όταν κοιτάζοντας τον εαυτό μας, συρρικνώνουμε τα θετικά και μεγεθύνουμε τα αρνητικά

Τρέχοντας με χίλια: όταν βγάζουμε συμπεράσματα χωρίς να έχουμε αρκετές πληροφορίες

B. Εντόπισε το βρώμικο παιχνίδι.

Παράδειγμα ημερολογίου «εντόπισε το βρώμικο παιχνίδι»

Ημερομηνία	Κατάσταση	Συναίσθημα	Σκέψη	Βρώμικο παιχνίδι
12/01	Ο Θανάσης δε με κάλεσε στο πάρτι του	Λύπη	Είμαι αντιπαθητικός, κανένας δε με συμπαθεί, ποτέ δε θα έχω φίλους	Βαριές κουβέντες, έρχεται η καταστροφή, τρέχοντας με χίλια

3. Συμπεριφοριστικές τεχνικές

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές είναι συχνά βοηθητικό να χρησιμοποιηθούν στα αρχικά στάδια της παρέμβασης, καθότι βοηθούν στο να κτιστεί η σχέση και η εμπιστοσύνη μεταξύ του θεραπευτή και του παιδιού και των γονιών του, επιφέροντας αλλαγές που ανακουφίζουν το παιδί και/την οικογένεια (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009. Stallard, 2006). Στις συμπεριφοριστικές τεχνικές περιλαμβάνονται η εκπαίδευση στη χαλάρωση, η μίμηση προτύπου, η συστηματική απευαισθητοποίηση, η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, ο προγραμματισμός ευχάριστων δραστηριοτήτων, η αντιστροφή συνηθειών, η εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της δυσφορίας, και ο έλεγχος των συνεξαρτήσεων.

3.1. Τεχνικές χαλάρωσης

Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση

Στην ΠΜΧ εκπαιδεύουμε το παιδί αρχικά να σφίγγει μυϊκές ομάδες για μερικά δευτερόλεπτα και εν συνεχεία να αφήνει τους μύες να χαλαρώνουν, ούτως ώστε να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στη μυϊκή ένταση και τη χαλάρωση (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009. Merell, 2008). Στην εκπαίδευση αυτή βοηθούν μεταφορές, η παρουσίαση της συμπεριφοράς εκ μέρους του θεραπευτή και η εξάσκηση μέσα στη συνεδρία, η χρήση βοηθημάτων (π.χ. ένα μαλακό μπαλάκι ή ζωάκι για να το σφίγγει), καθώς και η καταγραφή και αξιολόγηση της εξάσκησης στο σπίτι. Η εκπαίδευση στην αναπνοή βοηθάει το παιδί να μάθει να ελέγχει το ρυθμό της αναπνοής του. Προκειμένου να μάθει να αναπνέει αργά και βαθιά, χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές:

- Τοποθετούμε αναμένα κεριά στη σειρά –το ένα πίσω από το άλλο- και λέμε στο παιδί να παίρνει βαθιά αναπνοή και να σβήνει τα κεριά ένα-ένα, προσέχοντας η εκπνοή να είναι τόσο αργή και ήπια, ώστε να μη σβήσει το επόμενο κεριό.
- Βάζουμε νερό σε ένα ποτήρι και λέμε στο παιδί να πάρει βαθιά εισπνοή και εν συνεχεία να φυσήξει μέσα στο καλαμάκι τόσο αργά και ήπια, ώστε να γίνουν οι ελάχιστες δυνατές φυσαλίδες

Τεχνικές βοηθητικές στη χαλάρωση

Σενάρια χαλάρωσης

Συχνά τα παιδιά βοηθιούνται στην εφαρμογή των ασκήσεων χαλάρωσης αν οπτικοποιήσουν με κάποιον τρόπο το σφίξιμο και τη χαλάρωση των μυών. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την ευρηματικότητά του και να επινοήσει σενάρια που μπορεί να βοηθήσουν το παιδί να οπτικοποιήσει και έτσι να κατανοήσει και να εφαρμόσει καλύτερα τις τεχνικές. Για παράδειγμα, για το σφίξιμο των μυών του σαγονιού μπορούμε να πούμε στο παιδί να φανταστεί ότι προσπαθεί να μασήσει μία τεράστια τσιχλόφουσκα. Για το σφίξιμο των μυών του αυχένα, μπορούμε να πούμε στο παιδί να φανταστεί ότι είναι σαν χελωνάκι που προσπαθεί να κρύψει το κεφάλι μέσα στο καβούκι. Για το σφίξιμο των μυών των χεριών μπορεί να φανταστεί ότι στίβει λεμόνι με όλη του τη δύναμη κ.ο.κ.

Κάρτες υπενθύμισης για χαλάρωση

Μπορούμε να κατασκευάσουμε μαζί με το παιδί κάρτες υπενθύμισης, με σκίτσα στα οποία θα απεικονίζονται τεχνικές χαλάρωσης που μπορεί να χρησιμοποιήσει, καθώς επίσης και με προτροπές να εφαρμόσει τις τεχνικές που έχει μάθει (π.χ. «θυμήσου να πάρεις βαθιές αναπνοές και να σφίξεις το μαλακό μπαλάκι», «πάρε 5 βαθιές και αργές αναπνοές» κλπ.)

Κουτί χαλάρωσης

Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά στην εφαρμογή των τεχνικών χαλάρωσης το να κατασκευάσουμε μαζί με το παιδί ένα κουτί, μέσα στο οποίο θα περιλαμβάνονται διάφορα βοηθήματα χαλάρωσης, όπως π.χ. κεράκια, μαλακά μπαλάκια, κάρτες υπενθύμισης κλπ.

3.2. Μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου (modeling)

Οι πιο περίπλοκες συμπεριφορές των παιδιών αποκτώνται μέσω της μίμησης. Η μάθηση μέσω μίμησης περιλαμβάνει την παρατήρηση ενός προτύπου που εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά και στη συνέχεια την εκδήλωση της συμπεριφοράς αυτής (Morgan & Jenson, 1988). Για παράδειγμα, ο γονέας που θέλει να μάθει στο παιδί του πώς να ζητάει κάτι με ευγενικό τρόπο, μπορεί να του επιστήσει την προσοχή την ώρα που ο ίδιος εμφανίζει μία τέτοια συμπεριφορά (π.χ. ζητώντας κάτι από ένα κατάστημα). ο γονέας που θέλει να μάθει το παιδί του να μην είναι αυστηρό με τον εαυτό του όταν κάνει λάθη, μπορεί να προγραμματίσει να κάνει κάποια λάθος κίνηση και να αντιδράσει «αυτά συμβαίνουν. Για να πάρω μερικές βαθιές ανάσες και να σκεφτώ πώς θα το αντιμετωπίσω» (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009).

3.3. Συστηματική απευαισθητοποίηση

Στην τεχνική αυτή, ο θεραπευτής μαζί με το παιδί ετοιμάζουν μία λίστα με τις καταστάσεις που προκαλούν φόβο, ταξινομημένες ανάλογα με το βαθμό φόβου που προκαλούν και εν συνεχεία προγραμματίζουν τον παιδί να έρθει σε επαφή σταδιακά με αυτές προκειμένου σταδιακά να απευαισθητοποιηθεί (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009).

3.4. Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες

Τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς συχνά διαθέτουν ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες. Μάλιστα, θεωρείται ότι η δυσκολία σύναψης και διατήρησης θετικών σχέσεων με τους συνομηλίκους αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά τους (Morgan & Jenson, 1988). Οι κοινωνικές που μπορεί να αποτελέσουν στόχο της εκπαίδευσης είναι ποικίλες (π.χ. έκφραση θετικών σχολίων προς τους συνομηλίκους, έκφραση διαμαρτυρίας, διεκδίκηση, έκφραση άρνησης κ.ο.κ). Σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες καταλαμβάνει η συμμετοχή των συνομηλίκων, τα παιχνίδια ρόλων και η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου.

3.5. Προγραμματισμός ευχάριστων δραστηριοτήτων

Ο προγραμματισμός ευχάριστων δραστηριοτήτων έχει ως στόχο να αυξηθεί η θετική ενίσχυση στη ζωή του παιδιού και να διασφαλίσει τη συμμετοχή του παιδιού σε ευχάριστες δραστηριότητες. Είναι εξαιρετικά βοηθητική σε περιπτώσεις απόσυρσης, κατάθλιψης και μειωμένου εσωτερικού κινήτρου (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009). Συχνά τα παιδιά δυσκολεύονται να βρουν ευχάριστες δραστηριότητες για τη λίστα ή δεν κινητοποιούνται να τις εφαρμόσουν. Η προετοιμασία της λίστα βοηθά στην κινητοποίηση του παιδιού και στη δέσμευσή του να προσπαθήσει. Ζητάμε στο παιδί να βαθμολογήσει τη διάθεσή του πριν και μετά από τη δραστηριότητα. Επιπλέον, του ζητάμε να βαθμολογήσει πριν από τη δραστηριότητα πόσο καλά θεωρεί ότι θα νιώσει και μετά από τη δραστηριότητα πόσο καλά ένιωσε. Το νόημα αυτής της τεχνικής είναι το παιδί να συνειδητοποιήσει ότι, πριν από την πραγματοποίηση της δραστηριότητας, μπορεί να θεωρεί (λόγω της κακής διάθεσης και των αρνητικών σκέψεων) ότι θα πάρει λιγότερη ευχαρίστηση από αυτή που τελικά θα πάρει.

3.6. Αντιστροφή συνηθειών

Η αντιστροφή συνηθειών είναι μέθοδος αποτελεσματική στα τικ, τον τραυλισμό, την τριχοτιλομανία, την ονυχοφαγία και άλλες συνήθειες. Το άτομο καλείται να κάνει κάποια «ανταγωνιστική» συμπεριφορά της συνήθειας που αποτελεί το στόχο της αλλαγής (Azrin & Nunn, 1973. Woods & Miltenberger, 1995). Για παράδειγμα, αντί να φάει τα νύχια του, να πιέσει ένα μαλακό μπαλάκι ή να παίξει με ένα κορδόνι. Σημαντικό είναι το παιδί να μάθει να διακρίνει τα πρώτα σημάδια εμφάνισης της συνήθειας. Η πραγματοποίηση της συνήθειας και της ανταγωνιστικής συμπεριφοράς μπροστά σε καθρέφτη κινητοποιούν το παιδί να εφαρμόσει την τεχνική.

3.7. Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανοχής της συναισθηματικής δυσφορίας

Οι τεχνικές αυτής της κατηγορίας έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το παιδί να δεχτεί και να διαχειριστεί τη συναισθηματική δυσφορία. Το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει τα πρώτα σημάδια της συναισθηματικής δυσφορίας και να αναπτύσσει ανταγωνιστικές σε αυτή συμπεριφορές, οι οποίες δρουν μέσω της αισθητηριακής διέγερσης (π.χ. να ακούει την αγαπημένη του μουσική, να χαϊδέψει το κατοικίδιό του, να κάνει μασάζ στον εαυτό του, να ανάψει αρωματικά κεριά κλπ.)

3.8. Έλεγχος των συνθηκών

3.8.1. Η αύξηση των θετικών συμπεριφορών

Η ενίσχυση των ελλειμματικών αντιδράσεων και η διδασκαλία νέων δεξιοτήτων αποτελούν προϋπόθεση για την επιτυχή προσαρμογή του παιδιού στο σχολικό και το οικογενειακό πλαίσιο (Morgan & Jenson, 1988). Επιπλέον, η ενίσχυση θετικών

συμπεριφορών οδηγεί από μόνη της στη μείωση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών (Merrell, 2008).

Η ενίσχυση

Υπάρχουν πολλά πράγματα (αγαπημένες τροφές, δραστηριότητες, δώρα κλπ.) που αρέσουν στα παιδιά και τα οποία μπορεί να αποτελέσουν γι αυτά κίνητρο για την εκδήλωση των επιθυμητών συμπεριφορών (Morgan & Jenson, 1988). Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να τακτοποιήσει τα παιχνίδια του, προκειμένου να το πάνε μετά οι γονείς του βόλτα στο λούνα παρκ. Ένας μαθητής μπορεί να προσπαθήσει κατά τη διάρκεια του μαθήματος να μη σηκωθεί από την καρέκλα του, προκειμένου να κερδίσει μία χρωματιστή σφραγίδα και την επιδοκίμασία του δασκάλου κατά τη λήξη της διδακτικής ώρας. Οι «αμοιβές» που ακολουθούν την εκδήλωση των επιθυμητών συμπεριφορών μπορεί να είναι διαφόρων ειδών (Κολιάδης, 1991):

Υλικής φύσεως: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν αντικείμενα που αρέσουν στο παιδί, όπως παιχνίδια, αγαπημένες τροφές, σφραγίδες, αυτοκόλλητα κλπ.

Δραστηριότητες: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν δραστηριότητες που είναι ευχάριστες για το παιδί, όπως το να πάει στο λούνα παρκ ή σε ένα πάρτι, να επισκεφθεί κάποιο φίλο του ή, στο χώρο του σχολείου, να μοιράσει τις κόλλες με τις ασκήσεις στους συμμαθητές του, να κρατήσει το απουσιολόγιο, να πάει να φέρει νερό στη δασκάλα, να μπει πρώτο στην σειρά την ώρα της γυμναστικής κλπ.

Πληροφόρησης: Πρόκειται για την ανατροφοδότηση που δίνεται στο παιδί σχετικά με τα αποτελέσματα των προσπαθειών του. Για παράδειγμα, «έλυσες σωστά την άσκηση», «έκανες σωστά αυτήν τη διαίρεση» κλπ.

Κοινωνικής φύσεως: Πρόκειται για εκφράσεις, κινήσεις, χειρονομίες που εκφράζουν αναγνώριση και είναι ευχάριστες στο παιδί. Για παράδειγμα, οι αγκαλιές, τα φιλιά, οι εκδηλώσεις αναγνώρισης (π.χ. «ήσουν καταπληκτικός σήμερα», «τι προσεκτική που είσαι!»), το κλείσιμο του ματιού με νόημα, το φιλικό κτύπημα στον ώμο, το «μπράβο» κλπ. Ο έπαινος συνήθως αποτελεί σημαντικό ενισχυτικό παράγοντα, όταν παρέχεται σε κάθε θετική συμπεριφορά του παιδιού, με την πιο μικρή ευκαιρία, με πραγματικό συναίσθημα αναγνώρισης, χωρίς να περιλαμβάνει καμία κριτική χροιά (Καλαντζή-Αζίζι, 1992α).

Το κάθε παιδί έχει τις δικές του προτιμήσεις, με αποτέλεσμα να ελκύεται και να κινητοποιείται από διαφορετικά πράγματα. Ακόμα και το ίδιο παιδί, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και συνθήκες μπορεί να επιθυμεί και να κινητοποιείται από διαφορετικά πράγματα. Για το λόγο αυτό, δεν είναι δυνατό να ορίσουμε και να προβλέψουμε με απόλυτο και καθολικό τρόπο ποια πράγματα, ποιες συμπεριφορές, δραστηριότητες κλπ αποτελούν ενισχυτές της συμπεριφοράς. Αν μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά

επαναλαμβάνεται και εξακολουθεί να υφίσταται, χωρίς να μειώνεται η συχνότητα και/ή η διάρκειά της, αυτό σημαίνει ότι τα επακόλουθά της λειτουργούν ως ενίσχυση για το άτομο.

Η ενίσχυση μπορεί να είναι θετική και αρνητική. **Θετική ενίσχυση** είναι οποιοδήποτε ευχάριστο επακόλουθο παρέχεται στο άτομο μετά από την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς (π.χ. έπαινος, βόλτα, στο πάρκο, καραμέλα, παιχνίδι κλπ.) και αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς. Και η **αρνητική ενίσχυση** αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης της συμπεριφοράς της οποίας έπεται, απαλλάσσοντας το άτομο από κάποιες δυσάρεστες συνέπειες, οι οποίες θα λάμβαναν χώρα αν η επιθυμητή συμπεριφορά δεν εκδηλωνόταν. Για παράδειγμα, ένας μαθητής μπορεί να προσπαθήσει να μην κάνει φασαρία κατά τη διάρκεια του μαθήματος, προκειμένου να μην τον μαλώσει ο δάσκαλος.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ενίσχυσης, όπως η συχνότητα με την οποία δίνεται, η αμεσότητα, το είδος του ενισχυτή που επιλέγεται, η συχνότητα χρήσης του κάθε ενισχυτή κλπ.

Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy system)

Οι ενισχυτές μπορεί να είναι άμεσοι ή έμμεσοι (Καλαντζή-Αζίζι, 1992α). Οι άμεσοι ενισχυτές παρέχονται αμέσως μετά από την εκδήλωση της επιθυμητής αντίδρασης. Το **σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών** αποτελεί ένα σύστημα έμμεσης ενίσχυσης, στο οποίο τη θέση της άμεσης ενίσχυσης λαμβάνουν κουπόνια, αυτοκόλλητα, σφραγίδες κλπ., τα οποία μπορεί το παιδί να ανταλλάξει στη συνέχεια με κάποιον ενισχυτή. Με αυτόν τον τρόπο παρέχεται άμεση ανατροφοδότηση και ενίσχυση στο παιδί για τις επιθυμητές του αντιδράσεις, ακόμα και σε συνθήκες όπου η άμεση ενίσχυση με κάποιον ενισχυτή δεν είναι εφικτή, ενώ παράλληλα αποφεύγεται ο κορεσμός (ο οποίος θα επερχόταν με τη συχνή παροχή κάποιου ενισχυτή), η διάσπαση της προσοχής του παιδιού και η διακοπή της δραστηριότητάς του (για παράδειγμα, ένα παιδί που έγραψε σωστά μία λέξη στην ορθογραφία πιθανότατα θα διασπαστεί αν του δώσουμε εκείνη τη στιγμή ένα σοκολατάκι). Επιπλέον, το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών μας επιτρέπει να προσαρμόζουμε το μέγεθος της ενίσχυσης στο μέγεθος των επιτευγμάτων του παιδιού. Για παράδειγμα, η αγορά ενός παιχνιδιού θα ήταν δυσανάλογα μεγάλη ενίσχυση για την ορθή συγγραφή μίας λέξης. Η κάθε λέξη θα μπορούσε να ενισχύεται με ένα αυτοκόλλητο και στη συνέχεια ένας αριθμός αυτοκόλλητων να αντιστοιχεί στην αγορά του παιχνιδιού.

Τεχνικές για την αύξηση των θετικών συμπεριφορών

Σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς (shaping)

Κατά τη σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς ενισχύεται συστηματικά κάθε βήμα προς την επιθυμητή συμπεριφορά (Gena & Taylor, 1993). Η απόσταση ανάμεσα στη συμπεριφορά που παρουσιάζει το παιδί (ή στο επίπεδο στο οποίο κατέχει μία δεξιότητα) και στην επιθυμητή συμπεριφορά (ή στο επιθυμητό επίπεδο της συγκεκριμένης δεξιότητας) χωρίζεται σε μικρά βήματα, το κάθε ένα από αυτά αποτελεί κάθε φορά τη συμπεριφορά – στόχο, για την οποία ενισχύεται το παιδί. Κάθε φορά που το παιδί επιτυγχάνει τον επιμέρους στόχο, ενισχύεται. Όταν ο επιμέρους στόχος κατακτηθεί και σταθεροποιηθεί, προχωράμε στον επόμενο και ενισχύουμε πλέον μόνο όταν επιτυγχάνεται αυτός. Αν ένας στόχος είναι δύσκολο να επιτευχθεί, τον διαιρούμε εκ νέου σε επιμέρους στόχους.

Παροχή τμηματικής βοήθειας (prompting)

Σε ορισμένες περιπτώσεις το παιδί δεν μπορεί να εμφανίσει την επιθυμητή συμπεριφορά ή τους επιμέρους στόχους που τίθενται. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να πιάνει με λάθος τρόπο το πηρούνι. Στην περίπτωση αυτή ο γονέας πρέπει να του παράσχει κάποια επιπλέον βοήθεια προκειμένου να μπορέσει να μάθει και να εφαρμόσει το σωστό τρόπο (π.χ. να πιάνει μαζί του το πηρούνι, να του καθοδηγεί το χέρι, να του υπενθυμίζει λεκτικά «πιάσε σωστά το πηρούνι»). Η τμηματική βοήθεια προηγείται της συμπεριφοράς-στόχου και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισής της (Gena & Taylor, 1993). Η τμηματική βοήθεια σταδιακά αποσύρεται (prompt fading), προκειμένου να μπορέσει το παιδί πλέον να εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των φυσικών ερεθισμάτων που προηγούνται αυτής και να αποφευχθεί το φαινόμενο της εξάρτησης από την τμηματική βοήθεια (prompt dependence), κατά το οποίο η επιθυμητή συμπεριφορά εκδηλώνεται μόνο με την παροχή της τμηματικής βοήθειας (Gena & Taylor, 1993).

3.8.2. Η μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών

Η απόσβεση

Όπως προαναφέρθηκε, όταν μία συμπεριφορά δεν έχει κανένα απολύτως επακόλουθο, τείνει να εξαλειφεται. Επομένως, αν μία συμπεριφορά που μέχρι στιγμής ενισχυόταν πάψει να ενισχύεται, αναμένουμε σταδιακά να εξαλειφθεί. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί εκδηλώνει προκλητικές συμπεριφορές (π.χ. επίμονες ερωτήσεις, κινήσεις που γνωρίζει ότι τους ενοχλούν κλπ.) με στόχο να τραβήξει την προσοχή των γονέων του

εκνευρίζοντάς τους, οι γονείς θα πρέπει να μην του δώσουν καμία σημασία, προκειμένου η συμπεριφορά αυτή να πάψει να ενισχύεται και να αποσβεσθεί. Βέβαια, σε ορισμένες περιπτώσεις αρνητικών συμπεριφορών, όπως η έντονα επιθετική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η χρήση της απόσβεσης δεν ενδείκνυται, καθότι μπορεί να κινδυνεύει η σωματική ακεραιότητα του παιδιού ή κάποιου άλλου εξαιτίας της προβληματικής συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις αυτές, ενδείκνυται η χρήση της διακοπής των θετικών ενισχύσεων, η οποία περιγράφεται παρακάτω.

Η τιμωρία

Όσο απαραίτητη είναι η αύξηση των θετικών συμπεριφορών στα παιδιά, εξίσου απαραίτητη είναι και η μείωση των αρνητικών συμπεριφορών όταν αυτές κάνουν την εμφάνιση τους. Η μείωση και η εξάλειψη των αρνητικών ή των μη επιθυμητών συμπεριφορών, μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή συγκεκριμένων μορφών τιμωρίας.

Πριν όμως χρησιμοποιήσουμε τις παρακάτω τεχνικές θα πρέπει να γνωρίζουμε τα παρακάτω:

Τιμωρούμε, για να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης μιας αρνητικής συμπεριφοράς, και όχι για να μειώσουμε το παιδί.

Η τιμωρία για να είναι αποτελεσματική πρέπει να δοθεί αμέσως, να είμαστε ήρεμοι και σταθεροί, να είναι σύντομη, να είναι εξατομικευμένη και για το κάθε παιδί κατανοητή.

Δεν πρέπει να περιμένουμε την «τέλεια» συμπεριφορά. Για να μπορέσουμε να τροποποιήσουμε την συμπεριφορά του παιδιού θα πρέπει να γνωρίζουμε τις δυνατότητες του και την τωρινή ψυχοπνευματική του κατάσταση. Στη συνέχεια θα πρέπει να γνωρίζουμε τι θέλουμε να επιτύχουμε ακριβώς. Αν φανταστούμε την διαπαιδαγώγηση σαν μια σκάλα που έχει πολλά σκαλοπάτια. Το πιο χαμηλό σκαλί είναι η τωρινή κατάσταση και το πιο ψηλό είναι εκεί που θέλουμε να φτάσουμε, αυτό που θέλουμε να πετύχουμε ως προς την συμπεριφορά του παιδιού (Καλαντζή-Αζίζι, 1992α).

Μορφές τιμωρίας

Η αφαίρεση προνομίων

Η αφαίρεση προνομίων είναι στην ουσία ποινή που χρησιμοποιείται για τη μείωση ακατάλληλων συμπεριφορών. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις στις οποίες τα παιδιά έχουν κερδίσει ήδη προνόμια ή ανταμοιβές για κάποιες μορφές συμπεριφοράς που θεωρήθηκαν από τον εκπαιδευτικό κατάλληλες ή σωστές (Iwata & Bailey, 1974). Πριν εφαρμοσθεί η συγκεκριμένη τεχνική, θα πρέπει να έχει καθιερωθεί ένα πρόγραμμα θετικής ενίσχυσης, κατά το οποίο οι θετικές συμπεριφορές θα επιβραβεύονται με συγκεκριμένα προνόμια, παιχνίδια, χρήματα ή «μάρκες», τις οποίες θα μπορεί να

ανταλλάξει το παιδί με κάτι ευχάριστο. Θα πρέπει το παιδί να είναι ενήμερο για το ποια συμπεριφορά θα πρέπει να εμφανίσει, τι θα κερδίσει από την εκδήλωσή της, όπως επίσης θα πρέπει να γνωρίζει ποια είναι τα προνόμια που θα του αφαιρεθούν εάν δεν μπορέσει να εμφανίσει τη συμπεριφορά που έχουμε θέσει ως στόχο. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι είναι αντιπαραγωγική και μη αποτελεσματική η ολοκληρωτική αφαίρεση ευκαιριών οι οποίες θα βοηθήσουν το παιδί να κερδίσει προνόμια και ενισχύσεις. Είναι επίσης χρήσιμο να γνωρίζουμε ότι η αφαίρεση προνομίων θα πρέπει να είναι εκ των προτέρων σχεδιασμένη και να μην υπαγορεύεται από τα συναισθήματα της στιγμής.

Time-out – Διακοπή των θετικών ενισχύσεων

Η διακοπή είναι μία διαδικασία με την οποία ο μαθητής αποκλείεται προσωρινά από τις ευκαιρίες να λάβει ενίσχυση (Sloane, Buckholt, Jenson & Crandal, 1979). Σε αντίθεση με την απόσβεση, κατά την οποία απλώς δεν παρέχουμε την ενίσχυση που αναμένει το παιδί για μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, η τεχνική της διακοπής είναι η ενεργητική απομάκρυνση του παιδιού από οτιδήποτε αποτελεί πηγή θετικής ενίσχυσης. Από όλες τις διαδικασίες επιβολής της τιμωρίας που χρησιμοποιούνται για τους μαθητές με άτακτη ή διαταρακτική συμπεριφορά, η συγκεκριμένη διαδικασία της διακοπής είναι πιθανόν η περισσότερο γνωστή. Έχει επίσης περισσότερες δυνατότητες για κοινή χρήση από πρόσωπα που δεν είναι καλά εκπαιδευμένα στην κατάλληλη εφαρμογή της, με αποτέλεσμα να εφαρμόζεται συχνά με ανεπιτυχή τρόπο και να χάνει την αποτελεσματικότητά της.

Η τεχνική αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορα στάδια, κατά τα οποία οι περιορισμοί γίνονται όλο και πιο αυστηροί. Σε μορφές συμπεριφοράς που χαρακτηρίζονται από έντονη επιθετικότητα, η διακοπή μέσω της τοποθέτησης του παιδιού σε ένα καλά φωτιζόμενο και αεριζόμενο χώρο μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική. Το παιδί ουσιαστικά μεταφέρεται από ένα περιβάλλον που είναι πλούσιο σε ενισχύσεις (παιχνίδια, πρόσωπα, βλέμματα, ομιλίες), σε ένα περιβάλλον ανιαρό, από το οποίο δεν έχει να κερδίσει τίποτε, ούτε καν την προσοχή κάποιου. Μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα και ο χώρος που θα χρησιμοποιείται για την εφαρμογή της σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να είναι σκοτεινός, ανθυγιεινός ή επικίνδυνος.

Είναι απαραίτητο να εξηγήσουμε στο παιδί όλη τη διαδικασία της συγκεκριμένης τεχνικής και για ποιους λόγους θα την εφαρμόσουμε, αν αυτό χρειασθεί. Διακόπτουμε την εφαρμογή του περιορισμού μόνο όταν το παιδί έχει ηρεμήσει. Στην περίπτωση που

φωνάζει, γελάει, τσιρίζει ή κλαίει, δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να σταματήσουμε τη διακοπή. Υπάρχει ο κίνδυνος το παιδί να μάθει ότι κάθε φορά που θα συμπεριφέρεται έτσι, η απομάκρυνση του θα απαλλάσσεται από τη διακοπή.

Η υπερδιόρθωση

Είναι μία τεχνική που την χρησιμοποιούν οι δάσκαλοι και οι εκπαιδευτικοί επί αιώνες. Ένα κλασικό παράδειγμα υπερδιόρθωσης είναι όταν το παιδί, κατά τη διάρκεια του διαλείμματος, ενοχλεί ένα μικρότερο παιδί και ο δάσκαλος το αντιλαμβάνεται και το τιμωρεί ζητώντας του να γράψει στον πίνακα 50 φορές τη φράση: «δε θα ενοχλώ την ώρα του διαλείμματος κανένα παιδί». Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η υπερδιόρθωση στην κλινική πράξη είναι μια πολύ πιο σύνθετη διαδικασία και δεν είναι τόσο απλή, όσο εμφανίζεται στο παραπάνω παράδειγμα. Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι αυτής της τεχνικής. Ο πρώτος τύπος είναι μία διαδικασία επαναφοράς στην αρχική κατάσταση, η οποία έχει ανατραπεί, εξαιτίας κάποιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί δημιουργήσει αναστάτωση μέσα στην τάξη, μετακινώντας όλα τα θρανία, θα πρέπει στη συνέχεια να τοποθετήσει όλα τα θρανία στη σωστή θέση και επιπλέον να τα ξεσκονίσει. Ο δεύτερος τύπος υπερδιόρθωσης είναι η επανάληψη της επιθυμητής συμπεριφοράς. Ένα παράδειγμα θα μπορούσε να είναι η περίπτωση ενός παιδιού που είναι εξαιρετικά ακατάστατο και έχει την συνήθεια να αφήνει το παλτό του σε όλα τα σημεία της τάξης. Η τιμωρία θα μπορούσε να είναι να κρεμάσει επί τέσσερις συνεχόμενες φορές το παλτό του στην κρεμάστρα, με την προϋπόθεση ότι θα του εξηγήσουμε για ποιο λόγο το βάζουμε σε αυτήν την διαδικασία.

Ο έλεγχος των ερεθισμάτων

Πρόκειται για τον έλεγχο των προγενόμενων της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Αφού εντοπίσουμε ποιες συνθήκες προηγούνται της αρνητικής συμπεριφοράς, τις τροποποιούμε ή φροντίζουμε να τις αποφύγουμε προκειμένου να προλάβουμε την εμφάνισή της. Για παράδειγμα, σε ένα παιδί με διάσπαση προσοχής, φροντίζουμε ώστε να λείπει το αδερφάκι του από το σπίτι την ώρα που μελετάει.

4. Γνωσιακές τεχνικές

Ο στόχος της γνωσιακής προσέγγισης είναι το άτομο να αναπτύξει λειτουργικές –όχι απαραίτητα θετικές– εναλλακτικές σκέψεις και να «γεννήσει την αμιφοβολία σε σκέψεις που τις χαρακτηρίζει βεβαιότητα» (Padesky, 1988). Ο εσωτερικός διάλογος αποτελεί βασικό εργαλείο της προσέγγισης (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009).

Παρουσιάζονται ενδεικτικά ορισμένοι τρόποι εφαρμογής της γνωσιακής αναδόμησης σε παιδιά και εφήβους.

Βιβλιοθεραπεία

Στην περίπτωση της βιβλιοθεραπείας ο θεραπευτής, ο γονέας ή ο εκπαιδευτικός διαβάζει στο παιδί μία ιστορία (η οποία μπορεί να υπάρχει στη βιβλιογραφία ή να διαμορφωθεί για την περίπτωση του συγκεκριμένου παιδιού), η οποία περιλαμβάνει πολλά κοινά στοιχεία με τις δυσκολίες του παιδιού και τις σκέψεις του σχετικά με αυτές. Για παράδειγμα, για ένα παιδί με μαθησιακές δυσκολίες που αισθάνεται ντροπή, αποτυχία και κατωτερότητα, η ιστορία μπορεί να περιλαμβάνει ένα παιδάκι που δεν τα πηγαίνει καλά στο σχολείο και βιώνει αντίστοιχα συναισθήματα και που τελικά κατανοεί τις δυσκολίες του και τις βλέπει από άλλη οπτική. Μετά την αφήγηση της ιστορίας ακολουθεί συζήτηση με το παιδί και γίνεται σύνδεση με τις δικές του δυσκολίες.

Παιχνίδια με κούκλες

Συχνά η γνωσιακή αναδόμηση γίνεται μέσω παιχνιδιών ρόλων με κούκλες, κατά τη διάρκεια των οποίων ο θεραπευτής (ή ο γονέας ή ο εκπαιδευτικός) αναλαμβάνει και παίζει ρόλους οι οποίοι σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις δυσκολίες του παιδιού και μέσω αυτών μεταβιβάζει στο παιδί μηνύματα και εναλλακτικές σκέψεις. Με παρόμοιο τρόπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και το σχέδιο, οι κατασκευές κλπ.

Το στέμμα των σκέψεων

Είναι μία τεχνική που επιτρέπει στο παιδί να οπτικοποιήσει τις αυτόματες σκέψεις του και τη διαδικασία εσωτερικού διαλόγου. Ο θεραπευτής ζωγραφίζει ένα στέμμα, το οποίο το ονομάζει «Στέμμα των σκέψεων» και κυκλάκια σκέψεων δεξιά και αριστερά του. Εντοπίζει τις αρνητικές σκέψεις μαζί με το παιδί αρχικά και εν συνεχεία τις καταγράφει στο αριστερό κυκλάκι του στέμματος. Με τη Σωκρατική μέθοδο εντοπίζει μαζί με το παιδί εναλλακτικές σκέψεις και τις τοποθετούν στο δεξί κυκλάκι.

Παιχνίδι με κάρτες

Ο θεραπευτής κατασκευάζει κάρτες και γράφει μαζί με το παιδί σε κάθε μία από μία δυσλειτουργική σκέψη. Οι κάρτες ανακαταύονται και τοποθετούνται στο τραπέζι ή το πάτωμα με τη γραμμένη όψη προς τα κάτω. Το παιδί σηκώνει μία κάρτα τη φορά, διαβάζει τη δυσλειτουργική σκέψη και προτείνει μία εναλλακτική, λειτουργική σκέψη. Αν τα καταφέρει, η σκέψη αυτή καταγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας και η συγκεκριμένη κάρτα παραμένει ανοιχτή. Το παιχνίδι συνεχίζεται μέχρι το παιδί να «πετύχει» τις εναλλακτικές σκέψεις σε τρεις συνεχόμενες κάρτες. Το παιδί παίρνει τις συμπληρωμένες κάρτες μαζί του στο σπίτι.

Για τώρα ή για πάντα;

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται σε παιδιά που πιστεύουν ότι τα πράγματα δεν αλλάζουν κι έτσι υιοθετούν απαισιόδοξη στάση. Ο στόχος της τεχνικής είναι να βοηθήσει το παιδί να διακρίνει ποια προβλήματα θα υπάρχουν για πάντα και ποια είναι πιο περιστασιακά. Ο θεραπευτής μαζί με το παιδί ετοιμάζουν μία λίστα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί στην καθημερινότητά του και τα κατατάσσουν σε δύο στήλες/κατηγορίες: «για τώρα» «για πάντα».

Φροντίδα ή έλεγχος

Η τεχνική αυτή λειτουργεί βοηθητικά σε παιδιά που εμπλέκονται σε διαμάχες με τους γονείς επειδή αισθάνονται ότι τα ελέγχουν. Το παιδί καταγράφει σε μία στήλη τις συμπεριφορές του γονέα ή άλλου ατόμου που το έκαναν να αισθανθεί ότι προσπαθούν να το ελέγξουν και τις βαθμολογεί σε δύο διπλανές στήλες ως προς το βαθμό που αυτές οι συμπεριφορές αποσκοπούν στη φροντίδα ή στον έλεγχο.

Είναι δίκαιο ή είναι αυτό που θέλω;

Η τεχνική αυτή βοηθά το παιδί να χειριστεί τα συναισθήματα ματαίωσης που προκύπτουν επειδή συγχέει το δίκαιο με αυτό που θέλει. Δεν είναι συχνή η εικόνα ενός παιδιού που φωνάζει «Δεν είναι δίκαιο;». Σε μερικές περιπτώσεις πράγματι δεν είναι δίκαιο αυτό που συμβαίνει. Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις, αυτό που συμβαίνει απλώς δεν συμβαδίζει με αυτό που θέλει το παιδί... αλλά δεν παύει να είναι δίκαιο. Το παιδί καταγράφει σε μία στήλη τα περιστατικά που το ενόχλησαν και εν συνεχεία τα κατατάσσει –με τη βοήθεια του θεραπευτή- σε μία από τις δύο στήλες: «Αδίκιο» και «Απλώς όχι αυτό που θέλω»

Είσαι έτοιμος για μερικές αλλαγές;

Πρόκειται για ένα ημερολόγιο κινητοποίησης για την αλλαγή συμπεριφορών (Friedberg et al., 2009).

Το πρόβλημά μου είναι.....						
Σε ποιο βαθμό με ενοχλεί						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	
Εξαιτίας του προβλήματος νιώθω αβοήθητος και ότι δεν ελέγχω τα πράγματα						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	
Πιστεύω ότι και άλλα παιδιά της ηλικίας μου έχουν αυτό το πρόβλημα						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	

Πιστεύω ότι η θεραπεία θα με βοηθήσει						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	
Θέλω να αλλάξω τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μου						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	
Προσπαθώ να αλλάξω τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μου						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	
Πιστεύω ότι μπορώ να αλλάξω τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μου						
1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου		Λίγο			Πολύ	

Αλήθεια ή ψέμα;

Η τεχνική αυτή βοηθά στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών σκέψεων. Το παιδί μαθαίνει να καταγράφει τις αυτόματες σκέψεις του και να τις κατατάσσει ως «αλήθεια» ή «ψέμα» σε σχετική στήλη.

Ξεκαθαρίζοντας το τοπίο

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει τις ρεαλιστικές λειτουργικές σκέψεις που έρχονται να ξεκαθαρίσουν το τοπίο από τις παρεμνησίες των αυτόματων δυσλειτουργικών σκέψεων.

Δάμασε το παρορμητικό θηρίο

Στην τεχνική αυτή οι δυσλειτουργικές σκέψεις, οι οποίες καταγράφονται στην ανάλογη στήλη, παρομοιάζονται με ένα θηρίο και στη διπλανή στήλη το παιδί, με τη βοήθεια του θεραπευτή καταγράφει τις θα έλεγε ο «θηριοδαμαστής» για να τις πατάξει.

Ιεράρχησε τις ανησυχίες σου

Ο στόχος της τεχνικής αυτή είναι να μειώσει την υπερεκτίμηση της σημασίας και της πιθανότητας να συμβούν αρνητικά συμβάντα. Το παιδί καταγράφει σε μία στήλη όλες τις ανησυχίες του και σε διπλανές στήλες βαθμολογεί πόσο σημαντικό/κακό θα ήταν αν συνέβαινε το κάθε ένα από τα αρνητικά γεγονότα που φοβάται και πόσο πιθανό είναι να συμβεί (Friedberg et al., 2009).

Μην αποφεύγεις – Τόλμα

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει την καταγραφή σκέψεων που θα εμπυχώσουν το παιδί και θα το παροτρύνουν στην εφαρμογή δυσκολων τεχνικών, όπως η έκθεση (Friedberg et al., 2009).

Φράσεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην τεχνική «Μην αποφεύγεις – Τόλμα»

- Όλοι νιώθουν άσχημα κατά καιρούς. Το να νιώθω άσχημα είναι ανθρώπινο
- Το να αντιμετωπίσω αρνητικά συναισθήματα με κάνει πιο δυνατό, σε αντίθεση με όταν τα αποφεύγω
- Το να νιώθω άσχημα είναι δυσάρεστο, δεν είναι καταστροφή
- Τα συναισθήματα αλλάζουν. Όταν νιώθω άσχημα, θα περάσει
- Είναι πιο σημαντικό να μάθω να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα παρά να νιώθω συνέχεια καλά
- Μπορώ να αντιμετωπίσω τα δυσάρεστα συναισθήματα και να μην τα αποφεύγω
- Είναι πρόκληση για μένα το να νιώθω δυσάρεστα

Φυλλάδιο δελτίου καιρού (Friedberg et al., 2009)

Σε ποια κατάσταση ξέσπασε η καταιγίδα;.....	
Πώς ένιωθα;.....	
Πόσο έντονα το ένιωθα; (0-10).....	
Τι περνούσε από το μυαλό μου κατά τη διάρκεια της καταιγίδας;.....	
Τι σε κάνει να πιστεύεις ότι αυτό ισχύει;	Τι σε κάνει να πιστεύεις ότι αυτό δεν ισχύει απόλυτα;
Συμπέρασμα:.....	
Πώς νιώθω τώρα;.....	

Οι ερωτήσεις του κόμη δράκουλα

Πρόκειται για ερωτήσεις που βοηθούν στην αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και στην παραγωγή εναλλακτικών (Friedberg et al., 2009).

- Μήπως κατηγορώ άλλους για τα δικά μου λάθη;
- Μήπως κατηγορώ τον εαυτό μου για λάθη άλλων;
- Μήπως μπερδεύω το «κατά λάθος» με το «επιτηδες»;
- Μήπως μπερδεύω το δίκαιο με αυτό που θέλω;
- Μήπως μπερδεύω το «για λίγο» με το «για πάντα»;
- Μήπως μπερδεύω το πιθανό με το δυνατό;
- Μήπως είμαι αυστηρός/ή με τον εαυτό μου;
- Μήπως ξεχνάω τα θετικά μου;

Μήπως είμαι αυστηρός με τους άλλους;
Μήπως μπερδεύω τις σκέψεις μου με την πραγματικότητα;
Κατά πόσο μπορώ να συγχωρώ τον εαυτό μου;
Κατά πόσο μπορώ να συγχωρώ τους άλλους;
Μήπως σκέφτομαι «όλα ή τίποτα»;
Τι θα μπορούσε να πάει χειρότερα;

5. Έκθεση και συμπεριφορικά πειράματα

Η έκθεση περιλαμβάνει τη συστηματική προγραμματισμένη επαφή με καταστάσεις που το άτομο αποφεύγει (διαπροσωπικές, συναισθηματικές κλπ.), ούτως ώστε να απευαισθητοποιηθεί σε αυτές και να τις αποκαταστροφοποιήσει. Η έκθεση μπορεί να γίνει σταδιακά (ξεκινώντας από τις λιγότερο αγχογόνες καταστάσεις) ή κατακλυσμαία, στη φαντασία ή στην πραγματικότητα και διαρκεί μέχρις ότου μειωθεί η σωματική διέγερση. Η έκθεση δε δίνεται ως απλή οδηγία στο παιδί, αλλά πραγματοποιείται σε συνεργασία με το θεραπευτή, με σεβασμό στο ρυθμό με τον οποίο είναι έτοιμο το παιδί να προχωρήσει, ενώ το κάθε βήμα ενισχύεται (Friedberg et al., 2009).

Αντι επιλόγου: Βασικές αρχές στην εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας σε παιδιά και εφήβους

- Εμπλέξτε τα παιδιά και τις οικογένειές τους στη διαδικασία της θεραπείας
- Έχετε υπομονή με τον εαυτό σας ως θεραπευτή και τα παιδιά και τις οικογένειές τους
- Να είστε ευέλικτος/η με την εφαρμογή των τεχνικών και διαδικασιών
- Να είστε δημιουργικός και να μη διστάζετε να καινοτομείτε
- Να ενημερώνεστε για τις θεωρητικές και ερευνητικές εξελίξεις
- Να είστε έτοιμος/η να αποδεχθείτε και να αξιοποιήσετε τα λάθη και τις δυσκολίες (Friedberg et al., 2009).

6. Βιβλιογραφία

Αγγελή, Κ. & Βλάχου, Μ. (2004). *Μέθοδοι και τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους*. Αθήνα: Πανεπιστημιακές σημειώσεις.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Dutton.

Γενά, Α. (1996). Αξιολόγηση, θεραπεία και εκπαίδευση ατόμων με αυτισμό. Στο: Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ.) *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, σελ. 69 – 93. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L., Weisz, J.R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology, 11*, 141-156.
- Ferster, C.B. (1965). Classification of behavioral pathology. Στο: L. Krasner & L.P. Ullman (επιμ. Έκδοσης), *Research in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Wilson.
- Friedberg, R.D., McClure, J.M., & Hillwig Garcia, J.H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. The Guilford Press.
- Frith, G. H., & Armstrong, S. W. (1986). Self-monitoring for behavior disordered students. *Teaching Exceptional children, 18*, 144-148.
- Gena, A., & Taylor, B. (1993). *Alpine Learning Group: Staff training manual*. Alpine Learning Group.
- Herbert, M. (1998a). *Χωρισμός και διαζύγιο* (Γ. Μωραΐτη, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (1998b). *Η κακή συμπεριφορά* (Γ. Μωραΐτη, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (2000a). *Διατροφή και ύπνος των παιδιών* (Θ. Τσοβίλη, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (2000b). *Τα όρια στη συμπεριφορά των παιδιών* (Θ. Τσοβίλη, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (2000c). *Οι καυγάδες των παιδιών* (Θ. Τσοβίλη, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (2004a). *Τα παιδιά μπροστά στο πένθος και την απώλεια* (Κ. Αγγελή & Γ. Ευσταθίου, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Herbert, M. (2004b). *Εκπαιδύοντας τα παιδιά στη χρήση της τουαλέτας* (Κ Αγγελή & Γ. Ευσταθίου, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996)
- Iwata, B. A., & Bailey, J. S. (1974). Reward versus cost token systems: An analysis of the effects on students and teachers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 7*, 567-576.
- Jenson, W. R., Neville, M. Sloane, H., & Petersen, B. P. (1982). Spinners and chart moves: A contingency management system for school and home. *Child & Family Behavior Therapy, 4*, 81-85.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2010). Το Πολύπλευρο Σύστημα Εκτίμησης (Π.Σ.Ε.). *Σημειώσεις Μαθήματος «Λήψη Ιστορικού - Αξιολόγηση σε παιδιά/ εφήβους», Α' έτος*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

- Καλαντζή – Αζίζι, Α. (1992α). *Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας: Εφαρμοσμένη κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου – Παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της μάθησης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. (1992β). Συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες σε παιδιά και εφήβους. Στο Α. Καλαντζή – Αζίζι, Ν. Δέγλερης (επιμ. Έκδοσης) *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή – Αζίζι (1995). Θεραπεία της Συμπεριφοράς: Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία, έρευνα και εκπαίδευση. Στο Γ. Μπουλουγούρης (επιμ. Έκδοσης) *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Β' Τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kendall, P.C. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. The Guilford Press.
- Κολιάδης, Ε.Α. (1991). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη. Τόμος Α': συμπεριφοριστικές θεωρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Merrell, K.W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: a practical guide*. The Guilford Press.
- Morgan, D.P., & Jenson, W.R. (1988). *Teaching Behaviorally Disordered Students: Preferred Practices*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Neuhaus, C. (1998). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική κατεύθυνση (Μ. Ζαφειροπούλου, επιμέλεια μετάφρασης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης).
- O'Leary, S. G., & Dubey, D. R. (1979). Applications of self-control procedures by children: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 449-465.
- Padesky, C.A. (1988). *Intensive training series in cognitive therapy*. Workshop series presented in Newport Beach, CA.
- Piacentini, J., & Bergman, R.L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 165-182.
- Ronnen, T. (1999). *Η γνωστική-εξελικτική θεραπεία στα παιδιά* (Μ. Ζαφειροπούλου, επιμ. έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1997).
- Σούλης, Γ. (2000). *Μαθαίνοντας βήμα με βήμα στο σχολείο και στο σπίτι: Διδακτικές στρατηγικές εκπαίδευσης παιδιών με μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Stallard, P. (2006). *Σκέφτομαι σωστά-Νιώθω καλά: Ένα εγχειρίδιο γνωσιακής/συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και νέους*. (Μ Ζαφειροπούλου, Επιμέλεια μετάφρασης). Εκδόσεις: Τυπωθήτω. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 2002)

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με/ ή χωρίς Υπερκινητικότητα

Αναστασία Σοφianoπούλου, MSc
Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια
υπ. Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ

1. Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) αποτελεί μία συνήθη διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία -πριν την ηλικία των 7 ετών-, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στη συγκέντρωση, στον έλεγχο της παρορμητικότητας και υπερβολική κινητικότητα (APA, 1994). Συνδέεται μάλιστα με μία σειρά δυσκολιών και έντονων προβλημάτων στην εφηβεία και την ενήλικο ζωή. Εκτιμάται ότι περίπου το 2-12% των παιδιών σχολικής ηλικίας έχουν τη διαταραχή (American Academy of Pediatrics, 2000), ενώ κάποιες άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ποσοστά έως και 19-20% (Paule et al., 2000). Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-IV (APA, 1994), το ποσοστό εκτιμάται μεταξύ 3 και 5%. Η αναλογία αγοριών-κοριτσιών ποικίλει ανάλογα με τις έρευνες, με τα αγόρια όμως πάντα να εμφανίζουν τη διαταραχή συχνότερα (1,5:1 έως 12:1) (Brasset-Harknett & Butler, 2007). Τα κορίτσια εμφανίζουν συνήθως διάσπαση προσοχής, γνωστικά προβλήματα και μεγαλύτερο άγχος. Τα αγόρια εμφανίζουν συνηθέστερα επιθετική-παρορμητική συμπεριφορά, η οποία οδηγεί και στη συχνότερη παραπομπή τους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Barkley, 1998).

Από το σύνολο των παιδιών που διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή, εκτιμάται ότι το 50-70% θα εμφανίσουν αργότερα προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνική προσαρμογή και λειτουργικότητα ή/ και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Cantwell, 1996). Το 20-30% θα συνεχίσει να εμφανίζει τα συμπτώματα της διαταραχής στην εφηβεία και την ενήλικο ζωή (Muglia et al., 2000), ενώ το 4% του ενήλικου πληθυσμού εμφανίζει την πλήρη εικόνα της διαταραχής (Mannuzza et al., 1998).

2. Τι είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα;

Στο DSM-IV, αναφέρεται ότι το βασικό χαρακτηριστικό της ΔΕΠ/Υ είναι η απροσεξία και η υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα. Για να διαγνωστεί ένα παιδί, θα πρέπει τα συμπτώματα να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών και οι συμπεριφορές της διάσπασης και της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας να εμφανίζονται σε δύο τουλάχιστον περιβάλλοντα. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με το DSM-IV περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 1. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994)

A. Είτε το (1) είτε το (2):

(1) έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα **απροσεξίας** έχουν επιμένει για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Απροσεξία:

- (α) συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες
- (β) συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού
- (γ) συχνά δε φαίνεται να ακούει όταν του μιλούν
- (δ) συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες μέχρι τέλους και αδυνατεί να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθελήματα ή υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας του (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αδυναμία να κατανοήσει οδηγίες)
- (ε) συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες
- (στ) συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προετοιμασία για το σχολείο)
- (ζ) συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή άλλα εργαλεία)
- (η) συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα
- (θ) συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

(2) έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα **υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας** έχουν επιμένει για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που είναι δυσπροσαρμοστικός και ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Υπερκινητικότητα:

- (α) συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του
- (β) συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο
- (γ) συχνά τρέχει γύρω-γύρω, σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε καταστάσεις όπου αυτή η συμπεριφορά δεν ταιριάζει (σε εφήβους ή ενήλικους μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)
- (δ) συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, ήσυχα
- (στ) συχνά μιλά υπερβολικά

Παρορμητικότητα

- (ζ) συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις
- (η) συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
- (θ) συχνά διακόπτει ή «χώνεται» σε άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις, παιχνίδια)

Β. Μερικά συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκάλεσαν έκπτωση ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Κάποια έκπτωση από τα συμπτώματα είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερους τομείς (π.χ. στο σχολείο ή την εργασία και στο σπίτι).

Δ. Πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας Βαριά Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Διασχιστική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Κωδικοποιείστε με βάση τον τύπο:

α) **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος τύπος:** εάν πληρούνται τα κριτήρια A1 και A2 για τους τελευταίους 6 μήνες

β) **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, Τύπος Κυρίως Απροσεξίας:** εάν πληρείται μόνο το κριτήριο A1 αλλά όχι το A2 για τους τελευταίους 6 μήνες.

γ) **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, Τύπος Κυρίως Υπερκινητικότητας- Παρορμητικότητας:** εάν πληρείται μόνο το κριτήριο A2 αλλά όχι το A1 για τους τελευταίους 6 μήνες.

Τα συμπτώματα της διαταραχής μπορούν να είναι ελάχιστα έως απόντα όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από αυστηρό έλεγχο, αντιμετωπίζει μία καινούρια κατάσταση ή κάτι που το ενδιαφέρει, επιβραβεύεται για την καλή του συμπεριφορά ή αλληλεπιδρά μόνο με ένα άτομο. Όταν αντίθετα βρίσκεται μέσα στην ομάδα, τα συμπτώματα είναι πάλι έντονα (Μάνος, 1997). Τα ίδια συμπτώματα της διάσπασης, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας θεωρούνται ότι είναι συνεχή και παίρνουν τη μορφή κατανομής στο γενικό πληθυσμό· στα άκρα του συνεχούς αυτού τοποθετούνται τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (Brassett-Harknett & Butler, 2007). Τα συμπτώματα γίνονται λιγότερο εμφανή όσο το άτομο ωριμάζει, ώστε στην εφηβεία η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα να εμφανίζονται περισσότερο ως -εξωτερική και εσωτερική- ανησυχία. Η υπερκινητικότητα πιο συγκεκριμένα, τείνει να μειώνεται με την ηλικία ή να εμφανίζεται διαφορετικά, λόγω διαδικασιών αυτο-ίασης, προσαρμογής και ανάπτυξης του νευρικού συστήματος. Η απροσεξία από την άλλη πλευρά, είναι πιθανότερο να επιμένει στην ενήλικη ζωή και να επηρεάζει αρκετά τη λειτουργικότητα των ατόμων. Η παρορμητικότητα τείνει επίσης να μειώνεται, ωστόσο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, εξακολουθεί να παραμένει σημαντικά εντονότερη (Nutt et al., 2007). Τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ επηρεάζουν σημαντικά τη σχολική, κοινωνική και αργότερα επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.

3. Η αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ

Το αιτιολογικό μοντέλο της διαταραχής είναι πολυπαραγοντικό, με έμφαση στους νευρολογικούς και γενετικούς παράγοντες.

3.1. Νευροβιολογικοί παράγοντες

Πιο σύγχρονες έρευνες μελετούν την επίδραση των *νευροδιαβιβαστών* ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη στην εμφάνιση της διαταραχής (Swanson et al., 2000). Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί δεν υπάρχουν σε επαρκή ποσότητα στον προμετωπιαίο λοβό, και το έλλειμμα αυτό προκαλεί δυσκολίες στην αναστολή συμπεριφορών, στη μνήμη εργασίας, στη ρύθμιση των κινήτρων και στον κινητικό έλεγχο (NIMH, 1999).

Έχει βρεθεί επίσης ότι τα άτομα με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν σημαντικά μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα της *γλυκόζης*, κυρίως στις ανώτερες μετωπιαίες και προκινητικές φλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου (Zemetkin et al., 1990), που ευθύνονται για την αναστολή της παρόρμησης και τον έλεγχο της προσοχής.

Η χρήση νευροαπεικονιστικών μεθόδων έχει επίσης δείξει *δομικές διαφορές* σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠ/Υ και ομάδων ελέγχου, γεγονός το οποίο μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα γενετικής ευαισθησίας. Συνοψίζοντας τα ευρήματα των σχετικών μελετών, ο Barkley (2002) αναφέρει ότι τα βασικά ελλείμματα στα άτομα με τη διαταραχή συνδέονται με συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές (πρόσθιος λοβός, βασικά γάγγλια και παρεγκεφαλίδα), με αποτέλεσμα στα άτομα με ΔΕΠ/Υ να παρατηρείται μικρότερη εγκεφαλική ηλεκτρική δραστηριότητα και μικρότερη αντιδραστικότητα στη διέγερση των συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών. Τα άτομα με τη διαταραχή εμφανίζουν παράλληλα δραστηριότητα σε λιγότερες εγκεφαλικές περιοχές και παράλληλα μικρότερη μεταβολική δραστηριότητα στις συγκεκριμένες περιοχές.

3.2. Γενετικοί παράγοντες

Ο ρόλος της *κληρονομικότητας* είναι καθοριστικός στην εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ. Φαίνεται ότι σε ποσοστά 10-35% οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν και οι ίδιοι τη διαταραχή (Pauls, 1991). Τουλάχιστον το 1/3 των ανδρών με ΔΕΠ/Υ θα αποκτήσουν παιδί με τη διαταραχή. Η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται συχνότερα στα πρωτότοκα αγόρια απ' ό,τι στα υστερότοκα ή τα κορίτσια (Resnick, 2000). Έρευνες επίσης με διδύμους έχουν δείξει ότι η διαταραχή εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους μονοζυγώτες παρά στους διζυγώτες (Goodman & Stevenson, 1989).

3.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Εκτός από τους νευροφυσιολογικούς παράγοντες και το ρόλο της κληρονομικότητας, υπάρχουν επιπλέον παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ, που συνδέονται με

την περίοδο της κύησης, του τοκετού και τη βρεφική περίοδο. Κάθε ιατρικό πρόβλημα το οποίο εμφανίζεται κατά τις 270 ημέρες της κύησης μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής. Έχουν εντοπιστεί επιπλέον παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τις κατάλληλες συνδέσεις των εγκεφαλικών κυττάρων κατά την ανάπτυξη του εμβρύου, όπως το κάπνισμα, η χρήση ουσιών και η έκθεση της εγκύου σε τοξικές ουσίες. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, ο πρόωρος ή καθυστερημένος τοκετός ή ο τοκετός με καισαρική τομή, καθώς και η ανοξία (Brasset-Harknett & Butler, 2007· Resnick, 2000).

Ενώ βιολογικοί παράγοντες ευθύνονται κυρίως για την εμφάνιση των βασικών συμπτωμάτων της διαταραχής, ο ρόλος του περιβάλλοντος και άλλων ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς προσφέρουν δομή και ανατροφοδότηση στα άτομα, και τελικά επηρεάζουν την ποιότητα και την ένταση των συμπτωμάτων που αυτά θα εμφανίσουν (Gingerich et al., 1998).

Οι Sagvolden και συνεργάτες (2005) προτείνουν μία δυναμική αναπτυξιακή θεωρία της ΔΕΠ/Υ, η οποία μπορεί να προβλέψει τόσο τις προσαρμοστικές όσο και τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές που πηγάζουν από τα βασικά συμπτώματα, σε αλληλεπίδραση με τη φαρμακευτική αγωγή, το γονεϊκό ρόλο και τις κοινωνικές επιρροές. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι παράγοντες που αφορούν το ίδιο το παιδί (υπολειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος και παρέμβαση ή μη μέσω φαρμακευτικής αγωγής, και βασικά ελλείμματα στη συμπεριφορά –ελλιπής οργάνωση, διάσπαση, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα, αδεξιότητα, ελλιπής μάθηση), η συμπεριφορά των γονέων (σταθερή και οργανωμένη ή ασταθής παρορμητική και αποδιοργανωμένη), και οι κοινωνικοί παράγοντες (προβλέψιμη και σταθερή ανατροφοδότηση στο παιδί, παροχή άμεσης ενίσχυσης ή μη-προβλέψιμη, ελλιπής ή μικρή ανατροφοδότηση και ενίσχυση) αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού, τόσο βραχυπρόθεσμα –με αποτέλεσμα το παιδί να λειτουργεί προσαρμοστικά ή αντίθετα δυσπροσαρμοστικά σε συμπεριφορικό (δημιουργικό και παρορμητικό ή εναντιωτικό και παρορμητικό), συναισθηματικό (ανυπόμονο, ενθουσιώδες ή αγχωμένο και ματαιωμένο όταν χρειάζεται να περιμένει) και γνωστικό επίπεδο (δημιουργικό ή καθυστερεί στην εκπλήρωση καθηκόντων)- όσο και μακροπρόθεσμα, με θετικά ή αντίθετα αρνητικά αποτελέσματα, πάλι σε συμπεριφορικό/ κοινωνικό (προσωπικότητα τύπου Α ή εγκληματικότητα και διαταραχές προσωπικότητας), συναισθηματικό (αυτοεκτίμηση, προσαρμοστικότητα ή αρνητική αυτοεικόνα και κατάθλιψη) και ακαδημαϊκό επίπεδο/ εργασία (στοχοκατευθυνόμενη δράση ή αποτυχία).

4. Κλινική εικόνα και δυσκολίες

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν διαρκώς αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας – δυσανάλογα με το αναπτυξιακό τους επίπεδο-, δε μπορούν να διατηρήσουν την προσοχή και

το ενδιαφέρον τους, καθώς και την επιμονή που απαιτείται κατά την εκτέλεση μιας δραστηριότητας. Η ικανότητα αυτορρύθμισης που εμφανίζουν δεν είναι επίσης ανάλογη της ηλικίας τους. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν έντονες δυσκολίες στην καθημερινή τους λειτουργικότητα, και πιο συγκεκριμένα, στον οικογενειακό, κοινωνικό, σχολικό και διαπροσωπικό τομέα (Barkley 2003). Οι δυσκολίες που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Brown, 2005):

- Εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής.
- Απρόσεκτη συμπεριφορά και τραυματισμοί..
- Αναποτελεσματική επικοινωνία με τους άλλους, παρεξηγήσεις και κλιμάκωση των συγκρούσεων.
- Σοβαρά ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα τα παιδιά συχνά να απορρίπτονται από την ομάδα των συνομηλίκων και να απομονώνονται κοινωνικά (Boo & Prins, 2007). Τα κοινωνικά προβλήματα των παιδιών αυτών φαίνεται να είναι εξίσου σημαντικά και στην εφηβεία.
- Προκλητική και εναντιωτική συμπεριφορά (π.χ. κρίσεις πείσματος), η οποία προκαλεί σοβαρές δυσκολίες στη σχέση γονέα-παιδιού, αλλά και στη γενικότερη λειτουργία της οικογένειας.

Οι δυσκολίες που εμφανίζουν οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ μπορούν να συνοψιστούν στα εξής (Brown, 2005):

- Διαχείριση του χρόνου και ολοκλήρωση των εργασιών για το σπίτι – χαμηλή σχολική επίδοση.
- Δυσκολίες στις σχέσεις με το άλλο φύλο.
- Κάπνισμα και χρήση ουσιών: η παρουσία της διαταραχής αυξάνει την πιθανότητα για τη χρήση νικοτίνης.

5. Συννοσηρότητα

Στην κλινική πράξη είναι πιθανότερο να συναντήσει κανείς ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ και κάποια άλλη συννοσηρή διαταραχή, παρά μόνο με ΔΕΠ/Υ. Η διαταραχή εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά *συννοσηρότητας* με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, φτάνοντας και το 50-80% (Biederman et al., 1991). Οι Kadesjo & Gillberg (2001), αναφέρουν ότι η επικράτηση της ΔΕΠ/Υ με μία άλλη συννοσηρή διαταραχή φτάνει το 87%, ενώ με δύο ή περισσότερες διαταραχές το 67%. Όταν μάλιστα η ΔΕΠ/Υ συνυπάρχει με άλλη διαταραχή, η σοβαρότητα είναι μεγαλύτερη και η πρόγνωση χειρότερη (Shaywitz & Shaywitz, 1991). Οι συνηθέστερες συννοσηρές διαταραχές είναι η διαταραχή διαγωγής και η εναντιωτική προκλητική διαταραχή. Στους εφήβους μάλιστα με ΔΕΠ/Υ, τα ποσοστά συνύπαρξης της διαταραχής με τη διαταραχή διαγωγής και την εναντιωτική προκλητική διαταραχή φτάνουν και το 80% (Hill, 2005).

Συχνά η ΔΕΠ/Υ συνυπάρχει με διαταραχές, όπως (Braslett-Harknett & Butler, 2007· Μάνος, 1997): διαταραχή της διαγωγής (20%), εναντιωτική προκλητική διαταραχή (40%), διαταραχές της διάθεσης (15-20%), αγχώδεις διαταραχές (20-25%), διαταραχές της μάθησης (δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσπραξία, 30-35%), κάπνισμα (19%), διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (15%).

6. Μέθοδοι/ Τεχνικές παρέμβασης

Για την παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ χρειάζεται ο συνδυασμός διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων: συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος, άσκηση των γονιών για τη διαχείριση των περιβαλλοντικών συνθηκών, και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Barkley, 1990). Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για να βελτιώσουν την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς και να αυξήσουν την πιθανότητα να έχει επέλθει μία διαρκέστερη αλλαγή στη συμπεριφορά του παιδιού (Braswell & Bloomquist, 1991· Kendall & Braswell, 1993).

6.1. Ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών

Αρχικά θα πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ της απόκτησης νέων συμπεριφορών και της αύξησης της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών που προϋπήρχαν (διατήρηση συμπεριφοράς). Οι μαθημένες συμπεριφορές θα πρέπει επίσης να μπορούν να εφαρμοστούν και σε νέα πλαίσια και συνθήκες (γενίκευση) (Barkley, 1990).

6.1.1. Θετική Ενίσχυση

Ως θετικοί ενισχυτές μπορούν να λειτουργήσουν τρόφιμα, δραστηριότητες και υλικά αντικείμενα, τα οποία ευχαριστούν τα παιδιά και για την απόκτηση των οποίων τα παιδιά θα δουλύνουν. Θα πρέπει ωστόσο να είμαστε προσεκτικοί στην επιλογή των ενισχυτών, καθώς δεν ισχύουν οι ίδιοι για όλα τα παιδιά. Ακόμα και οι προτιμήσεις του ίδιου παιδιού αλλάζουν με το χρόνο. Ως ενισχυτής μπορεί να οριστεί ο,τιδήποτε ακολουθεί μία αντίδραση και αυξάνει την πιθανότητα επανάληψης της αντίδρασης αυτής. Οι ενισχυτές διακρίνονται σε *πρωτογενείς* (τροφή, νερό, ύπνος) και *δευτερογενείς* (κοινωνικοί έπαινοι, χρήματα, βαθμοί, αυτοκόλλητα- αν πρόκειται για παιδιά).

Η αποτελεσματικότητα των ενισχυτών εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων, όπως (Barkley, 1990): η *αμεσότητα* (αυξάνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θετικής ενίσχυσης), *το ποσό της ενίσχυσης που δίνεται κάθε φορά*, η *αποστέρηση της ενίσχυσης* (αυξάνει την αποτελεσματικότητα του ενισχυτή επειδή το άτομο δεν έχει πρόσφατα ενισχυθεί), η *σταθερότητα* με την οποία χορηγείται ένας ενισχυτής κάθε φορά που εμφανίζεται η επιθυμητή συμπεριφορά. Για τη διατήρηση της συμπεριφοράς προτιμάται συνήθως η μερική μεταβαλλόμενη ενίσχυση.

Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy) αποτελεί ένα σύστημα θετικής ενίσχυσης που χρησιμοποιείται ιδιαίτερα στην άσκηση στη προσοχή και τη συγκέντρωση (Barkley, 1990· Lauth, 2000· Rapport, 1987).

6.1.2. Shaping και Prompting

Στη σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς (shaping), ενισχύουμε κάθε συμπεριφορά που μοιάζει και πλησιάζει την τελική (Gelfand & Hartmann, 1984). Έπειτα αυξάνουμε σταδιακά το επίπεδο δυσκολίας στην εμφάνιση της συμπεριφοράς προκειμένου να την ενισχύσουμε, μέχρι η συμπεριφορά να πλησιάσει κατά πολύ τη συμπεριφορά-στόχο. Μερικές φορές χρειάζεται να καθοδηγήσουμε (prompting: παροχή τμηματικής βοήθειας) το παιδί προκειμένου να ξεκινήσει να εμφανίζει την επιθυμητή συμπεριφορά. Σταδιακά όμως θα πρέπει η καθοδήγηση να εξασθενεί και το παιδί να ενισχύεται τελικά μόνο όταν ολοκληρώνει τη συμπεριφορά στόχο. Η καθοδήγηση μπορεί να είναι λεκτική, σε γραπτή μορφή ή να προσφέρεται ως αντικείμενο μίμησης (Morgan & Jenson, 1998). Οι διαδικασίες αυτές διευκολύνουν τη σύνδεση συμπεριφορών παραπλήσιων με τις επιθυμητές και διευκολύνουν στη συνέχεια την αλάνθαστη εκτέλεση μίας δραστηριότητας. Στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας ο θεραπευτής μπορεί κατά την επεξεργασία προβλημάτων να υπενθυμίσει διαδικασίες που έχουν αναφερθεί, να καθοδηγήσει την εκτέλεση μίας δραστηριότητας (π.χ. στις ασκήσεις τακτοποίησης να παρακολουθεί αν έχουν ληφθεί υπόψη όλες οι δυνατότητες απάντησης), να κατευθύνει την επίλυση περίπλοκων προβλημάτων μέσω ερωτήσεων (π.χ. «πώς θα μπορούσες τώρα να προχωρήσεις;») ή να λειτουργήσει ως πρότυπο για το παιδί (π.χ. να παρουσιάσει ο ίδιος τη διαδικασία μέχρι να προσανατολιστεί το παιδί) (Lauth, 2000).

6.1.3. Μίμηση προτύπου

Η μίμηση προτύπου χρησιμοποιείται για την εκμάθηση νέων συμπεριφορών. Το παιδί παρακολουθεί πρώτα ένα πρότυπο και στη συνέχεια μιμείται τη συμπεριφορά του (Bandura, 1973). Συγκριτικά με τη μέθοδο της σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, η μίμηση μέσω προτύπου είναι πιο γρήγορη, αφού ο χρόνος που απαιτείται για να μαθευτούν ενδιάμεσες συμπεριφορές αντικαθίσταται από την παρακολούθηση του προτύπου.

6.1.4. Αρνητική ενίσχυση

Η αρνητική ενίσχυση αυξάνει την ένταση μίας συμπεριφοράς. Εδώ όμως το παιδί αποφεύγει ή ξεφεύγει από μία μη-επιθυμητή συνέπεια. Όπως στη θετική ενίσχυση έτσι και εδώ η αμεσότητα, η ένταση και η σταθερότητα της ενίσχυσης είναι σημαντικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου (Morgan & Jenson, 1998).

6.2. Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης (*self-management skills*)

Η χρήση των διαδικασιών αυτοδιαχείρισης περιλαμβάνει τον έλεγχο που ασκεί το παιδί στη συμπεριφορά του μέσω της εφαρμογής συμπεριφοριστικών τεχνικών. Σκοπός είναι η σταδιακή μεταφορά του ελέγχου από τα άτομα που εμπλέκονται στη θεραπεία (θεραπευτής, γονιός, δάσκαλος) στο ίδιο το παιδί (Rosenbaum & Drabman, 1979). Οι βελτιώσεις στη συμπεριφορά που κατευθύνονται από διαδικασίες αυτοδιαχείρισης είναι πιο ανθεκτικές στην απόσβεση (Rosenbaum & Drabman, 1979).

Η άσκηση των ατόμων στον έλεγχο και τη διαχείριση της συμπεριφοράς τους γίνεται με την εφαρμογή μίας σειράς στρατηγικών (αυτοαξιολόγηση, αυτοκαταγραφή, αυτοκαθορισμός της ενίσχυσης, αυτοαπόδοση της ενίσχυσης, αυτοπαρατήρηση, αυτοπαρακολούθηση, αυτοτιμωρία, αυτοκαθοδήγηση) από τις οποίες παρουσιάζεται η αυτοπαρατήρηση, η αυτοκαθοδήγηση και η αυτοενίσχυση.

6.2.1. Αυτοπαρατήρηση (*self-monitoring*)

Στην αυτοπαρατήρηση περιλαμβάνονται πρακτικές όπως η αυτοκαταγραφή, η αυτοπαρακολούθηση και η αυτοαξιολόγηση. Στις διαδικασίες αυτοπαρατήρησης μαθαίνει το παιδί να παρατηρεί συγκεκριμένες πλευρές της συμπεριφοράς του και να τις καταγράφει αντικειμενικά. Το παιδί για παράδειγμα να σημειώνει σε μία σελίδα αν μέχρι την ώρα που ακούστηκε ο ήχος από το μαγνητόφωνο διασπάστηκε η προσοχή του ή ήταν συγκεντρωμένο στο έργο του. Μπορεί να βαθμολογήσει τον εαυτό του ή να τον αξιολογήσει με + και - . Τα ενδιάμεσα διαστήματα αυξάνουν σταδιακά (π.χ. από κάθε 15 λεπτά φτάνουν τις 1 ή 2 ώρες) και δεν είναι απαραίτητα σταθερά (π.χ. ο πρώτος ήχος μπορεί να ακουστεί μετά από 15 λεπτά και ο επόμενος μετά από 25 κλπ.). Με τον τρόπο αυτό το παιδί παραμένει συνειδητά ενημερωμένο για την εμφάνιση ή μη των συμπεριφορών-στόχων, γεγονός το οποίο αυξάνει την αυτορρυθμιστική του ικανότητα (Braswell & Bloomquist, 1991). Οι στρατηγικές αυτοπαρατήρησης χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση των σχολικών δεξιοτήτων και της σχολικής επίδοσης, ενώ μειώνουν τις συμπεριφορές διάσπασης, αυξάνοντας έτσι τη στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά.

Η ύπαρξη ενισχυτών είναι απαραίτητη και σε αυτή τη μέθοδο. Είναι γενικά αποδεκτό ότι μόνη η αυτοπαρατήρηση επιφέρει μικρές βελτιώσεις στη συμπεριφορά. Μπορεί όμως να αποτελέσει στοιχείο πιο αποτελεσματικών μεθόδων, όπως προγραμμάτων αυτοαξιολόγησης και αυτοενίσχυσης (Braswell & Bloomquist, 1991).

6.2.2. Αυτοκαθοδήγηση (*self-instruction*)

Η άσκηση στην αυτοκαθοδήγηση έχει τις ρίζες της στο έργο του D. Meichenbaum, ο οποίος δημιούργησε ένα πρόγραμμα για τα παρορμητικά παιδιά, το οποίο βασίζεται στην αρχή του να «μιλούν τα παιδιά στον εαυτό τους», στρατηγική που αποτελεί μέσο για την

ανάπτυξη αυτοελέγχου. Το πρόγραμμα αποτελείται από τα ακόλουθα διαδοχικά στάδια (Meichenbaum & Goodman, 1971):

- i. ο συντονιστής, λειτουργώντας ως μοντέλο, παρουσιάζει προφορικά τις οδηγίες προς τον εαυτό του
- ii. το παιδί εκτελεί την ίδια δραστηριότητα με την καθοδήγηση του συντονιστή
- iii. το παιδί επιχειρεί τη δραστηριότητα δίνοντας δυνατά οδηγίες στον εαυτό του
- iv. το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα ψιθυρίζοντας τις οδηγίες
- v. το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα ενώ καθοδηγεί τον εαυτό του με εσωτερικευμένο λόγο.

Για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της μεθόδου θα πρέπει να συνδυάζεται με την αυτοπαρατήρηση και την αυτοενίσχυση (Morgan & Jenson 1998, Ervin, Bankert & DuPaul 1996).

6.2.3. Αυτοενίσχυση και αυτοαξιολόγηση (self-reinforcement/ self evaluation)

Η αυτοενίσχυση αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές μορφές των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης. Εδώ καλείται ο μαθητής να ενισχύσει τη σωστή συμπεριφορά του. Σκοπός της μεθόδου αυτής είναι να μεταφέρει την ευθύνη για την παρακολούθηση της συμπεριφοράς από το δάσκαλο στο μαθητή (Shapiro & Cole 1994). Οι Rhode et al. (1983) ανέπτυξαν μία διαδικασία, όπου ο δάσκαλος και ο μαθητής από κοινού αξιολογούν τη συμπεριφορά του τελευταίου, σύμφωνα με κριτήρια που έχουν προκαθοριστεί. Η συμπεριφορά βαθμολογείται σε μία κλίμακα από το 0 έως 5, που δείχνει κατά πόσο η συμπεριφορά του μαθητή ήταν κατάλληλη. Οι μαθητές κερδίζουν βαθμούς όταν η συμπεριφορά είναι η αρμόζουσα και όταν η δική τους αξιολόγηση πλησιάζει αρκετά την αξιολόγηση του δασκάλου. Σταδιακά η συχνότητα βαθμολόγησης των συμπεριφορών του μαθητή από το δάσκαλο μειώνεται, προκειμένου να προωθηθεί η διατήρηση της συμπεριφοράς και να αυξηθεί η αυτονομία του μαθητή από τις διαδικασίες αυτοαξιολόγησης και αυτοενίσχυσης. Παράλληλα περιλαμβάνονται και διαδικασίες που στοχεύουν στη γενίκευση των δεξιοτήτων αυτών και σε άλλα πλαίσια. Σε γενικές γραμμές οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης έχουν βρεθεί αποτελεσματικές για την παραγωγή, διατήρηση και γενίκευση της νέας συμπεριφοράς (Smith, Young, West, Morgan & Rhode, 1988).

6.3. Απόκτηση/ βελτίωση σχολικών δεξιοτήτων

Η απόκτηση ή η βελτίωση των σχολικών δεξιοτήτων δεν περιλαμβάνει μόνο την εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων, όπως ανάγνωση, γραφή και αριθμητική. Απαραίτητη είναι η απόκτηση γενικότερων γνώσεων. Ακολουθεί η περιγραφή μεθόδων που διευκολύνουν την ανάγνωση, γραφή και παρακολούθηση της προφορικής παράδοσης του μαθήματος (Morgan & Jenson, 1998).

6.3.1. Ανάγνωση

Προκειμένου το γραπτό κείμενο να γίνει περισσότερο προσιτό στα παιδιά, προτείνονται οι εξής μέθοδοι:

1. Ανάπτυξη ενός οδηγού ανάγνωσης. Εδώ ο δάσκαλος μπορεί να επιστήσει την προσοχή στις κεντρικές ιδέες και να βοηθήσει στον εντοπισμό των λεπτομερειών.
2. Υπογραμμίσεις στο κείμενο με φωσφορίζοντα χρώματα. Με τον τρόπο αυτό ο δάσκαλος υποδεικνύει τις προτάσεις που περιέχουν τις κεντρικές ιδέες και τις λεπτομέρειες που τις υποστηρίζουν.
3. Μαγνητοφώνηση του κειμένου. Η διαδικασία αυτή μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα βοηθητική για ορισμένους μαθητές. Είναι χρήσιμο ο δάσκαλος να δίνει στους μαθητές το γραπτό κείμενο, ώστε να παρακολουθούν παράλληλα και να σημειώνουν πάνω σε αυτό τα μέρη που έχουν ηχογραφηθεί.
4. Αντιγραφή επιλεγμένων αποσπασμάτων του προς ανάγνωση κειμένου. Με τον τρόπο αυτό υποβοηθούνται οι μαθητές με χαμηλές αναγνωστικές ικανότητες.
5. Παροχή εναλλακτικών προς ανάγνωση κειμένων. Τα κείμενα αυτά θα πρέπει να είναι χαμηλότερης αναγνωστικής δυσκολίας απ' ό,τι το κείμενο που κανονικά χρησιμοποιείται.

6.3.2. Γραπτές εργασίες

Συχνά τα παιδιά με διαταραχές στην προσοχή και τη συγκέντρωση αδυνατούν να ολοκληρώσουν γραπτές εργασίες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους, χαμηλής επίδοσης, ακόμα και την άρνηση να εργαστούν. Τα παιδιά ενισχύονται προς την κατεύθυνση αυτή με τρεις τρόπους:

1. Μείωση της έκτασης των εργασιών. Οι μακροσκελείς εργασίες υποδιαιρούνται σε ενότητες, ή γίνεται επιλογή κάποιων μερών αυτών.
2. Εναλλακτικοί τρόποι παρουσίασης των εργασιών. Οι μαθητές μπορούν να καταγράφουν σε κασέτα τις απαντήσεις τους, να εξετάζονται προφορικά ή να χρησιμοποιούν υπολογιστές που προσφέρουν τη δυνατότητα αυτόματης διόρθωσης των λαθών.
3. Παροχή αυξημένης βοήθειας, με τη μορφή κατεύθυνσης και υποστήριξης κατά τις γραπτές εργασίες, και παροχή βοήθειας από το δάσκαλο και τους συνομηλίκους. Έτσι ερωτήσεις κατανόησης μπορούν να απλοποιηθούν και οι οδηγίες που δίνονται να είναι πιο απλουστευμένες και συγκεκριμένες.

6.3.3. Ρύθμιση της ακουστικής ικανότητας

Τα παιδιά με διάσπαση προσοχής δυσκολεύονται συχνά να παρακολουθήσουν την παράδοση του μαθήματος ή την προφορική παρουσίαση μιας εργασίας. Συχνά παρουσιάζεται δυσκολία ακόμα και στην κατανόηση των προφορικών οδηγιών για την εκτέλεση μίας εργασίας στην τάξη. Η πρόσληψη των απαραίτητων πληροφοριών μπορεί να διευκολυνθεί με τους εξής τρόπους:

1. Ύπαρξη μίας δομημένης επισκόπησης του μαθήματος (π.χ. με γραφήματα που περιλαμβάνουν τις λέξεις-κλειδιά που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στο μάθημα)
2. Παρουσίαση των κατευθυντήριων γραμμών, πάνω στις οποίες θα κινηθεί το μάθημα.
3. Χρήση οπτικών και ακουστικών εργαλείων (π.χ. εικόνες και φωτογραφίες, χάρτες, ταινίες, CD/ DVD), προκειμένου τα παιδιά να διατηρούν τη προσοχή τους και να προσλαμβάνουν την προσφερόμενη γνώση.
4. Επιμερισμός του χρόνου προφορικής παρουσίας σε μικρότερες ενότητες. Μία εισήγηση 30 λεπτών για παράδειγμα μπορεί να χωριστεί σε 5 ή 6 επιμέρους ενότητες. Κάθε ενότητα θα πρέπει να αναλύει ορισμένα βασικά σημεία. Ακολουθεί ανακεφαλαίωση των σημείων αυτών πριν ξεκινήσει η παρουσίαση της επόμενης ενότητας.

6.3.4. Ο ρόλος του δασκάλου

Ο δάσκαλος διαδραματίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο τόσο στην προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον του σχολείου, όσο και στις προσπάθειες βελτίωσης των δεξιοτήτων του. Η προσοχή και ο έπαινος του δασκάλου αποτελούν πολύ αποτελεσματικές μεθόδους για τη διαχείριση της συμπεριφοράς των μαθητών. Η επιδοκιμασία από τη μεριά του δασκάλου επιθυμητών συμπεριφορών και η παράλληλη επίδειξη αδιαφορίας για μη αρμόζουσες συμπεριφορές έχουν αποδειχθεί ως ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ο έπαινος πάλι είναι περισσότερο αποτελεσματικός όταν είναι αυθόρμητος και αποτελεί αντίδραση σε πραγματική επίτευξη του μαθητή (Brophy, 1981). Οι προσδοκίες του δασκάλου επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται και συμπεριφέρεται στους μαθητές του (Walker & Rankin, 1983). Οι κατάλληλες προσδοκίες έχουν ως άξονα την πεποίθηση ότι όλοι οι μαθητές προοδεύουν σε μία ρεαλιστική βάση μέσω ενός προγράμματος που έχει σχεδιαστεί σύμφωνα με τις ατομικές τους ανάγκες.

6.4. Εκπαίδευση των γονέων (*parent training*)

Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα δημοφιλή είναι και τα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων, προκειμένου και εκείνοι να μπορούν να βοηθήσουν το παιδί στο σπίτι και την οικογένεια. Στα προγράμματα αυτά παρέχονται συστηματικά πληροφορίες στους γονείς για τα προβλήματα του παιδιού και τους υποδεικνύονται τρόποι να τα αντιμετωπίσουν. Τα

περισσότερα προγράμματα βασίζονται στις αρχές της διαχείρισης της συμπεριφοράς και σε τεχνικές της συντελεστικής μάθησης (Barkley, 1987· Braswell & Bloomquist, 1991). Οι γονείς διδάσκονται πώς να επαινούν και να ενισχύουν το παιδί τους, χρησιμοποιώντας γνωστικές στρατηγικές για την επίλυση προβλημάτων.

Τα χαρακτηριστικά τέτοιων προγραμμάτων (Polster & Dangel 1984) συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

1. Στηρίζονται στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά του παιδιού διατηρείται ανάλογα με τα αποτελέσματά της στο περιβάλλον, και ότι μπορεί να ρυθμιστεί από τα άτομα που αλληλεπιδρούν με το παιδί.
2. Έχουν εκπαιδευτικό χαρακτήρα, οι γονείς μαθαίνουν συγκεκριμένες τεχνικές.
3. Δίνεται έμφαση στη μέτρηση και την καταγραφή των παρατηρήσιμων και μετρήσιμων συμπεριφορών, κυρίως των θετικών.
4. Περιλαμβάνεται η θετική ενίσχυση και περιορισμένη χρήση της τιμωρίας.
5. Χρησιμοποιούνται μέθοδοι (σημειώσεις από το σχολείο στο σπίτι) για τη γενίκευση των μαθημένων συμπεριφορών και σε άλλα πλαίσια.
6. Υπάρχει γραπτό υλικό για την υποστήριξη των γονιών (επεξηγηματικά κείμενα, οδηγοί, προτεινόμενες εργασίες για το σπίτι). Προτού χρησιμοποιήσουν οι γονείς τις νέες τεχνικές προβλέπεται για την εκμάθησή τους παρατήρηση προτύπου και παιχνίδι ρόλων.

Το σύστημα των σημειώσεων στο σπίτι (Home Notes) (Atkeson & Forehand 1979, Imber, Imber & Rothstein 1979) προβλέπει ουσιαστικά τη χρήση ενός ημερολογίου, το οποίο παίρνει το παιδί μαζί του στο σχολείο. Στο ημερολόγιο αυτό ο δάσκαλος καταγράφει παρατηρήσεις/ σχόλια της ημέρας. Όταν το παιδί φέρνει το σημειωματάριο στο σπίτι, ο γονιός ενισχύει ή όχι το παιδί, ανάλογα με τη συμπεριφορά και την επίδοσή του στην τάξη. Προκειμένου το σύστημα να αποδώσει χρειάζεται η συνεργασία και η προθυμία των γονιών και του δασκάλου. Όταν αρχίσει να εφαρμόζεται, η συμπεριφορά και η σχολική επίδοση του παιδιού βελτιώνονται (Atkeson & Forehand, 1979). Εφόσον το παιδί αρχίσει να βελτιώνεται, η ανταλλαγή σημειώσεων δεν γίνεται σε καθημερινή βάση. Το σύστημα αυτό είναι αποτελεσματικό και οικονομικό από άποψη χρόνου και κόστους. Οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να ενημερώνονται για την πρόοδο ή τα προβλήματα του παιδιού και να διατηρούν μία συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με το δάσκαλο και το σχολείο.

Η συμμετοχή των δασκάλων και των γονιών στη θεραπεία στοχεύει στην υποστήριξη των καθημερινών δραστηριοτήτων των παιδιών. Η άσκησή τους ουσιαστικά βοηθά τη μεταφορά της προόδου που έχει συντελεστεί κατά τη θεραπεία στη καθημερινότητα.

6.5. Τεχνικές χαλάρωσης

Στις τεχνικές χαλάρωσης ανήκουν η διαφραγματική αναπνοή, η σταδιακή νευρομυϊκή χαλάρωση, η βιοανάδραση κ.α. Συχνά εφαρμόζονται και στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ για την άσκηση της προσοχής (Lauth, 2000).

6.6. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

Σε αρκετές περιπτώσεις χρησιμοποιείται παράλληλα με τις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις και η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (ριταλίνη). Έχει βρεθεί ότι η χρήση συγκεκριμένων ουσιών αυξάνει το διάστημα συγκέντρωσης και προσοχής, τον έλεγχο της παρορμητικότητας, τη σχολική επίδοση και τις κοινωνικές σχέσεις σε ποσοστό περίπου 70-80% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. (DuPaul & Barkley, 1990). Η χρήση ωστόσο τέτοιων ουσιών έχει και παρενέργειες (π.χ. αϋπνία, απώλεια όρεξης, δυσφορία) (Barkley, McMurray, Edelbrock & Robbins, 1990). Συχνά πάλι, οι γονείς και οι δάσκαλοι διαφωνούν με τη χορήγηση φαρμάκων, ενώ παράλληλα δεν επιτυγχάνεται γενίκευση της συμπεριφοράς σε όλα τα πλαίσια (Pelham & Murphy, 1986). Για την ακρίβεια η επίδραση του φαρμάκου σταματάει μετά από την παρέλευση τεσσάρων ωρών από τη χορήγηση.

Αυτό που τελικά ενδείκνυται, είναι η φαρμακευτική αγωγή να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά στη θεραπεία. Τα αποτελέσματα θα είναι καλύτερα από την εφαρμογή μεμονωμένων μεθόδων (Barkley, 1990). Προτείνεται ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, επειδή η χρήση φαρμάκων αυξάνει την πιθανότητα να ανταποκριθούν τα παιδιά στις θεραπευτικές μεθόδους. Από την άλλη οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις επιφέρουν αλλαγές στη συμπεριφορά και μειώνουν μακροπρόθεσμα την ανάγκη λήψης φαρμάκων (Horn, Chatoor & Connors, 1983).

7. Παρουσίαση περίπτωσης

Κορίτσι, 10 ετών, μαθήτρια Δ' Δημοτικού

Αριθμός Συνεδριών: 26 (εκ των οποίων τρεις αναμνηστικές)

Διάγνωση: διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητα, τύπος κυρίως απροσεξίας· διαταραχή της γραπτής έκφρασης.

7.1. Εισαγωγή: βασικά συμπτώματα, κύρια ενοχλήματα και λόγος παραπομπής

Η Καίτη προσέρχεται κατόπιν αιτήματος της μητέρας. Τα βασικά προβλήματα που η μητέρα αναφέρει είναι: «δε θέλει να πηγαίνει στο σχολείο, δε θέλει να μελετά τα μαθήματα του σχολείου, κάνει άσκηση γράμματα, είναι υπερκινητική». Τελικά, τα προβλήματα της Καίτης συνοψίστηκαν σε τρεις βασικούς τομείς: διάσπαση προσοχής, μαθησιακές δυσκολίες (πρβ. διάγνωση) και άρνηση να πηγαίνει στο σχολείο.

Η Καίτη περιγράφεται από τη μητέρα ως ένα ανέκαθεν ζωηρό και κινητικό παιδί. Πέρα από την κινητικότητα, βαριέται εύκολα τις εκάστοτε δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται, ενώ η προσοχή της διασπάται πολύ εύκολα, τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι. Η μητέρα αναφέρει ότι η ιδιαίτερα έντονη κινητικότητα έχει κάπως περιοριστεί το τελευταίο εξάμηνο, αλλά η διάσπαση εξακολουθεί να υπάρχει στον ίδιο βαθμό.

Ο δάσκαλος της Καίτης στην πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία δίνει την εξής εικόνα για τις δυσκολίες του παιδιού: «είναι υπερκινητική, κινείται συνέχεια, συζητάει στο μάθημα, πειράζει το διπλανό της, σηκώνεται συνέχεια να ξύσει το μολύβι της, ακόμα και όταν δε χρειάζεται, δε συγκεντρώνεται για μεγάλη διάρκεια, ειδικά σε μαθήματα που δεν την ενδιαφέρουν· κάνει πολλά λάθη στο γραπτό λόγο, αρκετά από αυτά λάθη απροσεξίας, παραδίδει γρηγορότερα από τα άλλα παιδιά τα γραπτά της, αντιγράφει λάθος, είναι κακογράφος, έχει κακή σύνταξη, στο γραπτό λόγο δυσκολεύεται να διατυπώσει τις σκέψεις της». Η δασκάλα της τάξης ένταξης αναφέρει σχετικά με τις δυσκολίες της Καίτης: «ενώ θέλει να κάνει πράγματα, δε μπορεί να συγκεντρωθεί· κατανοεί καλύτερα ένα κείμενο όταν της το διαβάσει κάποιος άλλος· δυσκολεύεται να καθίσει ήσυχη, κινείται στην καρέκλα της, θέλει να σηκώνεται, μιλάει με το διπλανό της· έχει πολύ μεγάλη θέληση, και όταν δεν έχει μελετήσει ενημερώνει· έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, απογοητεύεται εύκολα, νιώθει χαζή, δεν κάνει κάποια πράγματα επειδή φοβάται ότι θα κάνει λάθος, και θα την πουν χαζή».

Η μητέρα της Καίτης θεωρεί το δάσκαλο ιδιαίτερα αυστηρό και άδικο με το παιδί, θυμώνει συχνά μαζί του, γιατί δε δείχνει κατανόηση και δεν αντιμετωπίζει σωστά τα παιδιά. Υποψιάζεται παράλληλα, μήπως όντως το παιδί έχει τελικά κάποιου τύπου μαθησιακές δυσκολίες (κυρίως λόγω των έντονων δυσκολιών στη γραφή και τη γραπτή έκφραση). Βρίσκει επίσης υπερβολική την κινητικότητα και τη διάσπαση του παιδιού, καθώς, σε σύγκριση με τον μεγάλο της αδελφό, η Καίτη είναι τελείως διαφορετικό παιδί. Προσπαθεί να βοηθάει όσο περισσότερο μπορεί το παιδί στη μελέτη, καθώς αισθάνεται άσκημα κάθε φορά που την καλεί ο δάσκαλος, με αποτέλεσμα η ίδια να αγχώνεται για αυτά που πρόκειται να ακούσει, και να πιέζει το παιδί ακόμα περισσότερο για καλές επιδόσεις.

7.2. Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Η Καίτη είναι το δεύτερο παιδί στην οικογένειά της. Ο αδελφός της είναι 13 ετών και φοιτά στη Β' Γυμνασίου. Είναι πολύ καλός μαθητής, και από τη μητέρα περιγράφεται επίσης ως πολύ τακτικός (θέλει τα πράγματα στο δωμάτιό του να είναι ταχτοποιημένα, και αυτό αποτελεί και έναν λόγο που κάποιες φορές τσακώνεται με την αδελφή του), και αρκετά αγχώδης.

Ο πατέρας είναι 39 ετών, και είναι ιδιοκτήτης ψητοπωλείου. Ως νέος ήταν αρκετά ζωηρός και κινητικός. Ενώ ήταν άριστος μαθητής, στο Λύκειο δεν έδινε σημασία στο σχολείο, και απέτυχε στις Πανελλαδικές εξετάσεις. Στο ψητοπωλείο ο πατέρας εργάζεται με

πλήρες ωράριο (10-2 και 5-2), με αποτέλεσμα η μητέρα να έχει επωμιστεί πλήρως τη φροντίδα των παιδιών. Η μητέρα είναι 38 ετών, και περιγράφεται ως ιδιαίτερα αγχώδης. Το παραμικρό την αγχώνει και την αναστατώνει. Η ίδια αναφέρει ότι ως παιδί ήταν πολύ ζωηρή και υπερκινητική (π.χ. πηδούσε μάντρες), ενώ στο σχολείο δεν ήταν καλή μαθήτρια, δε θυμόταν τίποτα από αυτά που διάβαζε, και οι συμμαθητές της την κορόιδευαν. Η σχέση των γονέων περιγράφεται πολύ καλή, πολύ ικανοποιητική και με πολύ κατανόηση. Το ίδιο καλές και ήρεμες είναι και οι σχέσεις μεταξύ των γονιών και των παιδιών. Η μητέρα περιγράφει της οικογένειά της ως «ήρεμη και αγαπημένη οικογένεια».

Η Καίτη γεννήθηκε φυσιολογικά και κατέκτησε κανονικά τους αναπτυξιακούς στόχους της κάθε ηλικιακής περιόδου. Η μητέρα τη χαρακτηρίζει δύσκολο και σκληρό παιδί, αλλά συγχρόνως ευαίσθητο, ενώ μόνο το τελευταίο διάστημα έχει γίνει λίγο περισσότερο ήρεμη και ευαίσθητη. Από τη στιγμή που περπάτησε (9,5 μηνών) ήταν συνέχεια σε κίνηση, έτρεχε, σκαρφάλωνε και έκανε ρισκοκίνδυνα πράγματα, χτύπαγε συχνά, αλλά δεν έκλαιγε. Στο προνήπιο αποχωρίστηκε εύκολα η μητέρα της, η νηπιαγωγός ωστόσο ανέφερε στη μητέρα ότι το παιδί δεν ήθελε να συμμετέχει στο σύνολο, και ότι δυσκολευόταν να συμμορφωθεί με τους κανόνες.

Η Καίτη είναι σήμερα μέτρια μαθήτρια (Μ.Ο. = 8) στο σχολείο. Έχει μεγάλες δυσκολίες στη γραφή, στη σύνταξη και στο γραπτό λόγο, ενώ προφορικά μπορεί να αποδώσει πολύ καλά. Τα μαθήματα που την ενδιαφέρουν τα μαθαίνει ήδη από την παράδοση, ενώ μία επανάληψη στο σπίτι με τη μητέρα είναι αρκετή για να τα θυμηθεί. Στη γλώσσα έχει τις μεγαλύτερες δυσκολίες, ενώ στις γραπτές δοκιμασίες δεν αποδίδει καλά. Τα απογεύματα χρειάζεται η μητέρα να ζητήσει πολλές φορές από το παιδί να κλείσει την τηλεόραση και να καθίσουν να διαβάσουν, ενώ η Καίτη χρειάζεται τη μητέρα της διαρκώς κοντά της όσο διαβάζει, γεγονός που επιβαρύνει και αγχώνει και τη μητέρα περισσότερο. Όσον αφορά τις φιλικές σχέσεις, η Καίτη περιγράφεται από τη μητέρα της αλλά και από τους δασκάλους ως κοινωνική. Έχει φίλες από το σχολείο και το φροντιστήριο και η μητέρα φροντίζει τα Σαββατοκύριακα να περνά χρόνο με τις φίλες της ή με οικογενειακούς φίλους και συγγενείς.

7.2.1 Ιστορικό της διαταραχής

Στην Καίτη εντοπίζονται δύο βασικοί τομείς προβλημάτων, οι οποίοι βέβαια αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την κλινική εικόνα και την έκφραση των δυσκολιών του παιδιού: ΔΕΠ/Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και μαθησιακές δυσκολίες με έμφαση στις δυσκολίες στη γραπτή έκφραση.

α) ΔΕΠ/Υ, απρόσεκτος τύπος. Στο ιστορικό αναφέρει η μητέρα ότι η Καίτη ήταν, μέχρι να περπατήσει, ήρεμο μωρό. Από τη στιγμή που περπάτησε, άρχισε να τρέχει, να κάνει ρισκοκίνδυνα πράγματα, να μην έχει αίσθηση του κινδύνου, να συμπεριφέρεται στο δρόμο παρορμητικά, και να τραυματίζεται, χωρίς ωστόσο να διαμαρτύρεται στη μητέρα της.

Χτυπάει εύκολα, ιδιαίτερα στα πόδια, ενώ στο σπίτι δεν μπορεί να καθίσει στο τραπέζι να φάει, και πηγαينوέρχεται με το πιάτο της. Ακόμα και σήμερα, γυρίζει σα «σβούρα» μέσα στο σπίτι, είναι απρόσεκτη και αδέξια, κάνει ζημιές στο σπίτι, και δε μπορεί να παίξει με ένα παιχνίδι πάνω από 5-10 λεπτά, ακόμα και με παιχνίδια που την ευχαριστούν. Η μητέρα προσθέτει ότι το τελευταίο διάστημα, το παιδί στο σπίτι εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα κινητικό και ακατάστατο. Παράλληλα εμφανίζεται επίμονο σε ό,τι λέει ή ζητάει, ενώ συγχρόνως είναι αρνητικό -στην αρχή- σε ό,τι της λένε ή της ζητάνε να κάνει, αλλά στη συνέχεια ακολουθεί τις οδηγίες ή τις εντολές των ενηλίκων. Παράπονα για την κινητικότητα της Καίτης δεχόταν η μητέρα ήδη από το προνήπιο, από όπου αρχίζουν σταδιακά να φαίνονται και τα πρώτα συμπτώματα της διάσπασης (π.χ. το παιδί δεν κάθεται στον κύκλο των παιδιών, δεν παρακολουθεί τα παραμύθια ή ζωγραφίζει και ταυτόχρονα παρακολουθεί και τις ιστορίες που λέγονται στην τάξη). Στο προνήπιο η δασκάλα αναφέρει στη μητέρα δυσκολία να μπει το παιδί σε κανόνες, ενώ από την Α' Δημοτικού είναι στην τάξη ζωνρή και κινητική, δεν προσέχει («είναι αλλού»), ειδικά σε μαθήματα που δεν την ενδιαφέρουν ή αν κάτι το έχει καταλάβει, αλλά ο δάσκαλος χρειάζεται να το επαναλάβει περισσότερες από μία φορές· παράλληλα, όπου και να καθίσει ξεκινάει με το διπλανό της κουβέντα, με αποτέλεσμα τον περισσότερο καιρό να κάθεται μόνη στο θρανίο. Στην Δ' Δημοτικού η Καίτη έχει έναν αρκετά αυστηρό και οριοθετημένο δάσκαλο, με αποτέλεσμα να έχει περιοριστεί κάπως η κινητικότητά της. Η διάσπαση παραμένει, και τη δυσκολεύει ιδιαίτερα στα διαγωνίσματα, όπου η μητέρα αναφέρει χαρακτηριστικά ότι τα περισσότερα λάθη είναι σε όλα τα τεστ προς το τέλος του χρόνου· ο δάσκαλος προσθέτει ότι η Καίτη είναι αφηρημένη στο μάθημα, και, όσον αφορά τα τεστ, παραδίδει από τους πρώτους το γραπτό της, ακόμα και μετά την προτροπή του δασκάλου να το ελέγξει άλλη μία φορά μέχρι να χτυπήσει το κουδούνι. Παράλληλα, δεν είναι λίγες οι φορές που ξεχνάει να κάνει κάποιες ασκήσεις, ή να φέρει στο σχολείο συγκεκριμένα βιβλία ή τετράδια. Το αποτέλεσμα είναι ότι η μητέρα κάθε βράδυ ή το πρωί πριν το σχολείο φτιάχνει και ελέγχει την τσάντα του παιδιού.

β) Διαταραχή της γραπτής έκφρασης. Ήδη στην Α' Δημοτικού αρχίζουν να φαίνονται και οι μαθησιακές δυσκολίες της Καίτης, οι οποίες γίνονται εντονότερες λόγω της διάσπασης. Στην Α' Δημοτικού εντοπίζονται οι πρώτες δυσκολίες στην ορθογραφία και το γραπτό λόγο. Στη Β' Δημοτικού το πρόβλημα στη γλώσσα και την ορθογραφία γίνεται εντονότερο, και το παιδί δυσκολεύεται να προσέχει στο μάθημα. Από τη Β' Δημοτικού αρχίζει να έρχεται μία δασκάλα στο σπίτι δύο φορές την εβδομάδα. Στη Γ' Δημοτικού το παιδί έχει πολύ καλές επιδόσεις στα προφορικά μαθήματα, ενώ δυσκολεύεται πολύ στο γραπτό λόγο. Πολύ συχνά η Καίτη μαθαίνει τα μαθήματα ήδη από την παράδοση, και χρειάζεται στο σπίτι να κάνει μόνο μία επανάληψη με τη μητέρα της. Οι ίδιες δυσκολίες συνεχίζουν και στη Δ' τάξη. Ο δάσκαλος αναφέρει μάλιστα ότι προφορικά αποδίδει πολύ καλά, στα γραπτά ωστόσο δε μπορεί να εκφράσει αυτό που ξέρει, παρότι είναι διαβασμένη· συχνά μάλιστα τα κείμενα του

παιδιού είναι τελείως δυσνόητα. Ακόμα πιο δύσκολη γίνεται η κατάσταση λόγω της έντονης δυσγραφίας που εμφανίζει, γεγονός που όπως φαίνεται ενοχλεί ιδιαίτερα το δάσκαλο. Από τα Χριστούγεννα της Δ' Δημοτικού επισκέπτεται η Καίτη δύο με τρεις φορές την εβδομάδα την τάξη ένταξης.

Η ύπαρξη των δύο διαταραχών (ΔΕΠ/Υ και μαθησιακά) γίνεται κατανοητή λόγω προηγούμενου θετικού οικογενειακού ιστορικού (κυρίως της μητέρας, αλλά ενδεχόμενα και υπερκινητικότητα του πατέρα). Οι διαταραχές αυτές αλληλεπιδρούν, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν τόσο τη σχολική επίδοση, όσο και την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο, αλλά και την ικανοποίηση ή ευχαρίστηση που θα μπορούσε να αντλεί, υπό άλλες συνθήκες, από το σχολείο. Όλες αυτές οι δυσκολίες συνδέονται και με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού («είμαι χαζή, είμαι ηλίθια, είμαι χοντρή»), καθώς, όταν ο δάσκαλος κάνει ένα σχόλιο για μία λάθος άσκηση, τα παιδιά γελάνε και την κοροϊδεύουν, και εκείνη αισθάνεται άσχημα και πιστεύει ότι είναι χαζή. Η κατάσταση αυτή (και ιδιαίτερα η χαμηλή αυτοεκτίμηση) επιτείνεται και από την παρουσία της ιδιαίτερας αγχώδους μητέρας, η οποία εστιάζεται στις αρνητικές συμπεριφορές της Καίτης, και την πιέζει καθημερινά να διαβάσει –με αποτέλεσμα συχνές συγκρούσεις-, λόγω του δικού της άγχους, όπως και η ίδια παραδέχεται, να μην την ξανακαλέσει ο δάσκαλος και της κάνει παρατήρηση για τη συμπεριφορά του παιδιού της στην τάξη ή για το ότι δεν πηγαίνει στο σχολείο «σωστά» διαβασμένη.

7.3. Ψυχολογικά ευρήματα τη στιγμή της παραπομπής

Η Καίτη είναι ένα γελαστό, χαρούμενο, αλλά και ντροπαλό και συνεσταλμένο παιδί, τουλάχιστον στην αρχή. Στις πρώτες συναντήσεις ήταν διστακτική αλλά πολύ συνεργάσιμη σε όλες τις διαδικασίες της αξιολόγησης (εκτίμηση των νοητικών λειτουργιών και μαθησιακός έλεγχος). Στα πρώτα ραντεβού δεν έδινε την εικόνα ενός ιδιαίτερα κινητικού παιδιού. Όσο εξοικειωνόταν με το πλαίσιο, γινόταν όλο και περισσότερο ανοιχτή και επικοινωνιακή, αλλά και κινητική. Το πλέον χαρακτηριστικό στη συμπεριφορά της είναι ότι δεν μπορεί να καθίσει στην καρέκλα: στριφογυρίζει, κάθεται την περισσότερη ώρα όρθια και αλλάζει συχνά θέση. Στα ραντεβού έρχεται με μεγάλη προθυμία. Λόγω της γνωστικής ωριμότητας του παιδιού, εφαρμόστηκαν γνωσιακές τεχνικές, και, μέσα από τις εναλλακτικές σκέψεις, βοηθήθηκε πολύ, ιδιαίτερα στο ζήτημα της αυτοεκτίμησης.

Η κλινική/ ψυχολογική εκτίμηση της Γ.Σ. περιελάμβανε, εκτός από τη συνέντευξη με το παιδί και τους γονείς, επικοινωνία με το σχολείο, χορήγηση προκριματικών κλιμάκων, καθώς και μαθησιακό έλεγχο και εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων του παιδιού με το τεστ WISC-III.

7.4. Αιτιολογικό μοντέλο

Οι μαθησιακές δυσκολίες και η ΔΕΠ/Υ γίνονται κατανοητές και λόγω του θετικού οικογενειακού ιστορικού (μαθησιακές δυσκολίες από την πλευρά της μητέρας και ενδεχόμενη συμπτωματολογία ΔΕΠ/Υ, καθώς και ενδεχομένως ΔΕΠ/Υ και από την πλευρά του πατέρα). Η διάσπαση παρεμποδίζει ακόμα περισσότερο την Καίτη να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της στο σχολείο, καθώς δυσκολεύεται ιδιαίτερα να συγκεντρωθεί για να κατανοήσει τις πληροφορίες, αλλά και για να αποδώσει ικανοποιητικά στις γραπτές δοκιμασίες. Στις αυξημένες δυσκολίες αναφορικά με την προσαρμογή στο σχολείο και τις σχολικές επιδόσεις, προστίθεται και η συμπεριφορά του δασκάλου –ιδιαίτερα αυστηρός και επικριτικός- στη Δ' Δημοτικού. Το αιτιολογικό μοντέλο λοιπόν για την κατανόηση των παρόντων προβλημάτων του παιδιού, μπορεί να διαμορφωθεί ως εξής:

Ερέθισμα (S):

- Πρέπει να ξεκινήσει το πρωί για το σχολείο.
- Το απόγευμα της ζητάει η μητέρα της να κλείσει την τηλεόραση και να μελετήσει για το σχολείο.

Οργανισμός (O):

- Διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών: μέτρια σχολική επίδοση, δυσκολίες στην κατανόηση και στη γραπτή έκφραση → παρατηρήσεις/ αποδοκιμασία από τους δασκάλους, μειωμένο κίνητρο να μελετήσει.
- Διάγνωση ΔΕΠ/Υ, τύπος κυρίως απροσεξίας: δυσκολίες στη συγκέντρωση, στη συμπεριφορά στην τάξη (μιλάει, κινείται, δεν κάθεται στο θρανίο της, ολοκληρώνει βιαστικά τις ασκήσεις ή τα τεστ, ξεχνάει ασκήσεις, τετράδια ή βιβλία) → δυσκολίες στην προσαρμογή στη σχολική τάξη, επιτείνονται οι δυσκολίες στη σχολική επίδοση και δυσκολεύουν περισσότερο οι σχέσεις με τους δασκάλους, αλλά ενίοτε και με τους συμμαθητές.
- Μητέρα ιδιαίτερα αγχώδης ως προς τη μελέτη και την αντιμετώπιση του παιδιού (πιέζει το παιδί να μελετήσει για να μην ακούσει περαιτέρω αρνητικά σχόλια από το δάσκαλο) → μήνυμα: πάλι θα με πιέσει και θα αρχίσουμε να τσακωνόμαστε, ενισχύεται η αποστροφή του παιδιού για το σχολείο και το δάσκαλο.
- Μητέρα αγχώδης → ενδεχομένως προδιάθεση του παιδιού για αγχώδεις αντιδράσεις.
- Η μητέρα δεν ενισχύει καθόλου το παιδί, αλλά δεν είναι ούτε επικριτική απέναντί του («δεν έχω μάθει να λέω μπράβο και να ενισχύω, έτσι ήταν και η μητέρα μου, δε μπορώ να το κάνω»)
- Ήρεμο/ ήπιο κλίμα στην οικογένεια, αποδοχή του παιδιού, απουσία έντονης κριτικής: η Καίτη αντιδρά ή δεν αντέχει τις φωνές και την κριτική του δασκάλου («δε μπορώ που φωνάζει τόσο δυνατά, κλείνω τα αυτιά μου»).

- Αρνητικές αντιδράσεις των συμμαθητών όταν λέει κάτι λάθος (την κοροϊδεύουν και τη λένε χαζή).

Αντίδραση (R):

- Φωνάζει, κλαίει, αρνείται να πάει στο σχολείο, κατηγορεί τη μητέρα ότι την πιέζει, λέει ότι δεν αντέχει το δάσκαλο.
- Άγχος/ δυσφορία όταν είναι στο σχολείο.

Συνέπειες (C-K):

- Κερδίζει την προσοχή της μητέρας (τη φωνάζει επανειλημμένα να μελετήσει, κάνει μακροσκελείς συζητήσεις το πρωί μαζί της για το αν και γιατί πρέπει να πάει στο σχολείο) (θετική ενίσχυση).
- Η μελέτη καθυστερεί συχνά να ολοκληρωθεί, και έτσι η μητέρα τη βοηθάει συστηματικότερα (θετική ενίσχυση).
- Κάποιες φορές τα καταφέρνει όντως να μην πάει στο σχολείο (αρνητική ενίσχυση).
- Όταν δεν τα καταφέρνει, πηγαίνει στο σχολείο με άγχος για τη συμπεριφορά του δασκάλου και τις ενδεχόμενες αντιδράσεις των συμμαθητών της.
- Κριτική λόγω της μέτριας επίδοσης στο σχολείο (λόγω μαθησιακών δυσκολιών) αλλά και της συμπεριφοράς της στην τάξη (υπερκινητικότητα/ διάσπαση) → μείωση κινήτρου για το σχολείο και τη μελέτη, χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Ανάλυση συνθηκών:

- Η συνύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών και ΔΕΠ/Υ παρεμποδίζουν την καλή προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο (μέτριες επιδόσεις, οι δάσκαλοι την επικρίνουν, οι συμμαθητές κάποιες φορές την κοροϊδεύουν, η μητέρα αγχώνεται), με αποτέλεσμα η Καίτη να μην είναι κινητοποιημένη να πηγαίνει στο σχολείο και να προσπαθεί να βελτιώσει τις επιδόσεις της (φαύλος κύκλος).
- Η αρνητική στάση του παιδιού απέναντι στο δάσκαλο ενισχύεται και από τη μητέρα, η οποία μπροστά στο παιδί αναφέρει στα ραντεβού πόσο αυστηρός, άδικος και ιδιαίτερα αντιπαθής από τους περισσότερους γονείς και μαθητές είναι (μίμηση προτύπου).
- Κατ' επέκταση, επηρεάζεται και η αυτοεκτίμησή της, όταν το σχολείο δεν αποτελεί για εκείνη την παραμικρή πηγή θετικής ενίσχυσης. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται αρκετά και από την απουσία ενίσχυσης μέσα στο σπίτι για τις θετικές συμπεριφορές, κυρίως από τη μητέρα.

7.5. Θεραπευτικοί στόχοι

Αφού έγινε διερεύνηση των αιτημάτων και ολοκληρώθηκε η διαδικασία της παιδοψυχιατρική εκτίμησης και ψυχολογικής αξιολόγησης, συζητήθηκαν με τη μητέρα και το παιδί οι στόχοι της θεραπείας. Εντοπίστηκαν τρεις τομείς προβλημάτων που αποτέλεσαν στόχους της θεραπείας: διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα, μαθησιακές δυσκολίες

και δυσκολίες στην οργάνωση της μελέτης, χαμηλή αυτοεκτίμηση («είμαι χοντρή, είμαι χαζή, αν πω κάτι οι άλλοι θα με κοροϊδέσουν»). Παράλληλα χρειάστηκε και η μητέρα να ελέγξει το άγχος της και της προσδοκίες της σχετικά με τη συμπεριφορά και την επίδοση του παιδιού, αλλά και να μάθει να το ενισχύει λεκτικά.

Οι στόχοι που τέθηκαν και συμφωνήθηκαν με τη μητέρα είναι οι ακόλουθοι:

- ⇒ Οριοθέτηση του παιδιού, υιοθέτηση περισσότερο σταθερής και συνεπούς συμπεριφοράς από την πλευρά των γονέων απέναντι στο παιδί.
- ⇒ Ενίσχυση του παιδιού σε επιθυμητές συμπεριφορές, καθώς και όταν παίρνει έναν καλό βαθμό ή ακούει θετικά σχόλια από το δάσκαλο.
- ⇒ Επίδειξη αδιαφορίας σε μη-επιθυμητές συμπεριφορές ή όταν επιμένει να γίνει κάτι το οποίο οι γονείς αρνούνται.
- ⇒ Αλλαγή του τρόπου μελέτης του παιδιού (σταδιακή απόσυρση της δικής της βοήθειας και εμπλοκής, και αύξηση του χρόνου που το παιδί διαβάζει μόνο του).
- ⇒ Εμπλοκή του παιδιού και σε άλλες δραστηριότητες/ χόμπυ που το ευχαριστούν και ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.

Με την Καίτη τέθηκαν οι εξής στόχοι, οι οποίοι συζητήθηκαν και συμφωνήθηκαν από κοινού και με το παιδί και τη μητέρα:

- ⇒ Οργάνωση της μελέτης και σταδιακή ανάληψη ευθύνης από την ίδια, τόσο για τη μελέτη στο σπίτι, όσο και για την οργάνωσή της στο σχολείο (π.χ. να παίρνει όλα τα απαραίτητα βιβλία, να θυμάται να σημειώνει όλες τις ασκήσεις).
- ⇒ Βελτίωση της προσοχής.
- ⇒ Βελτίωση της ποιότητας της σχέσης με το δάσκαλο.
- ⇒ Εμπλοκή σε νέες και ευχάριστες δραστηριότητες, με στόχο τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης.
- ⇒ Γνωσιακή αναδόμηση/ τροποποίηση συγκεκριμένων αντιλήψεων («είμαι χαζή, δε θα τα καταφέρω, ο δάσκαλος είναι κακός»).
- ⇒ Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.

Κατά την παρέμβαση χρειάστηκε η παράλληλη συνεργασία με το παιδί και τη μητέρα. Έτσι ο χρόνος σε κάθε συνεδρία μοιραζόταν εξίσου στο παιδί και τη μητέρα. Με τη μητέρα χρειάστηκε επιπλέον να δουλευτούν οι προσδοκίες της σχετικά με τη συμπεριφορά και τις σχολικές επιδόσεις του παιδιού, η στάση της απέναντι στο δάσκαλο, αλλά και το ιδιαίτερα έντονο άγχος της. Η ενημέρωση/ ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή και τις δυσκολίες του παιδιού, αλλά και η καλή θεραπευτική σχέση, βοήθησαν τη μητέρα να ελέγξει περισσότερο το άγχος της και να αλλάξει σταδιακά τη στάση της απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του.

7.6. Θεραπευτικός σχεδιασμός

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει την ενημέρωση των γονέων και του παιδιού σχετικά με τη φύση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει, και την παρουσίαση του αιτιολογικού μοντέλου. Στη συνέχεια έγινε ενημέρωση/ ψυχοεκπαίδευση της μητέρας και του παιδιού ξεχωριστά για τη φύση και την αιτιολογία των δυσκολιών του, αλλά και ενημέρωση του δασκάλου της τάξης και της δασκάλας της τάξης ένταξης. Στη συνέχεια ακολούθησε η υλοποίηση των στόχων που έχουν τεθεί με την εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών. Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν στη θεραπεία της Καίτης είναι οι ακόλουθες, με σειρά εφαρμογής:

- ⇒ Ψυχοεκπαίδευση/ παρουσίαση του αιτιολογικού μοντέλου (ξεχωριστά για τη μητέρα και για το παιδί).
- ⇒ Οργάνωση μελέτης και καθημερινό πρόγραμμα στο σπίτι: πρόγραμμα ενισχυτών (ανταλλάξιμες αμοιβές) ώστε η Καίτη να έχει ένα συγκεκριμένο καθημερινό πρόγραμμα, να διαβάζει και να κοιμάται συγκεκριμένες ώρες, να φτιάχνει μόνη της την τσάντα της, και να μελετάει μόνη, ενώ ο ρόλος της μητέρας να περιοριστεί σταδιακά στον έλεγχο των ασκήσεων και της τσάντας. Σκοπός ήταν η ευθύνη για το καθημερινό πρόγραμμα του παιδιού να μεταφερθεί σταδιακά από τη μητέρα στην Καίτη, καθώς και –με τον τρόπο αυτό- να αποφορτιστεί η σχέση μητέρας - παιδιού.
- ⇒ Για το σχολείο κατασκευάσαμε με την Καίτη ένα ημερολόγιο, στο οποίο έπρεπε κάθε ημέρα να σημειώνει τις ασκήσεις σε κάθε μάθημα, και το οποίο ημερολόγιο θα το έδειχνε στο δάσκαλο στο τέλος κάθε ημέρας. Η τεχνική αυτή είχε διπλό όφελος: αφενός η Καίτη δεν ξέχναγε τις ασκήσεις της και αφετέρου δε δεχόταν επιπλήξεις από το δάσκαλο, ακόμα και στην περίπτωση που είχε ξεχάσει κάποια άσκηση, καθώς αυτή δεν ήταν σημειωμένη στο τετράδιο και ο δάσκαλος είχε παραλείψει να την προσθέσει όταν έλεγξε την προηγούμενη ημέρα το τετράδιο του παιδιού. Έτσι υποστηρίχθηκε και η βελτίωση της ποιότητας της σχέσης του παιδιού με το δάσκαλο.
- ⇒ Συνεργασία με το δάσκαλο, ώστε να κατανοήσει καλύτερα τις δυσκολίες του παιδιού, να το βοηθήσει να προσαρμοστεί καλύτερα στα πλαίσια της σχολικής τάξης, αλλά και να ενισχύει τις επιτυχίες του.
- ⇒ Εισαγωγή στις εναλλακτικές σκέψεις και τη γνωσιακή αναδόμηση. Παρά το νεαρό της ηλικίας της, η Καίτη έχει ένα πολύ καλό νοητικό δυναμικό, το οποίο μας επέτρεψε να δουλέψουμε –ως ένα βαθμό- και γνωσιακά. Γνωσιακά δουλεύτηκαν πεποιθήσεις, όπως «είμαι χαζή», αλλά και η σχέση του παιδιού με το δάσκαλο (π.χ. «για ποιο λόγο μου φωνάζει ο δάσκαλος;»). Για το σκοπό αυτό η Καίτη συγκέντρωνε επιχειρήματα υπέρ και κατά συγκεκριμένων πεποιθήσεων, ενώ παράλληλα συζητούσαμε εναλλακτικές σκέψεις στις συνεδρίες.

- ⇒ Έλεγχος των συνθηκών: τα πρόσωπα αναφοράς να ενισχύουν τις επιτυχίες του παιδιού στο σχολείο, αλλά και στις εξωσχολικές δραστηριότητες, και παράλληλα να αδιαφορούν όταν αυτό πεισμώνει ή επιμένει σε κάτι με το οποίο οι γονείς δε συμφωνούν. Στο σημείο αυτό χρειάστηκε να γίνουν και με τη μητέρα παιχνίδια ρόλου, καθώς όπως και η ίδια παραδέχτηκε, «δεν έχω μάθει να επαινώ τα παιδιά μου».
- ⇒ Συνεργασία με τη μητέρα: η συνεργασία με τη μητέρα της Καίτης περιελάμβανε ενημέρωση και ψυχοεκπαίδευση (συστήθηκαν και συγκεκριμένα βιβλία αυτοβοήθειας), αλλά και συγκεκριμένες οδηγίες για το πώς να διαχειριστεί συγκεκριμένες συμπεριφορές και αντιδράσεις του παιδιού. Παράλληλα έγινε προσπάθεια να αναδομηθούν συγκεκριμένες πεποιθήσεις της μητέρας που συνδέονταν άμεσα με τον τρόπο που συμπεριφερόταν στο παιδί.

Η θεραπεία της Καίτης ήταν ατομική. Οι συναντήσεις με το παιδί προγραμματίστηκαν σε εβδομαδιαία βάση (διάρκεια 15 - 20 λεπτά), ενώ οι συναντήσεις με τα πρόσωπα αναφοράς (κυρίως τη μητέρα) ακολουθούσαν αμέσως μετά τη συνεργασία με το παιδί (20 - 30 λεπτά). Στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα μεσολαβούσε μία κοινή συνάντηση με τη μητέρα και το παιδί (διάρκειας περίπου 5-10 λεπτών), η οποία λειτουργούσε ουσιαστικά σα «γέφυρα» για τη μετάβαση από τη συνάντηση με το παιδί στη συνάντηση με τη μητέρα. Η αναλογία συναντήσεων παιδιού : προσώπων αναφοράς ήταν περίπου 1-2 : 1. Στη μητέρα προτάθηκε να συμμετέχει και στην ομάδα γονέων παιδιών με ΔΕΠ/Υ, ωστόσο δεν κατάφερε να προσέλθει στις συναντήσεις (λόγω έλλειψης ελεύθερου χρόνου την ημέρα διεξαγωγής της ομάδας).

7.7. Πορεία της θεραπείας

Μετά τη διαδικασία της αξιολόγησης και τη διαμόρφωση του αιτιολογικού μοντέλου έγινε ενημέρωση στη μητέρα της Καίτης σχετικά με τα πορίσματα της αξιολόγησης και το αιτιολογικό μοντέλο. Η φύση και η αιτιολογία των δυσκολιών του παιδιού συζητήθηκαν αναλυτικά. Παράλληλα δόθηκε στη μητέρα ενημερωτικό υλικό και προτάθηκαν και συγκεκριμένα βιβλία αυτοβοήθειας. Η μητέρα από την αρχή υπήρξε ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένη, αν και πολύ αγχωμένη, και κινητοποιημένη να συνεργαστεί σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Οι στόχοι συζητήθηκαν με τη μητέρα και το παιδί, εφαρμόστηκαν, και επαναξιολογήθηκαν στο τέλος της θεραπείας. Περισσότερο συντηρητικοί υπήρξαμε στους στόχους που αφορούσαν τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο, λόγω της περιορισμένης συνεργασίας με το δάσκαλο· ωστόσο και στον τομέα αυτόν υπήρξαν τελικά βελτιώσεις, στο βαθμό βέβαια που οι συνθήκες το επέτρεψαν.

Η θεραπεία στηρίχθηκε στην καλή θεραπευτική σχέση με το παιδί και τη μητέρα. Κάθε φορά που ξεκινούσε η εφαρμογή ενός στόχου ή συζητώνταν συγκεκριμένα θέματα (π.χ. παρατήρηση από την πλευρά της μητέρας της συμπεριφοράς του παιδιού στο σπίτι, «τι

αποδείξεις έχω ότι είμαι χαζή;» για το παιδί), και τόσο η μητέρα όσο και το παιδί επεξεργάζονταν όσα συζητώνταν στις συνεδρίες. Μάλιστα συχνά το παιδί, ήδη από το πρώτο διάστημα εφαρμογής του εκάστοτε στόχου, σημείωνε σημαντική πρόοδο μεταξύ των συνεδριών. Το κίνητρό του και η κοινωνική ενίσχυση και η επιβράβευση που λάμβανε από τη θεραπεύτρια σε κάθε συνεδρία, βοήθησαν να σημειωθούν σημαντικές και γρήγορες αλλαγές στους στόχους οργάνωση μελέτης και αναδόμηση συγκεκριμένων σκέψεων. Η δυσγραφία και οι μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού δεν αποτέλεσαν στόχο της παρέμβασης· το παιδί παραπέμφθηκε για λογοθεραπεία και εργοθεραπεία.

Θεραπευτική σχέση: η θεραπευτική σχέση με το παιδί είναι πολύ καλή. Η Καίτη μπορεί να κάνει εύκολα σχέση, και προσέρχεται πάντα γελαστή, ευδιάθετη και πρόθυμη σε όλα τα ραντεβού. Η καλή θεραπευτική σχέση συνέβαλε σε ένα σημαντικό βαθμό ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που τέθηκαν στη θεραπεία. Εξίσου καλή κρίνεται και η θεραπευτική σχέση με τη μητέρα. Το κίνητρο της μητέρας και η εμπιστοσύνη της στη θεραπευτική διαδικασία βοήθησαν στην ταχύτερη αλλαγή από τη δική της πλευρά και στην ευκολότερη – ίσως και ταχύτερη από το αναμενόμενο- υλοποίηση των θεραπευτικών στόχων.

7.8. Αξιολόγηση της θεραπείας

Στο τέλος της θεραπείας η Καίτη εμφανίζει τις ακόλουθες αλλαγές:

- α) Πηγαίνει ευχάριστα στο σχολείο –ακόμα και στις εκδρομές και τις σχολικές εκδηλώσεις, τις οποίες μέχρι την έναρξη της παρέμβασης απέφευγε.
- β) Βελτίωση της σχολικής της επίδοσης.
- γ) Βελτίωση της ποιότητας της σχέσης με το δάσκαλο.
- δ) Μείωση της κινητικότητας και παρορμητικότητας στο σχολείο –καλύτερη προσαρμογή στα πλαίσια της σχολικής τάξης.
- ε) Βελτίωση της ποιότητας των διαπροσωπικών της σχέσεων (μεγαλύτερη σταθερότητα στις φιλίες της σε σύγκριση με την προηγούμενη σχολική χρονιά).
- στ) Προσαρμογή και τήρηση καθημερινής ρουτίνας (μελέτη στο σπίτι, εξωσχολικές δραστηριότητες, ύπνος).
- ζ) Έναρξη νέων δραστηριοτήτων (γυμναστήριο και χορός).
- η) Αλλαγές στη συμπεριφορά της (η μητέρα τη βρίσκει περισσότερο ήρεμη και εκδηλωτική).
- θ) Βελτίωση της αυτοεκτίμησης.
- ι) Αλλαγές στη μητέρα: εμφανίζει λιγότερο άγχος για καθημερινά ζητήματα, το οποίο και καταφέρνει να ελέγξει καλύτερα· ενισχύει πλέον αυθόρμητα τα παιδιά της· «έχω ηρεμίσει και έχω χαλαρώσει».
- ια) Αλλαγές στη συμπεριφορά του δασκάλου: προς το τέλος της θεραπείας ο δάσκαλος φαίνεται περισσότερο συνεργάσιμος, φαίνεται να έχει κατανοήσει –ως ένα βαθμό- τις

δυσκολίες του παιδιού, το αντιμετωπίζει με λιγότερη αυστηρότητα, και το ενισχύει στις καλές του επιδόσεις.

Η μητέρα περιγράφει τις αλλαγές στο παιδί ως εξής: «είναι περισσότερο συνεργάσιμη και συζητήσιμη· στο σχολείο πηγαίνει ευχάριστα· στο σπίτι είναι πιο ήρεμη, δεν κάνει το σπίτι άνω-κάτω, είναι λιγότερο ακατάστατη· κάθεται και παίζει μέχρι το τέλος επιτραπέζια παιχνίδια, όπως Μονοπολί· είναι πιο γελαστή και πιο χαρούμενη· με το δάσκαλο τα πάει καλύτερα, έχει καταλάβει ότι δεν είναι ο μπαμπούλας». Για τον εαυτό της η μητέρα αναφέρει: «κατάλαβα το παιδί· ηρέμισα· μου έφυγε ένα βάρος «γιατί μου έτυχε εμένα;»· σκεφτόμουν και συνέδεα πράγματα· με βοηθήσατε να ηρεμισώ· μας βοηθήσατε πάρα πολύ».

Ο δάσκαλος αναφέρει σχετικά με τις αλλαγές στο παιδί: «τα πηγαίνει πολύ καλύτερα, ξεχνά ωστόσο κάποια πραγματάκια και θέλει δουλίσσα ακόμα σε μαθήματα, όπως η Γλώσσα».

Βιβλιογραφία

- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105 (5), 1158–70.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Atkeson, B.M. & Forehand, R. (1979). Home-based reinforcement programs designed to modify classroom behavior: A review and methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 86, 1298-1308.
- Bandura, A. (1973) *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit-hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2002). International consensus statement on AD/HD, January 2002, signed by over 70 leading scientists. *Clinical Child Family Psychology Review*, 5, 89–111.
- Barkley, R.A. (2003). Attention-deficit hyperactivity disorder. In E.J. Mash, & R.A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.) (pp. 75–143). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., McMurray, M.B., Edelbrock, C.S. & Robbins, K. (1990). The side effects of Ritalin in ADHD children: A systematic placebo-controlled evaluation of two doses. *Paediatrics*, 86, 184-192.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R. & Tsuang, M.T. (1991). Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 48, 633-642.
- Boo, G.M. & Prins, P.J.M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78–97.
- Brassett-Harknett, A. & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, 27, 188–210.
- Braswell, L. & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family and school interventions*. New York: Guilford Press.

- Brophy, J. (1981). Teacher praise: A functional analysis. *Review of Educational Research*, 51, 5-32.
- Brown, T.E. (2005). *Attention Deficit Disorder: the unfocused mind in children and adults*. New Haven & London: Yale University Press.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- DuPaul, G.J. & Barkley, R.A. (1990). Medication therapy. In R.A. Barkley, *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 573-612). New York: Guilford Press.
- Ervin, R.A., Bankert, B.L. & DuPaul, G.J. (1996). Treatment of Attention-deficit Hyperactivity disorder. In M.A. Reinecke, F.M. Dattilio, A. Freeman (Eds.) *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A casebook for Clinical Practice* (pp.38-61). New York: The Guilford Press.
- Gelfand, D.M. & Hartmann, D.P. (1984). *Child behavior analysis and therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Gingerich, K.J., Turnock, P., Litfin, J.K. & Rosen, L.A. (1998). Diversity and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 415-428.
- Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: The aetiological role genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
- Hill, P.D. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry*, 4(8), 106-109.
- Horn, W.F., Chatoor, I. & Conners, C.K. (1983). Additive effects of Dextedrine and self-control training: A multiple assessment. *Behavior Modification*, 7, 383-402.
- Imber, S.C., Imber, R.B. & Rothstein, C. (1979). Modifying independent work habits: An effective teacher-parent communication program. *Exceptional Children*, 45, 218-222.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of AD/HD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Lauth, G.W. & Schlottke, P.F. (2000). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*, (5. Aufl.). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 615-620.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-98.
- Meichenbaum, D.H. & Goodman, J. (1973). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Morgan, D.P. & Jenson, W.R. (1988). *Teaching Behaviorally Disordered Students*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Muglia, P., Jain, U., Macciardi, F. & Kennedy, J. L. (2000). Adult attention deficit hyperactivity disorder and the dopamine D4 receptor gene. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 273-77.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (1999). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Available on-line (www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.htm)
- Nutt, D.J., Fone, K., Asherson, P., Bramble, D., Hill, P., Matthews, K., Morris, K.A., Santosh, P., Sonuga-Barke, E., Taylor, E., Weiss, M. & Young, S. (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 10-41.
- Paule, M.G., Rowland, A.S., Ferguson, S.A., Chelonis, J.J., Tannock, R., Swanson, J.M., et al. (2000). Attention deficit/ hyperactivity disorder: Characteristics, interventions and models. *Neurotoxicology and Teratology*, 22, 631-651.

- Pauls, D.L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 353-360.
- Pelham, W.E. Jr. & Murphy, H.A. (1986). Attention deficit and conduct disorders. In M. Hersen (Ed.), *Pharmacological and behavioural treatment: An integrative approach* (pp. 108-148). New York: Wiley.
- Polster, R.A. & Dangel, R.F. (1984). Behavioral parent training; Where it came from and where it's at. In R.F. Dangel & R.A. Polster (Eds.), *Parent training: Foundations of research and practice*. New York, Guilford Press.
- Rapport, M.D. (1987). Attention-deficit hyperactivity disorder. In M. Hersen & V.B. VanHasselt (Eds.), *Behavior therapy with children and adolescents* (pp. 325-361). New York: Wiley.
- Resnick, R.J. (2000). *The hidden disorder: a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rhode, G., Morgan, D.P. & Young, K.R. (1983). Generalisation and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular classrooms using self-evaluation procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 171-188.
- Rosenbaum, M.S. & Drabman, R.S. (1979). Self-control training in the classroom: A review and critique. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 467-485.
- Sagvolden, T. Aase, H., Johansen, E.B. & Russell, V.A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/ impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 397-468.
- Shapiro, E.S. & Cole, C.L. (1994). *Behavior change in the classroom : Self-management interventions*. New York: Guilford Press.
- Shaywitz, B.A. & Shaywitz, S.E. (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6 (Suppl.), 13-122.
- Smith, D.J., Young, K.R., West, R.P., Morgan, D.P. & Rhode, G. (1988). Reducing the disruptive behavior of junior high students: A classroom Self-management procedure. *Behavioral Disorders*, 13, 59-72.
- Swanson, J.M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M.A., Moyzis, R., Schuch, S., Murias, M., Moriarity, J., Barr, C., Smith, M. & Posner, M. (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(1), 21-25.
- Walker, H.M. & Rankin, R.R. (1983). Assessing the behavioural expectations and demands of less restrictive settings: Instruments, ecological assessment procedures and outcomes. *School Psychology Review*, 12, 274-284.
- Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S. & Cohen, R.M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 1361-1366.

Βιβλιογραφία για περαιτέρω μελέτη

- Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Καραδήμας, Ε.Χ. (2004). Διάσπαση προσοχής και αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων: από τον απρόσεκτο μαθητή ως τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.), *Προσαρμογή στο Σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* (σσ. 223-253). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Martinussen, R., Tannock, R., McInnes, A., & Chaban, P. (2009). *Διδασκαλία για επιτυχία: εγχειρίδιο εκπαιδευτικών για ΔΕΠ/Υ, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα* (επιμ. Α. Ρούσσου, Ε. Μπάρλου, & Γ. Κατσάνη). Αθήνα: ΕΨΥΠΕ/ Ελληνικά Γράμματα.
- Neuhaus, C. (1998). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του* (επιμ. Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μαρία Ζαφειροπούλου, Αργυρούλα Αγγελοσοπούλου

Εργαστήριο Εξελικτικής Ψυχολογίας και Ψυχοπαθολογίας
Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

A. Παιδική ηλικία και Ψυχοπαθολογία

Τα παιδιά είναι ένας πληθυσμός που βρίσκεται σε διαρκή πορεία αλλαγής. Μια μορφή συμπεριφοράς που σήμερα φαίνεται φυσιολογική μπορεί να μετατραπεί σε προβληματική, ενώ μπορεί να συμβεί και το αντίθετο, κάτι που τώρα φαίνεται προβληματικό μπορεί να αλλάξει λίγο αργότερα, κατά την εξελικτική πορεία του παιδιού (Herbert, 1993, 1994). Εξαιτίας του μεταβατικού χαρακτήρα των περισσότερων προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών η διάγνωση του άγχους θεωρείται δύσκολη κατά τη παιδική ηλικία (για παράδειγμα η έλλειψη συγκέντρωσης που συναντάται στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή εύκολα μπορεί να διαγνωστεί ως διαταραχή ελλειμματικής προσοχής) και χρειάζεται μια βαθειά κατανόηση και γνώση της ψυχοπαθολογίας προκειμένου η αξιολόγηση να είναι ουσιαστική και έγκυρη (Albano & Kendall, 2002). Αντιδράσεις άγχους ή φόβου εμφανίζονται στα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία, ξεκινώντας από τη νηπιακή και συνήθως προκαλούνται από κάτι που συμβαίνει στο περιβάλλον τους, όπως ένας δυνατός θόρυβος, η εμφάνιση ενός άγνωστου ανθρώπου, ένα έντονο φως (Elbedour et al., 1997; Silverman et al. 1995). Καθώς το παιδί εισέρχεται στη σχολική ηλικία οι φόβοι διευρύνονται και αναφέρονται στο σκοτάδι, σε μεταφυσικά όντα, σε συγκεκριμένα πρόσωπα και γεγονότα. Στη μέση παιδική ηλικία, μια από τις σημαντικότερες εξελικτικές δοκιμασίες στις οποίες υποβάλλονται τα παιδιά, το άγχος αποκτά πιο κοινωνικό χαρακτήρα. Έτσι πολλές ανησυχίες σχετίζονται με κοινωνικά γεγονότα, όπως ο φόβος για άγνωστους συνομηλίκους, το άγχος του παιδιού να πάει σε πάρτι, ο φόβος μήπως δε γίνει αποδεκτό από συνομηλίκους. Οι περισσότερες ανησυχίες των εφήβων αντιστοίχως αναφέρονται σε θέματα σχετικά με τη ταυτότητά τους ή την απομάκρυνσή τους από την οικογενειακή εστία. Το κριτήριο της ηλικίας φαίνεται να είναι ουσιώδες προκειμένου να χαρακτηριστεί μια μορφή συμπεριφοράς λειτουργική ή δυσλειτουργική.

Τα όρια επομένως μεταξύ του άγχους ως μιας φυσιολογικής αντίδρασης του οργανισμού και του άγχους ως ψυχικής διαταραχής χαρακτηρίζονται από εξαιρετική ρευστότητα στην εξελικτική πορεία ενός παιδιού. Τα διακριτά στοιχεία που λαμβάνονται υπόψη στο χαρακτηρισμό ενός φόβου ή μιας αντίδρασης ως «μη φυσιολογικής» είναι - εκτός από την ακαταλληλότητα της ηλικίας του παιδιού να βιώνει αυτούς τους φόβους - ο βαθμός του άγχους (η ένταση δηλαδή με την οποία βιώνει το παιδί τις ανησυχίες του και η οποία είναι δυσανάλογη προς την εκάστοτε συνθήκη), η δυσπροσαρμοστικότητά τους, καθώς και η εμμονή του παιδιού σε αυτούς. Όμοια, μια πρόσθετη

μεταβλητή διαφοροδιάγνωσης είναι ότι αυτές οι ανησυχίες ή οι φόβοι του παιδιού είναι πέρα από τον εκούσιο έλεγχο του και δεν είναι δυνατό να εξηγηθούν ή να αποδυναμωθούν με λογική σκέψη.

Τι είναι όμως αυτό που κάνει το φόβο να λοξοδρομεί της φυσιολογικής εξέλιξης και να εκτρέπεται σε διάφορες παθολογίες; Σύμφωνα με την αρχή της κοινωνικής μάθησης (Bandura, 1978) η ερμηνεία επικεντρώνεται στους τρόπους με τους οποίους ουδέτερα και αβλαβή ερεθίσματα προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις αποστροφής. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις προσδιορίζονται κυρίως από τις γνωστικές διεργασίες, οι οποίες βασίζονται στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και προκαθορίζουν ποια ερεθίσματα θα γίνουν αντικείμενο προσοχής και με ποιο τρόπο θα επηρεάσουν τη μελλοντική συμπεριφορά του παιδιού (Ζαφειροπούλου, 2004). Μια αρνητική συναισθηματική αντίδραση δύναται να αποκτηθεί μέσω παρατήρησης ή μέσω της μίμησης προτύπων. Από τη στιγμή που θα εγκαθιδρυθεί η δυσλειτουργική συμπεριφορά μπορεί να επεκταθεί μέσω της γενίκευσης των ερεθισμάτων. Το τελευταίο συστατικό στοιχείο είναι η ενίσχυση των αντιδράσεων που επιτρέπουν στο παιδί να αποφύγει τα εξαρτημένα απωθητικά ερεθίσματα.

B. Οι αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά

Εκτιμάται ότι οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να απαντηθούν σε ποσοστό άνω του 18% σε παιδιά 6-17 ετών (Costello & Angold, 1995). Στη πραγματικότητα το γενικευμένο άγχος είναι η επικρατέστερη διαταραχή που βιώνουν τα παιδιά (Albano, Chorpita & Barlow, 1996).

Το άγχος σχετίζεται με άλλες εσωτερικευμένες διαταραχές, όπως κατάθλιψη ή εμφανίζει συννοσηρότητα με εξωτερικευμένες διαταραχές, όπως ελλειμματική προσοχή ή εναντιωτική προκλητική διαταραχή (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Russo & Beidel, 1994). Επίσης το άγχος (και ιδιαίτερα η κοινωνική φοβία και η τελειομανία) σχετίζονται άμεσα με διαταραχές λήψης τροφής (παχυσαρκία, βουλιμία, ανορεξία) (Godart, Flament, Lecrubier, 2000).

Κλινική Εικόνα

Τα εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως το άγχος ή η κατάθλιψη συχνά υποτιμούνται λόγω της φύσης τους να παραμένουν «κρυφά». Τα παιδιά νιώθουν υποτιμητικά και ντρέπονται για το άγχος τους. Υποκρίνονται και παριστάνουν ότι είναι καλά (Kendall, 1994), αλλά τα σημάδια του άγχους είναι εκεί. Αυτός είναι και ένας λόγος που τα περισσότερα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία (Barret, 2005; Stallard, 2005).

Τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα και παραποιήσεις, οι οποίες σηματοδοτούν κατά βάση τον αρνητικό και αυτό-επικριτικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την πραγματικότητα (Kendall, 1993). Ο εντοπισμός των γνωστικών σκέψεων και παραποιήσεων είναι αναγκαίος στα παιδιά, προκειμένου να αποσαφηνισθούν οι βασικές επιδράσεις στην ανάπτυξή τους και να διευκολυνθεί η διαδικασία τόσο της διάγνωσης, όσο και της κατάλληλης θεραπείας. Συγκεκριμένα, σε συνθήκες άγχους, η κεντρική θεματική των γνωστικών σχημάτων του παιδιού «βλέπει» την εξωτερική πραγματικότητα ως επικίνδυνη και τον εαυτό ως ευάλωτο. (Barrett, Duffy, Rapee, Dadds, 2001). Ο αγχώδης μαθητής παραβλέπει άλλες παραμέτρους (όπως για παράδειγμα ότι η κατανόηση των ασκήσεων μπορεί να είναι θέμα περισσότερο αυτοσυγκέντρωσης και όχι εξυπνάδας) και αυθαίρετα και επιλεκτικά ερμηνεύει μια συνθήκη με τρόπο αρνητικό, αυτοεπικριτικό.

Τα αγχώδη παιδιά έχουν πολύ συχνά σκέψεις που σχετίζονται με το φόβο απειλής ή αξιολόγησης από τους άλλους (Kendall, 2005, 1994). Σύμφωνα με τον Kendall, η ερμηνεία επικεντρώνεται στη γνωστική αναπαράσταση του εαυτού και στη γνωστική αναπαράσταση των άλλων. Το σχήμα του εαυτού των αγχωτικών παιδιών περιέχει ένα υψηλό ποσοστό περιεχομένων που σχετίζονται με το άγχος. Στο σχήμα των άλλων τα παιδιά με άγχος επικεντρώνονται στις εν δυνάμει επιζήμιες κρίσεις ή αντιδράσεις των άλλων. Η προσοχή είναι υπερβολικά στραμμένη στον εαυτό και υπάρχει δυσκολία στη μετατόπιση της προσοχής σε μια πιο εξωτερική εστίαση (Hudson et al., 2004). Είναι επίσης δηλωτικό της σκέψης των παιδιών με εσωτερικευμένα προβλήματα ο τρόπος που αποδίδουν τα αίτια στα γεγονότα. Τρεις διαστάσεις εμπλέκονται στις αιτιώδεις αποδόσεις: αυτές είναι εσωτερικές («είναι εξαιτίας μου»), σταθερές («πάντα θα είμαι έτσι») και γενικευμένες («σε όλα είμαι έτσι»). Σε ανεξέλεγκτα εξωτερικά γεγονότα η ευθύνη αποδίδεται σε εσωτερικούς παράγοντες (στα χαρακτηριστικά του ίδιου του παιδιού) διατηρώντας μια αίσθηση αδυναμίας, απελπισίας και ματαιότητας (Cooper, 2003). Όταν τα γεγονότα είναι αρνητικά, ανεξέλεγκτα και επαναλαμβανόμενα, τείνουν να δημιουργούνται γνωστικά σχήματα αβοηθησίας. Αυτά τα αρνητικά γνωστικά σχήματα μορφοποιούν τις αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με τα τωρινά και τα μελλοντικά γεγονότα, επικεντρώνοντας τη προσοχή τους στα αρνητικά στοιχεία σύμφωνα με την απαισιόδοξη οπτική τους γωνία (Mugis, 2009). Καθώς τα παιδιά αναπτύσσουν

αρνητικά πρότυπα σκέψης και εμπλοκής με τον κόσμο και ένα σταθερό αρνητικό γνωστικό ύψος, αυξάνεται η πιθανότητα να αναπτύξουν κάποια αγχώδη διαταραχή.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή όπως προαναφέρθηκε είναι από τις συνηθέστερες στη παιδική ηλικία. Τα παιδιά που υποφέρουν από γενικευμένο άγχος αντιδρούν σε γεγονότα ή καθημερινές δραστηριότητες με υπερβολικό και ανεξέλεγκτο άγχος σε ένα πλήθος ερεθισμάτων (σχολική επίδοση, σχέσεις μεταξύ των συνομηλίκων, ασφάλεια και υγεία, κοινωνικά γεγονότα, φυσικές καταστροφές κ.α.). Το άγχος είναι χρόνιο και εκφράζεται με σωματικά συμπτώματα, ευερεθιστότητα, μυϊκή ένταση, δυσκολία συγκέντρωσης, προβλήματα ύπνου, εύκολη κόπωση. Για τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το κυρίαρχο γνωστικό σχήμα είναι πως «ό,τι δεν πάει καλά, είναι οδυνηρό» (σκέψεις καταστροφολογίας). Τα παιδιά αυτά είναι συνήθως τελειομανείς, έχουν δυσκολία στον αυτό-έλεγχο και τείνουν να κρύβουν το άγχος τους από τους γονείς και τους δασκάλους (Friedberg R. D. & McClure, 2002).

Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία στοχεύει στην εκμάθηση και εδραίωση δεξιοτήτων που βοηθούν τα παιδιά να διαχειρίζονται τις εκδηλώσεις άγχους, στην εκπαίδευση στη σύνδεση ανάμεσα στο τρόπο που σκέφτονται, στα συναισθήματα που νοιώθουν και στο τι κάνουν και στην εκπαίδευση σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα. Κύριες τεχνικές που εφαρμόζονται στο γενικευμένο άγχος είναι η μυοσκελετική χαλάρωση, η τεχνική επίλυσης προβλημάτων, η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και η αυτό-ενίσχυση (Henin, Warman & Kendall, 2002).

Ειδικές Φοβίες

Σύμφωνα με το DSM-IV το χαρακτηριστικό γνώρισμα των ειδικών φοβιών είναι ο υπερβολικός και παράλογος φόβος στην παρουσία ή την πρόβλεψη παρουσίας συγκεκριμένου αντικειμένου, ζώου ή κατάστασης. Το παιδί αποφεύγει συστηματικά συγκεκριμένες καταστάσεις και δεν επεξεργάζεται γνωστικά το φόβο του.

Στις ειδικές φοβίες ενδεικτική είναι η παρέμβαση μέσω συστηματικής απευαισθητοποίησης, η προοδευτική έκθεση στο φοβικό αντικείμενο και η μίμηση προτύπου, όπου το παιδί παρατηρεί ένα άλλο πρόσωπο να αλληλεπιδρά προσαρμοστικά με το φοβικό αντικείμενο (Friedberg R. D. & McClure, 2002).

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Το κεντρικό χαρακτηριστικό της διαταραχής άγχους αποχωρισμού είναι το υπερβολικό άγχος σχετικά με τον αποχωρισμό από τους ανθρώπους στους οποίους το παιδί είναι προσκολλημένο, συνήθως τους γονείς. Το κυρίαρχο γνωστικό σχήμα του παιδιού στη διαταραχή αποχωρισμού είναι ο φόβος μήπως πάθει κάτι κακό αυτός που το φροντίζει. Χαρακτηριστικά συμπτώματα στην ηλικία

μεταξύ 5 και 8 ετών είναι η υπερβολική ανησυχία, η δυσκολία να κοιμηθεί μόνο του, η άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο ή σε άλλες δραστηριότητες, χωρίς τους γονείς και οι εφιάλτες με θέμα τον αποχωρισμό (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Στα παιδιά ηλικίας 9 έως 12 ετών το άγχος εμφανίζεται με τη μορφή δυσφορίας κατά τον αποχωρισμό (Albano, Chopita & Barlow, 1996).

Στην αντιμετώπιση του άγχους αποχωρισμού αποτελεσματικές στρατηγικές είναι η συστηματική απευαισθητοποίηση, οι στρατηγικές χαλάρωσης και η μίμηση προτύπου (κυρίως όταν το παιδί βλέπει κάποιον άλλο να αντιμετωπίζει το φόβο του). Επίσης βοηθητική έχει αποδειχθεί ότι είναι – με την ενεργό πάντοτε συμμετοχή των γονέων - η ενίσχυση και η επιβράβευση του παιδιού κάθε φορά που καταφέρνει να αποχωριστεί τους γονείς ή να κάνει κάτι μόνο του, ανεξάρτητα, χωρίς αποφευκτικές συμπεριφορές (Matis & Pincus, 2004).

Διαταραχή Πανικού

Χαρακτηριστικό στη διαταραχή πανικού είναι ο ξαφνικός φόβος και δυσφορία για κάτι απρόοπτο και εκφράζεται με σωματικά συμπτώματα: εφίδρωση, τρόμος, ταχυκαρδία, ναυτία, αστάθεια, ρίγη, ασφυξία (τα επεισόδια πανικού πρέπει να περιλαμβάνουν τουλάχιστον 4 συμπτώματα) (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Η κεντρική θεματική του πανικού είναι η αίσθηση απώλειας του ελέγχου («θα χάσω τον έλεγχο, θα πάθω κάτι, θα τρελαθώ») και συναντάται περισσότερο στην προεφηβεία και την εφηβεία.

Μετατραυματικό Στρες

Στη διαταραχή μετατραυματικού στρες το κυρίαρχο γνωστικό σχήμα είναι η αποφυγή επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά μετά από έκθεση σε τραυματικά γεγονότα ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία. Τα μικρά παιδιά μπορεί να παλινδρομήσουν σε προηγούμενα στάδια, για παράδειγμα να πιπιλούν το δάχτυλό τους, να κλαίνε συχνά, να παρουσιάσουν μειωμένο έλεγχο των σφιγκτήρων, ενώ μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να παραπονιούνται για σωματικούς πόνους, να είναι πιο οξύθυμα, να διαπληκτίζονται με ομηλικούς ή να αποσύρονται (Perrin, Smith & Yule, 2004). Επίσης οι νυχτερινοί εφιάλτες και τα προβλήματα στη πρόσληψη της τροφής είναι συχνά στη συγκεκριμένη διαταραχή (Cohen et al., 2004).

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης επειδή το παιδί που έχει ζήσει ή υπήρξε μάρτυρας τραυματικών γεγονότων τείνει να υπεργενικεύει, είναι σημαντικό η τροποποίηση των γνωστικών διαστρεβλώσεων και η γνωστική αναδόμηση να είναι άρτια και καλά εδραιωμένη. Ενδεδειγμένη θεωρείται μετά από έρευνες ότι είναι η χρήση νοερών εικόνων τόσο ως προς τη

διαχείριση των συναισθημάτων του παιδιού, όσο και ως προς την επανανοηματοδότηση του ίδιου του γεγονότος (Perrin, Smith & Yule, 2004).

Κοινωνική Φοβία

Στη κοινωνική φοβία παρατηρείται ένας έντονος φόβος σε κοινωνικές καταστάσεις. Η κύρια ανησυχία μήπως το παιδί εκτεθεί σε μια συνθήκη, όπου θα βιώσει αμηχανία και σύγχυση. Συχνά το παιδί αρνείται να παίξει με τους φίλους του, να πάει στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες, παρουσιάζει χαμηλή σχολική επίδοση και υιοθετεί συμπεριφορές απόσυρσης (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Η έναρξη της διαταραχής ανάγεται περισσότερο στην όψιμη παιδική ηλικία.

ΙδεοΨυχαναγκαστική Διαταραχή

Αναφέρεται σε επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες ή καταναγκασμούς με τη μορφή τελετουργίας, οι οποίες δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργικότητα του παιδιού. Δεν αποτελεί μια διαταραχή που συναντάται συχνά στο παιδικό πληθυσμό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι ασυνήθιστο για ένα παιδί να υιοθετεί τελετουργική συμπεριφορά. Σε παιδιά 6-8 ετών τα καταναγκαστικά τελετουργικά εμφανίζονται χωρίς ψυχαναγκασμούς, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να συνυπάρχουν. Ο πυρήνας των δυσλειτουργικών γνωσίων συγκεντρώνεται σε ένα μηχανισμό: «θα συμβεί αυτό το κακό επειδή έκανα αυτή τη σκέψη. (μαγική σκέψη). Αν εκτελέσω αυτό το τελετουργικό αντισταθμίζω το υποτιθέμενο κακό και μειώνω το άγχος μου. τίποτα κακό δε θα συμβεί». Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάζει συννοσηρότητα με τις διασπαστικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο ελλειμματική προσοχής-υπερκινητικότητας, αλλά και άλλες αγχώδεις διαταραχές (Kovacs & Devlin, 1998).

Θεραπευτικά η έκθεση είναι η πιο ενδεδειγμένη συμπεριφοριστική τεχνική που εφαρμόζεται για τη συγκεκριμένη διαταραχή, αλλά και η εκπαίδευση στον εσωτερικό μονόλογο (Barrett, Healey-Farrell, March, 2004).

Γ. Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Κατά την προηγούμενη δεκαετία είδαν το φως της δημοσιότητας μια σειρά από πειραματικές έρευνες στις οποίες αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των παιδιών. Οι περισσότερες αφορούν στην αξιολόγηση της Γνωστικής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ) και η πλειοψηφία τους έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία είναι αποτελεσματική σε ένα μεγάλο εύρος ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων του άγχους (Kendall et al., 1997), της κατάθλιψης (March et al., 2004), της ιδεο-ψυχαναγκαστικής διαταραχής (Barrett et al., 2004) και της μετατραυματικής διαταραχής άγχους (Cohen et al., 2004). Τα

αποτελέσματα αυτών των μεμονωμένων ερευνών έχουν συμπεριληφθεί σε μετα-αναλύσεις στις οποίες επιβεβαιώνουν την άποψη ότι η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι η πλέον αποτελεσματική παρέμβαση, ιδιαίτερα για συναισθηματικές διαταραχές (Cartwright-Hatton et al., 2004; Compton et al. , 2004).

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην απόκτηση και ενίσχυση των δεξιοτήτων σε τρεις βασικές περιοχές:

- **Γνωστική:** Ο στόχος εδώ είναι να βοηθήσει τα παιδιά να αποκτήσουν περισσότερη επίγνωση των αυξημένων γνωσιών που βρίσκονται πίσω από το άγχος τους και να τις αντικαταστήσουν με περισσότερο βοηθητικές και ισορροπημένες σκέψεις. Μέσα από αυτή τη διαδικασία τα παιδιά βοηθούνται να αποκτήσουν επίγνωση της αυξημένης τάσης που υπάρχει στα αγχώδη παιδιά να εστιάζουν περισσότερο την προσοχή τους στα απειλητικά ερεθίσματα και να εκλαμβάνουν τον εαυτό τους σε μεγαλύτερο βαθμό αδύναμο να διαχειριστεί τις καταστάσεις. Στη θέση όλων αυτών, τα παιδιά βοηθούνται να αντικαθιστούν αυτούς τους μη βοηθητικούς και αποδυναμωτικούς τρόπους σκέψεις με άλλους περισσότερο θετικούς και βοηθητικούς.
- **Φυσιολογική / Σωματική:** Τα παιδιά βοηθούνται να κατανοήσουν το φυσιολογικό μηχανισμό αντίδρασης του άγχους και τον δικό τους μοναδικό τρόπο φυσιολογικής αντίδρασης στις στρεσογόνες καταστάσεις. Αυτό βοηθά τα παιδιά να ανιχνεύουν τις πρώιμες ενδείξεις του άγχους, έτσι ώστε να μπορούν να επέμβουν προκειμένου να διαχειριστούν και να μειώσουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα. Ενθαρρύνονται ακόμα στο να πειραματιστούν και να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία από διάφορες τεχνικές που θα τα βοηθούν στο να χαλαρώνουν.
- **Συμπεριφορική:** Το τελευταίο συστατικό του προγράμματος έχει ως στόχο την τάση που υπάρχει στα αγχώδη παιδιά να αποφεύγουν τις στρεσογόνες ή τις δύσκολες καταστάσεις. Στη θέση αυτής, τα παιδιά διδάσκονται τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και τη χρήση της βαθμιαίας έκθεσης, ώστε συστηματικά να έρθουν αντιμέτωπα με τις ανησυχίες τους και να τις ξεπεράσουν.

Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Στρατηγικές στη Διαχείριση του Άγχους

Παραπάνω αναφέρθηκαν ποιές στρατηγικές εφαρμόζονται – και φαίνεται ότι λειτουργούν - για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αγχώδων διαταραχών. Οι βασικές θεραπευτικές στρατηγικές είναι:

Αυτό-παρατήρηση

Η αυτοπαρατήρηση αφορά τον εντοπισμό και την παρακολούθηση σκέψεων (μέσα από καρτούν, σύννεφα σκέψης ή μέσα από παραδείγματα άλλων παιδιών). Το παιδί μαθαίνει να εντοπίζει τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις του, αλλά και τις συνήθεις γνωστικές διαστρεβλώσεις.

Ακολουθώς, το παιδί εκπαιδεύεται στην αναγνώριση των συναισθημάτων του και των σωματικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν τους φόβους και τις αρνητικές σκέψεις του (Allen & Rapee, 2005; Muris et al., 2009). Για παράδειγμα στην διερεύνηση κάθε συναισθήματος (π.χ. φόβος) το παιδί καλείται να αναγνωρίσει φυσιολογικά συμπτώματα (π.χ. ταχυκαρδία, ναυτία) που συνοδεύουν το σχετικό συναίσθημα. Το παιδί καταλαβαίνει ότι το περιεχόμενο των σκέψεών του επιδρά στη συναισθηματική του κατάσταση και καθορίζει τη συμπεριφορά του. Κάνοντας λοιπόν τη σύνδεση μεταξύ σκέψεων και συναισθημάτων και με ποιο τρόπο αυτά εκφράζονται μέσα από τη συμπεριφορά του, μαθαίνει να ελέγχει τις αρνητικές σκέψεις και να αναγνωρίζει τις αντιδράσεις του κάτω από συνθήκες άγχους (Stallard et al., 2005; Kendall et al., 1997).

Συστηματική απευαισθητοποίηση

Η συστηματική απευαισθητοποίηση περιλαμβάνει την αντικατάσταση της αγχώδους αντίδρασης με ταυτόχρονη δραστηριότητα ανταγωνιστική του άγχους, όπως είναι η χαλάρωση. Η διαδικασία αυτή απαιτεί τη δημιουργία ενός καταλόγου με ιεραρχημένες τις αγχογόνες καταστάσεις (από το λιγότερο έντονο στο πιο φοβικό ερέθισμα), όπου το παιδί αφού χαλαρώσει, καθοδηγείται να φανταστεί κάθε ιεραρχικό επίπεδο στο κατάλογο (King et al., 1988). Όταν οι πρακτικές συνθήκες το επιτρέπουν, η διαδικασία μπορεί να ακολουθηθεί χρησιμοποιώντας το πραγματικό φοβικό αντικείμενο, όπως για παράδειγμα ένα σκύλο (in vivo απευαισθητοποίηση).

Μάθηση μέσω προτύπου

Η τεχνική αυτή αφορά τη παρατήρηση ενός μοντέλου το οποίο δέχεται θετική ενίσχυση, ενώ αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το άγχος του για μια συγκεκριμένη κατάσταση (Ζαφειροπούλου, 2000). Η μίμηση προτύπων χρησιμοποιείται με διάφορες παραλλαγές. Άλλες φορές το πρότυπο είναι ζωντανό ή βρίσκεται σε εικονική αναπαράσταση ή σε συμβολική μορφή. Το πρότυπο μπορεί να είναι ένα άτομο ή πολλά άτομα που κάνουν επίδειξη. Άλλοτε δίνεται έμφαση στην παρατήρηση του προτύπου κι άλλοτε στην εκτέλεση της πρότυπης συμπεριφοράς. Το παιδί εξασκείται από τον εμπνευστή για τον τρόπο εκτέλεσης της συμπεριφοράς. Αλλά και μόνο του, όταν του δίνεται μια αποστολή σαν ανάθεση εργασίας για το σπίτι (Friedberg & McClure, 2002).

Διαχείριση των συνθηκών

Βασίζεται στην ενίσχυση του παιδιού κατά τη διάρκεια της έκθεσής του στο αγχογόνο ερέθισμα με στόχο τη μείωση της συχνότητας της αντίδρασης αποφυγής και την αντίστοιχη αύξηση της

συχνότητας της φυσιολογικής αντίδρασης απέναντι σε αυτό. Με τη τεχνική αυτή το παιδί δέχεται συγκεκριμένη και από πριν προσδιορισμένη ενίσχυση κάθε φορά που έρχεται αντιμέτωπο με το αγχογόνο ερέθισμα (King et al., 1988). Η τεχνική διαχείρισης των συνθηκών, όπως οι περισσότερες τεχνικές ενίσχυσης χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με συμπεριφοριστικές, αλλά και γνωσιακές τεχνικές.

Επίλυση προβλημάτων

Το παιδί με τη συνεργασία με το θεραπευτή διερευνούν τρόπους προσαρμογής σε αγχογόνες και δυσφορικές συνθήκες με σκοπό να ανταπεξέλθει σε νέες προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Μια τεχνική επίλυσης προβλημάτων είναι αυτή των πέντε βημάτων: το παιδί καλείται να προσδιορίσει με ακρίβεια το πρόβλημα, να βρει εναλλακτικές λύσεις, να τις εξετάσει ως προς τις συνέπειες, να επιλέξει τη καλύτερη δυνατή και να αξιολογήσει το αποτέλεσμα (για παράδειγμα, λύθηκε το πρόβλημα ακολουθώντας αυτή την εναλλακτική;) και να επιβραβεύσει τον εαυτό του. Άλλες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων δίνονται μέσα από ιστορίες που περιέχουν ένα δίλημμα, όπου το παιδί συγκρίνει τις στρατηγικές επίλυσης ή η εξέταση ενός θέματος από την οπτική των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων (τι κερδίζει και τι χάνει με κάθε τακτική που ερευνά) (Hudson et al., 2004; Friedberg & McClure, 2002).

Παιχνίδι ρόλων

Η τεχνική μοιάζει με έναν πειραματισμό, σαν μια άσκηση του τύπου «ας υποθέσουμε ότι...» ή «τι θα έχανες αν...». Στόχος είναι να αυξηθεί το ενδιαφέρον, το θάρρος του παιδιού και να μειωθεί το αίσθημα του φόβου και της απειλής από την εκτέλεση ενός έργου. Βασικές προϋποθέσεις για την επιλογή του ρόλου είναι: να είναι τέτοιος που να περιστρέφεται γύρω από τις βασικές δυσλειτουργικές σκέψεις του παιδιού, να ταιριάζει στην πραγματικότητα ώστε να μοιάζει σαν ένα φυσικό ρόλο και να μην φαίνεται τεχνητός ή επίπλαστος (Allen & Rapee, 2005).

Θετικός εσωτερικός μονόλογος

Το παιδί καταρτίζει ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα με δραστηριότητες που βοηθούν το θετικό εσωτερικό μονόλογο του παιδιού, ακόμη και όταν βρίσκεται σε ένταση ή νιώθει θλίψη. Παιδιά με άγχος παραπονιούνται συχνά ότι δεν παίρνουν ικανοποίηση από τις δραστηριότητές τους. Τέτοιες τεχνικές τα βοηθούν να επαναπροσδιορίσουν το βαθμό ικανοποίησης, αλλά και να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τα γεγονότα (Friedberg & McClure, 2002).

Διεκδικητική συμπεριφορά

Η εκπαίδευση στη διεκδικητική-παρρησιακή συμπεριφορά στοχεύει να βοηθήσει το παιδί να αναγνωρίζει και να ικανοποιεί τις ανάγκες του, να υποστηρίζει τα δικαιώματά του, να μπορεί να εκφράζει τη γνώμη του, καθώς και ένα μεγάλο φάσμα συναισθημάτων, χωρίς όλα αυτά να τα παραγνωρίζει στους άλλους.

Αυτό-ενίσχυση

Το παιδί αξιολογεί τη συμπεριφορά του και ενισχύει τον εαυτό του με το κατάλληλο τρόπο. Τα παιδιά με υψηλά ποσοστά άγχους τείνουν να είναι επικριτικά και ανήσυχα για τις επιδόσεις τους, γι' αυτό οι δεξιότητες ενδυνάμωσης και επιβράβευσης διδάσκουν στο παιδί να εκτιμά και να ενισχύει σωστά τη προσπάθειά του (Cartwright-Hatton et al., 2004; Allen & Rapee, 2005).

Κάθε παιδί μπορεί να ωφεληθεί από τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία με την προϋπόθεση ότι ο θεραπευτής:

α. είναι σε θέση να προσαρμόσει το παρεμβατικό του πρόγραμμα στο προσωπικό γνωστικό ύψος του παιδιού (Ζαφειροπούλου, 2004).

β. οι στόχοι και η διαδικασία που ακολουθείται κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος να είναι προσαρμοσμένα και να ακολουθούν τους ρυθμούς του παιδιού, οι οποίοι είναι συνάρτηση της ηλικίας και του γνωστικού του επιπέδου (Καλαντζή-Αζίζι, 1999; Ronen, 2003).

Δ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρακάτω ακολουθεί η μελέτη ενός περιστατικού φοβίας για τους κεραυνούς μιας μικρής μαθήτριας, για την αντιμετώπιση της οποίας επιστρατεύθηκαν αρκετά στοιχεία από τις τεχνικές που περιγράφηκαν προηγουμένως.

Ιστορικό και αξιολόγηση του προβλήματος.

Η μικρή μαθήτρια Κ.Γ. ήρθε με τους γονείς της με αίτημα την απαλλαγή της από τον υπερβολικό φόβο που είχε για τις καταιγίδες και τους κεραυνούς. Ήταν ηλικίας οκτώ ετών και φοιτούσε στη Δευτέρα τάξη του δημοτικού. Η Κ.Γ. είχε ένα αδελφό δύο χρόνια μικρότερό της. Ο τόπος καταγωγής και μόνιμης κατοικίας της ήταν ένα χωριό της Θεσσαλίας, όχι πολύ μακριά από το Βόλο. Εκεί ήταν και το σχολείο της.

Το πρόβλημά της είχε αρχίσει από τη προηγούμενη σχολική χρονιά, όταν –μαθήτρια τότε της Α΄ Δημοτικού- καθώς επέστρεφε από το σχολείο παρέα με άλλα παιδιά, ξέσπασε έντονη καταιγίδα με βροντές και αστραπές. Τα περισσότερα παιδιά άρχισαν να τρέχουν στα χωράφια για να φτάσουν όσο το δυνατό συντομότερα στα σπίτια τους. Το ίδιο έκανε και η Κ.Γ., που έμεινε όμως

λίγο πιο πίσω μη μπορώντας να τα προλάβει. Από τότε, όπως περιέγραψε η μητέρα της και μέρα με τη μέρα η Κ.Γ. έδειχνε να προβληματίζεται για το τι καιρό θα κάνει την επόμενη μέρα που θα πάει σχολείο.

Στην αρχή η μητέρα της την καθυσχάζε και την έπειθε να μη σκέφτεται τον καιρό. Με την έναρξη όμως της νέας σχολικής χρονιάς και με το φθινόπωρο να μπαίνει για τα καλά η Κ.Γ. κάθε πρωί μόλις ξυπνούσε πήγαινε στο παράθυρο. Αν έβλεπε έστω κι ένα σύννεφο στον ουρανό αρνιόταν να βγει έξω. Οι πιέσεις της μητέρας της οδηγούσαν σε κλάματα, ενώ η επέμβαση του πατέρα που ήταν και πιο αυστηρός χειροτέρευαν τη κατάσταση. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η Κ.Γ. να κάνει συχνές απουσίες και να χάνει μαθήματα. Η επίδοσή της στο σχολείο άρχισε να γίνεται προβληματική «ενώ ήταν καλή μαθήτρια, φιλότιμο και πρόθυμο παιδί», όπως την περιγράφουν οι γονείς. Ξεκίνησε να κάνει μαθήματα στο σπίτι για να καλύπτει τα κενά της. Όμως η Κ.Γ. δεν ήταν καθόλου ευχαριστημένη με αυτή τη κατάσταση. Ήθελε να πηγαίνει στο σχολείο και στενοχωριόταν που δεν ήταν με τις φίλες της κάθε φορά που είχε έστω και υποψία συννεφιάς. Και δεν ήταν μόνο αυτό. Κάθε που ο καιρός έδειχνε πως θα βρέξει η Κ.Γ. ήθελε όλα τα παράθυρα του σπιτιού να είναι ερμητικά κλειστά.

Η Κ.Γ. ήταν ένα χαμογελαστό κορίτσι που φαινόταν ότι είχε έρθει με τη θέλησή της για να απαλλαγεί από το πρόβλημα που τη βασάνιζε. Απαντούσε πρόθυμα στις ερωτήσεις αν και ήταν αρκετά ντροπαλή και ήθελε να είναι κοντά στη μητέρα της που την κοίταζε πάντοτε όταν μιλούσε. Η μητέρα έδειχνε φανερά τον υπερπροστατευτισμό της, αν και προσπαθούσε να είναι ψύχραιμη, θεωρώντας τη κόρη της πολύ αδύναμη εξαιτίας της φοβίας της. Ο πατέρας από την άλλη, έδειχνε να έχει κουραστεί «από τα μωρουδίστικα καμώματα της κόρης του» και είχε την απαίτηση από αυτή να συμπεριφέρεται «σαν μεγάλη κοπέλα πια».

Η αποφασιστικότητα της Κ.Γ. να απαλλαγεί από το φόβο της επιβεβαιώθηκε και στη δεύτερη συνεδρία που πραγματοποιήθηκε χωρίς τη παρουσία των γονιών της. Στόχος της συνεδρίας αυτής ήταν να ενισχυθεί η συμμαχία με τη θεραπεύτρια. Η Κ.Γ. ήταν πολύ συνεργάσιμη, ένα κορίτσι ώριμο, δραστήριο και χαρούμενο που φάνηκε ότι θα προσπαθήσει βάζοντας τα δυνατά της. Στο τέλος της συνάντησης συμφωνήθηκε για τις επόμενες δεκαπέντε μέρες να κρατάει ένα λεπτομερές ημερολόγιο για τους φόβους της. Της ζητήθηκε να καταγράφει κάθε μέρα αν αισθάνθηκε φόβο, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ένιωσε φόβο και τέλος να αξιολογήσει τον φόβο της βαθμολογώντας τον από το 0 (καθόλου) έως το 10 (πάρα πολύ). Παράλληλα ζητήθηκε και από τους γονείς να καταγράφουν καθημερινά τις συγκεκριμένες συμπεριφορές της Κ.Γ. που θεωρούν προβληματικές.

Μετά από δεκαπέντε ημέρες αυτοπαρατήρησης και καταγραφής πραγματοποιήθηκε η τρίτη συνεδρία με τη παρουσία και των τριών μελών της οικογένειας. Στόχος της τρίτης συνεδρίας ήταν η ανάλυση των ημερολογίων και η αξιολόγηση της σοβαρότητας του προβλήματος λίγο πριν τη παρέμβαση.

Από το ημερολόγιο της Κ.Γ. φάνηκε ότι ο φόβος της δεν την εγκατέλειψε σχεδόν καμία μέρα. Από το ημερολόγιο των γονιών της φάνηκε ότι η Κ.Γ. απέφυγε σχεδόν εντελώς να βγαίνει

από το σπίτι μόνη της, με αποτέλεσμα να μη παίζει καθόλου έξω από την οικία της, να μη συναντά τις φίλες της και να είναι συνεχώς προσκολλημένη στη μητέρα της. Διαπιστώθηκε ακόμη ότι η Κ.Γ. ήταν ευερέθιστη και χωρίς πολλές πρωτοβουλίες. Περίμενε από τη μητέρα της να κάνει πράγματα που άλλοτε τα έκανε ή ίδια με ευχαρίστηση ή στη καλύτερη περίπτωση χρειαζόταν να την παρακινήσει η μητέρα της να κάνει κάτι. Από το ίδιο ημερολόγιο φάνηκαν και οι αρκετά έντονες διαφωνίες μεταξύ των γονιών για την αντιμετώπιση της κόρης τους και του προβλήματος της, με τη μητέρα να θεωρεί ότι η Κ.Γ. χρειάζεται την προστασία και τη συνεχή παρουσία της και τον πατέρα να κάνει ακριβώς το αντίθετο και μάλιστα με αυταρχικό τρόπο.

Με βάση το αρχικό αίτημα και τα στοιχεία που συλλέχθηκαν στις πρώτες τρεις συνεδρίες έχει διαμορφωθεί σε μεγάλο βαθμό η εικόνα του προβλήματος. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος, οι φόβοι στη παιδική ηλικία είναι συνηθισμένοι και αναμενόμενοι, συχνά μάλιστα αποτελούν μέρος της φυσιολογικής εξελικτικής πορείας. Ωστόσο τι συμβαίνει με τη συγκεκριμένη περίπτωση της Κ.Γ.; Δύναται ο φόβος της να εκτιμηθεί ως κομμάτι της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας της ή χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση;

Από τα διαθέσιμα στοιχεία ο φόβος της δε φαινόταν να έχει εξελικτικό χαρακτήρα. Δεν ήταν κοινός, φυσιολογικός, ούτε και τόσο συνηθισμένος για την ηλικία της. Αντίθετα ήταν ένα δυσλειτουργικό συναίσθημα που χειροτέρευε και διευρυνόταν οδηγώντας της σε συμπεριφορές αποφυγής. Επίσης η αδυναμία των γονιών της να τη βοηθήσουν είχε ουσιαστικά συμβάλει στη δημιουργία μιας γενικευμένης αδυναμίας και εξάρτησης. Ήταν προφανές ότι η Κ.Γ. διέτρεχε το κίνδυνο να εκδηλώσει περαιτέρω γενίκευση του άγχους της και ακόμη σοβαρότερες συμπεριφορές αποφυγής. Η πρόβλεψη της θεραπεύτριας κατά συνέπεια ήταν ότι ο φόβος της Κ.Γ. θα επέμενε εάν δεν εφαρμοζόταν η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Οι φόβοι της τη καθιστούσαν δυσλειτουργική τόσο σε προσωπικό όσο και σε επίπεδο λειτουργίας της οικογένειας, περιορίζοντας τις δραστηριότητές της.

Οι Στόχοι της παρέμβασης.

Βασικός στόχος είναι η εξάλειψη του άγχους και του φόβου της Κ.Γ. Πρόκειται για μια περίπτωση υπερελεγχόμενης συμπεριφοράς που αναφέρεται στο φόβο απώλειας του ελέγχου, στο υπερβολικό άγχος και σε φόβους και φοβίες που οδηγούν σε συμπεριφορές αποφυγής κοινωνικών επαφών και σταδιακή απόσυρση. Για τη Κ.Γ., που εξελικτικά διένυε μια φάση που απαιτεί την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων για προσαρμογή σε καινούργιους κοινωνικούς και ακαδημαϊκούς ρόλους, η φοβία και η συμπεριφορά αποφυγής θα είχε καταλυτικό χαρακτήρα για τη φυσιολογική της ανάπτυξη. Η Κ.Γ. επομένως χρειαζόταν να αποκτήσει δεξιότητες που θα τη βοηθούσαν να ξεπεράσει τους φόβους της να αλλάξει τη συμπεριφορά της, καθώς και τα συναισθήματα και τον τρόπο σκέψης της, ώστε να συνεχίσει να ζει και να αναπτύσσεται όπως και τα άλλα παιδιά της ηλικίας της. Συνεπώς η θεραπευτική παρέμβαση θα έπρεπε να σχεδιαστεί ώστε να έχει τον ανάλογο προσανατολισμό.

Η θεραπεία.

Ακολουθήθηκε ατομική θεραπεία έκθεσης στο φοβικό αντικείμενο (Βροχή) με στόχο την εξάλειψη της συμπεριφοράς αποφυγής και την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου φόβου. Οι ασκήσεις έκθεσης ήταν άμεσες (in vivo). Έμμεσες τεχνικές, όπως το διάβασμα σχετικών ιστοριών, η ζωγραφική, η διαχείριση μέσω νοερών εικόνων στόχευαν στη τροποποίηση των σκέψεων και συναισθημάτων της Κ.Γ.

Συγκεκριμένα το πρώτο μέρος της θεραπείας αφιερώθηκε στο να γνωρίσει η Κ.Γ. το φυσικό φαινόμενο με στόχο τον επαναπροσδιορισμό του τρόπου σκέψης της σχετικά με τη βροχή, τις καταιγίδες και τις αστραπές. Ξεκινήσαμε από τις γνώσεις που ήδη είχε από το σχολείο και από εξωσχολικά βιβλία και συνεχίσαμε με παρατήρηση στο φυσικό περιβάλλον. Στη φάση αυτή άρχισε ουσιαστικά και η συστηματική, σταδιακή έκθεση της Κ.Γ. στο φοβικό της αντικείμενο με το πρόσθετο έργο να παρατηρεί και να αναλύει τα συναισθήματά της κατά τη διάρκεια της έκθεσης (για παράδειγμα κατά πόσο τα συναισθήματά της ανταποκρίνονταν στη σοβαρότητα της κατάστασης, αν θα μπορούσαν να είναι διαφορετικά, τι αλλαγές παρατηρεί). Για να ενισχυθεί η ικανότητά της να εστιάζει τη προσοχή της στον εαυτό και τα συναισθήματά της και για να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίζει το άγχος της κάθε φορά, η Κ.Γ. εκπαιδεύτηκε σε ασκήσεις χαλάρωσης.

Οι πρώτες συνεδρίες έγιναν κάτω από ήπιες καιρικές συνθήκες. Βασική επιδίωξη ήταν οι συναντήσεις να γίνονται με καιρικές συνθήκες σταδιακά επιδεινούμενες, κυρίως μέρες που ο καιρός ήταν συννεφιασμένος ή βροχερός. Η θεραπεύτρια ενθάρρυνε τη Κ.Γ. να εκφράζει διαρκώς τις σκέψεις και τα συναισθήματά της, να περιγράφει τι θα έβλεπε κάτω στη γη αν ταξίδευε σκαρφαλωμένη σ'ένα από τα σύννεφα που σκεπάζουν τον ουρανό, να φανταστεί ότι ταξιδεύει με αεροπλάνο που μπαίνει και βγαίνει μέσα από τα σύννεφα και ταυτόχρονα να περιγράφει την εμπειρία της. Η Κ.Γ. μαζί με τη θεραπεύτρια άκουσαν CD με τους ήχους του αέρα, της δυνατής βροχής, των κεραυνών, αναζήτησε παιδικά κινηματογραφικά έργα που είχαν σκηνές με έντονα καιρικά φαινόμενα (Παίρν Πόπινς, Πήτερ Παν, Το νησί των Θησαυρών, Μόνος στο Σπίτι) παρατηρώντας τα συναισθήματα των ηθοποιών σε σχέση με τα καιρικά φαινόμενα (για παράδειγμα πόσο διασκεδαστικό για τη Μαίρν Πόπινς να πετάει με το δυνατό άνεμο) και συζητώντας τα δικά της συναισθήματα για τις σκηνές αυτές. Οργανώθηκε επίσης ένα πείραμα κατά τη διάρκεια του οποίου δημιουργήθηκε ηλεκτρική εκκένωση για να γίνει περισσότερο κατανοητό το φαινόμενο του κεραυνού. Συζητήθηκε η επικινδυνότητα του φαινομένου και τα μέτρα προφύλαξης.

Με τη διαδικασία της γνωσιακής αναδόμησης παρατηρήθηκε η έντονη εξοικείωση της Κ.Γ. με το φαινόμενο για το οποίο δεν ήθελε ούτε να μιλάει. Μπορούσε να αναγνωρίζει το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε άσχημο να περπατά κανείς στη βροχή. Εξακολουθούσε να φοβάται το φαινόμενο, αλλά το έβλεπε τώρα διαφορετικά.

Στο δεύτερο μέρος η Κ.Γ. έπρεπε να κατανοήσει τη σύνδεση μεταξύ των σκέψεων που έκανε για τις καταιγίδες, των συναισθημάτων της γι' αυτές και τις συμπεριφορές που τις ακολουθούσαν. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να αντιληφθεί ότι εάν αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται για τις καταιγίδες θα μπορούσε να αλλάξει και τον τρόπο που αισθάνεται γι' αυτές, άρα και να ελέγξει τους φόβους της. Για να βοηθηθεί η Κ.Γ. να κάνει τη σύνδεση χρησιμοποιήθηκαν πολλά παραδείγματα και σενάρια, όπως τι θα συνέβαινε, ποια θα ήταν τα συναισθήματά της και τι θα έκανε αν μπορούσε να πει στον εαυτό της ότι ο χειμώνας είναι μια όμορφη εποχή ή ότι η βροχή είναι πολύ χρήσιμη για τη φύση ή ότι η καταιγίδα δεν είναι επικίνδυνη. Μέρος της άσκησης υπήρξε και η καταγραφή από τη Κ.Γ. των περιπτώσεων που μπόρεσε να αλλάξει τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις της, η βαθμολόγηση του φόβου της αντιστοίχως και η αναγνώριση και εντόπιση των σωματικών επιπτώσεων του φόβου της (σφίξιμο στο στομάχι).

Η εστίαση της προσοχής και η αυξημένη ευαισθησία των φοβικών παιδιών σε εσωτερικά σήματα, τα βοηθά να καταλάβουν τον εαυτό τους, να τον δεχτούν, να μάθουν τον τρόπο που αντιδρούν και έτσι να αυξήσουν την ικανότητά τους για αλλαγή, για αυτοέλεγχο και να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση.

Η συμβολή της οικογένειας.

Οι ατομικές συνεδρίες με τη Κ.Γ. καθώς και η συμβουλευτική παρέμβαση στους γονείς γρήγορα έφεραν αποτελέσματα στη συμπεριφορά της, η οποία έγινε περισσότερο ανεξάρτητη και αυτάρκης ενώ άρχισαν να μειώνονται και οι φόβοι της. Σε αυτό συνέβαλε και όλη η οικογένεια με την οποία η θεραπεύτρια ερχόταν σε επαφή κάθε εβδομάδα, καθ' όλη τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών με τη Κ.Γ. Στις συνεδρίες αυτές η Κ.Γ. ενημέρωνε την οικογένεια για τη πορεία της θεραπείας το συγκεκριμένο μήνα, με λεπτομέρεια. Το μεγαλύτερο μέρος της πορείας αυτής ήταν βέβαια γνωστό σε αυτούς, καθώς στήριζαν και συμμετείχαν σε πολλές δραστηριότητες της Κ.Γ. Ήταν ωστόσο σημαντική αυτή η αναδρομή διότι διευκόλυνε την αξιολόγηση που θα ακολουθούσε και θα εδραίωνε τη συνεργασία των μελών στην επόμενη φάση.

Στη συνέχεια γινόταν η συζήτηση στην οποία ελάμβαναν μέρος όλα τα μέλη της οικογένειας σχετικά με τις επιτυχίες και τις δυσκολίες που αντιμετώπισε η Κ.Γ. Είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι το κάθε μέλος έπρεπε να σχολιάσει και να πει την άποψή του πρώτα από τη δική του σκοπιά και στη συνέχεια από τη σκοπιά κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας. Η συνεργασία ήταν πολύ καλή, όλοι ήθελαν με ευχαρίστηση να πάρουν μέρος και να μιμηθούν ο ένας τον άλλο. Ήταν μια άσκηση που βοηθούσε τα μέλη να έλθουν στη θέση του άλλου και αφετέρου να δουν πως τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Μεταξύ άλλων δραστηριοτήτων των μελών σε αυτές τις συναντήσεις μας ήταν να εμπλακούν σε κάποιο είδος αγοραπωλησίας μεταξύ τους, προσπαθώντας να πουλήσουν κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους και να αγοράσουν κάποιο χαρακτηριστικό από τους άλλους. Η μητέρα για παράδειγμα προσπάθησε να πουλήσει λίγο από το

άγχος της και να αγοράσει λίγο από το κουράγιο της Κ.Γ. Η διαδικασία περιείχε συχνές αυτό-αξιολογήσεις και αυτό-ενισχύσεις και βοηθούσε τα μέλη να βρουν τη θέση τους στην οικογένεια, έτσι ώστε να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή της.

Με την ολοκλήρωση των συναντήσεων αυτών, τα μέλη της οικογένειας μπορούσαν να συζητούν μεταξύ τους πιο εύκολα, να συνεργάζονται, να αποδέχονται ο ένα στον άλλο και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους σε θετικό και υποστηρικτικό κλίμα.

Ολοκλήρωση, Αξιολόγηση και Follow-up

Η θεραπεία διήρκησε 15 εβδομάδες, μια σχετικά σύντομη διαδικασία, αν ληφθεί υπόψη ότι ορισμένες συνεδρίες έπρεπε να γίνονται κάτω από συγκεκριμένες καιρικές συνθήκες. Η Κ.Γ. άρχισε να παρακολουθεί το σχολείο ανελλιπώς και χωρίς πρόβλημα. Μετά από κάποιες φορές που συνοδεύτηκε από τους γονείς της, τη διαδρομή προς και από το σχολείο την έκανε, όπως και πριν, μαζί με τα άλλα παιδιά της γειτονιάς που πηγαίνουν στο σχολείο. Όπως ήταν αναμενόμενο η σχολική επίδοσή της βελτιώθηκε σταδιακά, απέκτησε σιγουριά για τον εαυτό της μέσα στη τάξη και τα απογεύματα, στον ελεύθερο χρόνο της άρχισε να βγαίνει άφοβα στη γειτονιά για παιχνίδι και να επισκέπτεται τις φίλες της.

Η μητέρα της ομολογεί ότι είναι πολύ υπερήφανη για τη γενναιότητα και την αποφασιστικότητά της. Ο πατέρας της από την άλλη πλευρά υπογραμμίζει την έκπληξη και την ευχαρίστησή του για την αλλαγή που παρατηρεί στη κόρη του .

Για τη παρακολούθηση της πορείας της Κ.Γ. μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας η θεραπεύτρια ζήτησε από τη Κ.Γ. να της τηλεφωνεί κάθε εβδομάδα μέχρι να κλείσει το σχολείο για το καλοκαίρι. Στόχος της επαφής αυτής ήταν όχι μόνο η παρακολούθηση, αλλά και η ενίσχυση της Κ.Γ., ώστε να χρησιμοποιεί δεξιότητες που είχε αποκτήσει και σε άλλα προβλήματα που πιθανό να είχε να αντιμετωπίσει όπως για παράδειγμα προβλήματα στις σχέσεις της με συνομηλίκους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 2, 267-283.

Albano A.M. & Kendall P.C (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.

Albano A.M., Chopita B.E. & Barlow D.H. (1996). Childhood anxiety disorders. In J.S. March (ed.) *Anxiety disorders in children and adolescents* (p.p. 196-244). New York: Guilford Press.

Allen, J.L., Rapee, R.M. (2005). Anxiety Disorders. In Graham P. (Ed.) *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*. U.K: Cambridge University Press.

Anderson J.C., Williams S., McGee R. & Silva P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from a general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Bandura A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.

Barrett, P., Lock, S. & Farrell, L.J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 4, 539-555.

Barrett, P., Healey-Farrell, L., March, J.S. (2004). Cognitive behavioural treatment of childhood obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1, 46-62.

Barrett P. M., Duffy A., Rapee R. M., Dadds M. R. (2001). Cognitive-Behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 135-141.

- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. and Steer, R. (2004). A Multi-Site Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 4, 393-402.
- Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioural psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 8, 930-959.
- Cooper Mick (2003). *Existential Therapies*. London: SAGE.
- Costello E.J. & Angold A. (1995). Epidemiology. In J.S. March (ed.) *Anxiety disorders in children and adolescents* (109-124). New York: Guilford Press.
- Elbedour S., Shulman S. & Kedem P (1997). Children's Fears: cultural and developmental perspectives. *Behavior Research and Therapy*, 35, 491-496.
- Friedberg R. D. & McClure J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. New York: Guilford Press.
- Godart N.T., Flament M.F., Lecrubier Y. & Jeammet P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.
- Henin, A., Warman, M., Kendall, P.C., (2002). Cognitive Behavioural Therapy with Children and Adolescents. In Simos, G. (Ed) *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*. USA: Brunner-Routledge.
- Herbert M (1993). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας*. I.N. Παρασκευόπουλος (επιμ.) τόμοι 1^α & 1^β. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert M (1994). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Α. Καλαντζή-Αζίζι (επιμ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Hudson J. L., Hughes A. A., Kendall P. C. (2004). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Στο: Barrett P.M. & Ollendick T. H., (eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment* (115-143). UK: J. Wiley.

Καλαντζή-Αζίζι Α. (1999). *Η κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kendall P., Robin J., Hedtke K., Suveg C., Flannery-Schroeder E., Gosch E. (2005). Considering CBT anxious youth? Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 136-150.

Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M, Henin, A & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, 366-380.

Kendall P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

Kendall P.C. (1993). Cognitive-behavioural therapies with youth: Guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.

King N. J., Hamilton D. I. & Ollendick T. H. (1988). *Children's phobias: A Behavioural perspective*. Chichester, U.K.:Wiley.

Kovacs M. & Devlin B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.

March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J (2004). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*; 292:807-820

Matis S.G & Pincus D. (2004). Treatment of SAD and Panic Disorder in children and adolescents. Στο: Barrett P.M. & Ollendick T. H., (eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment* (145-169). UK: J. Wiley.

Muris P., Mayer B., Adel M., Roos T., Wamelen J. (2009). Predictors of change following cognitive-behavioral treatment of children with anxiety problems: A preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety control. *Child Psychiatry Human Development*, 40, 139-151.

Perrin S., Smith P. & Yule W. (2004). Treatment of PTSD in Children and Adolescents. . Στο: Barrett P.M. & Ollendick T. H., (eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment* (217-242). UK: J. Wiley.

Ronen T. (2003). *Cognitive Constructivist Psychotherapy with Children and Adolescents*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Ronen T. (1999). *Η γνωστική-εξελικτική θεραπεία στα παιδιά*. Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Silverman W.K., Ginsburg G.S. & Kurtines W.M. (1995). Clinical issues in treating children with anxiety and phobic disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 93-117.

Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Carter, T., Osborn, C. & Bush, C. (2005). An evaluation of the FRIENDS programme - a cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. *Archives of Disease in Childhood*. 90, 10, 1016-1019.

Ζαφειροπούλου Μ. (2004). Παρεμβάσεις γνωστικού-συμπεριφοριστικού τύπου στο σχολείο. Στο: Καλαντζή-Αζίζι Α. & Ζαφειροπούλου Μ. (Επιμ.) *Προσαρμογή στο σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* (26-50). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζαφειροπούλου Μ. (2000). *Κατανοώντας τη συμπεριφορά μας*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία

Φλωρεντία Μπακομήτρου
Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια,
MSc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας
Π.Γ.Ν.Π. «Άγ. Παντελεήμων»
Συνεργάτιδα Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται λόγος διεθνώς για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ο μύθος που συνοδεύει την ομάδα αυτών των διαταραχών έχει εξαπλωθεί με απίστευτη ταχύτητα σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της γης. Τα σύγχρονα μέσα ενημέρωσης και πληροφόρησης αφιερώνουν εκτενή ρεπορτάζ και παρέχουν ποικίλη πληροφόρηση στο ευρύ κοινό σχετικά με την «πανδημία» των Διαταραχών Διατροφής.

Παράλληλα, στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες προβάλλεται κατακλυσμικά το αντιφατικό δίπτυχο αφενός της υπερπροσφοράς τροφής και αφετέρου της ιδανικής σιλουέτας ως απόδειξη δύναμης και επιτυχίας, στοιχεία που και τα δύο συνδυάζονται άμεσα με το θέμα της διατροφής, ενώ «εξωραΐζονται» με το «μανδύα» της υγείας και της μακροζωίας.

Ευαίσθητοι δέκτες των αντιφατικών αυτών μηνυμάτων είναι σε κάθε περίπτωση τα παιδιά και έφηβοι που διανύουν μια ιδιαίτερη αναπτυξιακή φάση ζωής (Μπακομήτρου, 2002). Για το λόγο αυτό έχει παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες ραγδαία εξάπλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε πολύ νεαρές ηλικίες, ακόμη και σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας. Το γεγονός αυτό έχει θορυβήσει την παγκόσμια ιατρική κοινότητα, δεδομένου ότι η παρουσία σοβαρών διατροφικών δυσκολιών στην πιο ευαίσθητη αναπτυξιακή φάση του ατόμου μπορεί να είναι ιδιαίτερος επικίνδυνος για τη συνολικού ανάπτυξη του νέου ατόμου (Μπακομήτρου, 2008).

Γενικές πληροφορίες

Η έρευνα για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής υπογραμμίζει την πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια τους. Μία πληθώρα παραγόντων όπως η σύγχρονη δυτική κουλτούρα που προωθεί παράλληλα το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας και της υπερκατανάλωσης τροφής, οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, οι δυσκολίες στα πλαίσια της οικογένειας καθώς και η γενετική προδιάθεση, είναι κάποιοι μόνο από τους παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση των Διατροφικών Διαταραχών (Fairburn, Marcus, & Wilson 1993· Bowers, Evans, & Cleve, 1996· Μπακομήτρου, 2003).

Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV, ICD-10), οι βασικότερες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Επεισοδιακή Υπερφαγία (προτεινόμενη διαταραχή στο DSM-IV) και οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (APA, 1994).

A. Κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Σύμφωνα με τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV, η διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στηρίζεται σε τέσσερα βασικά κριτήρια που είναι τα εξής:

1) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματός του στο επίπεδο, ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία του και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου, ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα απόκτηση σωματικού βάρους μικρότερου από το 85% του αναμενόμενου).

2) Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει υπέρβαρο, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (συνέχεια)

3) Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιόλογηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους,

4) Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, η αμηνόρροια, δηλαδή η απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων (Μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοι της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

Βασικοί υπο-τύποι στην Ψυχογενή Ανορεξία κατά DSM-IV:

A) Περιοριστικός Τύπος (Restricting Type): κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υπακτικών).

B) Υπερφαγικός ή Καθαρτικός Τύπος (Binge Eating/ Purging Type): κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε καθαρτικές συμπεριφορές (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Συμπληρωματικό Σχόλιο

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994) προσομοιάζουν αρκετά και με τα διεθνή κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10 (Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1993).

B. Κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Σύμφωνα με τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV, η διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στηρίζεται σε πέντε βασικά κριτήρια που είναι τα εξής:

A) Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα δύο ακόλουθα :

1. Κατανάλωση σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μιας ποσότητας τροφής που είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι σε μία ανάλογη χρονική περίοδο και κάτω από ανάλογες συνθήκες και

2. Ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου σχετικά με την κατανάλωση τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει πόσο πού τρώει).

B) Επανεπιλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως οι αυτό-προκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ) Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσον όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.

Δ) Η αυτό-αξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε) Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά και σε αυτούσια μορφή κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association, 1994)

Βασικοί υπο-τύποι στην Ψυχογενή Βουλιμία κατά DSM-IV:

A) Καθαρτικός Τύπος (Purging Type): Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτό-προκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

B) Μη Καθαρτικός Τύπος (Non purging Type): Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτο-προκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών

Συμπληρωματικό Σχόλιο

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ταξινομεί διαγνωστικά την Ψυχογενή Βουλιμία στο ICD-10, στον τελευταίο οδηγό ταξινόμησης που δημοσίευσε μόλις το 1992. Σύμφωνα με τον οδηγό αυτό, η Ψυχογενής Βουλιμία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με την Ψυχογενή Ανορεξία, δοθέντος ότι προϋποθέτει και αυτή ένα αρκετά χαμηλό σωματικό βάρος.

Επιδημιολογικά Στοιχεία

Η μελέτη της τρέχουσας βιβλιογραφίας υπογραμμίζει την κατακόρυφη αύξηση της εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής κυρίως στις δυτικές κοινωνίες τα τελευταία σαράντα χρόνια. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στον εκτιμώμενο επιπολασμό στην Ψυχογενή Ανορεξία κυμαίνεται από 0,5% έως 1% σε πληθυσμούς εφήβων κοριτσιών και νεαρών ενηλίκων γυναικών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ψυχογενή Βουλιμία κυμαίνεται ανάμεσα στο 1% έως 3% και είναι σαφώς μεγαλύτερο στην περίπτωση των άτυπων μορφών Διατροφικών Δυσκολιών.

Η επικινδυνότητα των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Το ιδιαίτερο κλινικό και ιατρικό ενδιαφέρον που εστιάζεται στη μελέτη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, οφείλεται κατά κύριο λόγο στις πολύ σοβαρές επιπτώσεις τους σε οργανικό και ψυχικό επίπεδο, καθώς και στα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας εξαιτίας των σοβαρών επιπλοκών που προκαλούν. Η βαρύτητα δε των επιπτώσεων αυτών είναι -όπως είναι αναμενόμενο- αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία του ατόμου που πάσχει. Η εκδήλωση επομένως σοβαρής βουλιμικής διαταραχής στην κρίσιμη φάση της ανάπτυξης που διανύουν τα παιδιά και οι έφηβοι, μπορεί να προκαλέσει ένα πλήθος ιατρικών προβλημάτων, όπως γαστρεντερολογικές διαταραχές, διάβρωση της οδοντοστοιχίας, οιδήματα, καρδιοαναπνευστικά προβλήματα κ.λ.π. Στην περίπτωση δε της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι επιπτώσεις είναι ακόμη πιο σοβαρές, αφού πέραν από τα ποικίλα ιατρικά προβλήματα που παρουσιάζουν τα άτομα, όπως σοβαρά καρδιακά, αναπνευστικά, ηπατικά, νευρολογικά και γαστρεντερολογικά και ορμονολογικά προβλήματα, σημειώνονται και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, εξαιτίας της μακροχρόνιας άρνησης τροφής.

Οι επιπτώσεις όμως και των δύο μορφών Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δεν είναι μόνο οργανικές, αφού οδηγούν πολύ συχνά και σε πολύ σοβαρά συμπεριφορικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα (λ.χ. αγχώδεις και καταθλιπτικόμορφες εκδηλώσεις, επιθετικότητα, γνωστικές δυσκολίες, απόσυρση, αρνητισμό, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων κ.λ.π.) (www.WebMD-Eating Disorders Anorexia and Bulimia.thm).

Γνωσιακο-Συμπεριφοριστικό μοντέλο παρέμβασης και Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Σύγχρονες μελέτες κάνουν λόγο για την παρουσία πολλαπλών παραγόντων που σχετίζονται στενά με την εκδήλωση, συντήρηση και διαίωνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όπως είναι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες (λ.χ. κληρονομική προδιάθεση, υποθαλαμο-υποφυσιακές ανωμαλίες κ.ά.), η επιρροή της οικογένειας, η επιρροή του κοινωνικοπολιτισμικού περιβάλλοντος (λ.χ. προώθηση του junk-food και εξιδανίκευση της σιλουέτας με τις ιδανικές αναλογίες), καθώς και η προσωπικότητα (λ.χ. συναισθηματικές διαταραχές και δυσκολίες προσαρμογής (Bowers, Evans, Cleve, 1996· Μπακομήτρου, 2002).

Σύμφωνα με το Γνωσιακο-Συμπεριφοριστικό μοντέλο λοιπόν οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αποτελούν την «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις ατομικές συνθήκες ζωής και επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση ενός συνόλου κοινωνικών (υπερπροσφορά τροφής, σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς κ.λ.π.), οικογενειακών («Μπλοκάρισμα» της συναισθηματικής έκφρασης, επικέντρωση στην διάκριση και την επιτυχία κ.λ.π.), και προσωπικών παραγόντων (λ.χ. γυναικείο φύλο, παιδική και εφηβική ηλικία, έντονη δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.λ.π.) (Καλαντζή-Azizi, 1995).

Η εκδήλωση και συντήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής οφείλεται κατά κύριο λόγο στην υιοθέτηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και στάσεων για την αξία του βάρους και του σχήματος του σώματος. Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία σχεδιάζεται έτσι ώστε να αλλάξει τις διαταραγμένες αυτές ατομικές γνώσεις που σχετίζονται με την τροφή, προτείνοντας την υιοθέτηση ενός προγράμματος τακτικών γευμάτων, την κατανάλωση μεγάλης ομάδας τροφών και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Ο βαθύτερος δε στόχος της είναι η σταδιακή αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και ιδιαίτερα των γνωσιών που αφορούν στο σχήμα και το βάρος του σώματος και την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Smith, Marcus, & Eldredge, 1994).

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι το Γνωσιακο-Συμπεριφοριστικό μοντέλο έχει προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες εξαιτίας των υψηλών ποσοστών αποτελεσματικότητας που παρατηρούνται στη θεραπεία της Κατάθλιψης, των Αγχωδών διαταραχών και των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ιδιαίτερα δε για τη θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας το Γνωσιακο-Συμπεριφοριστικό μοντέλο θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως θεραπεία εκλογής (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Το Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό μοντέλο σε παιδιά και εφήβους με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ιδιαίτερος λόγος για την εφαρμογή του Γνωσιακού-Συμπεριφοριστικού μοντέλου σε παιδιά και εφήβους που πάσχουν από Διαταραχές πρόσληψης Τροφής. Αν και δεν έχουν διενεργηθεί αρκετές σχετικές έρευνες, εντούτοις η κλινική πρακτική δείχνει ότι η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία που εφαρμόζεται ήδη με μεγάλη επιτυχία στους ενήλικους με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική και σε μικρότερες ηλικίες (Zarb, 1992).

Οι θεραπευτικοί στόχοι που θέτει το Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό μοντέλο αναφορικά με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σε παιδιά και εφήβους, είναι σε γενικές γραμμές οι ίδιοι με αυτούς που τίθενται στη θεραπεία ενήλικων ασθενών. Σύμφωνα με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική παρέμβαση λοιπόν θα πρέπει καταρχήν τα παιδιά και οι έφηβοι να βοηθηθούν θεραπευτικά αφενός να αντιλαμβάνονται τις σκέψεις και τις γνώσεις που αναπτύσσουν για σημαντικά γεγονότα, και αφετέρου να επαναπροσδιορίσουν και να επανεκτιμήσουν κάποιους δυσλειτουργικούς μηχανισμούς σκέψης και να υιοθετήσουν εναλλακτικούς τρόπους σκέψης. Για την επίτευξη δε των παραπάνω στόχων τα παιδιά και οι έφηβοι εκπαιδεύονται σε γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές επίλυσης προβλήματος, προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν επικείμενες στρεσογόνες ή προβληματικές καταστάσεις, να ερμηνεύσουν και να διαχειριστούν με νέους τρόπους καθημερινά γεγονότα ζωής και ακολούθως να προχωρήσουν με αυτόν τον τρόπο σταδιακά στην αναδόμηση των βαθύτερων δυσλειτουργικών πεποιθήσεων (Μπακομήτρου, 2008).

Ιδιαιτερότητες του Γνωσιακού-Συμπεριφοριστικού μοντέλου για τη θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε παιδιά και εφήβους

Η εφαρμογή του Γνωσιακού-Συμπεριφοριστικού μοντέλου στη θεραπεία παιδιών και εφήβων θα πρέπει να προσαρμόζεται όμως με λεπτό τρόπο στην ιδιαίτερη αναπτυξιακή φάση που διάγουν τα άτομα. Ο θεραπευτής παιδιών και εφήβων λοιπόν παράλληλα με τους ιδιαίτερους θεραπευτικούς στόχους που θέτει για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, θα πρέπει να σχεδιάσει ένα ιδιαίτερο θεραπευτικό πλαίσιο στα πλαίσια του οποίου να προγραμματίσει υπο-στόχους όπως είναι:

- α) να διερευνήσει το κοινωνικό πλαίσιο από το οποίο προέρχονται τα νεαρά άτομα (π.χ. οικογένεια, στάσεις και πιστεύω της οικογένειας καταγωγής κ.λ.π.) και στα πλαίσια του οποίου αναπτύσσονται οι δυσλειτουργικές στάσεις και τα στρεβλά πιστεύω,
- β) να παροτρύνει και να εκπαιδεύσει τα παιδιά και τους εφήβους να μάθουν αρχικά να αναγνωρίζουν και να ονοματίζουν τα συναισθήματά τους για να είναι σε θέση να προσδιορίσουν τον τρόπο με τον οποίο σκέπτονται,
- γ) να ενθαρρύνει τους εφήβους να μάθουν να χρησιμοποιούν εναλλακτικούς τρόπους έκφρασης και καταγραφής των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών τους (π.χ. τήρηση ημερολογίου κ.λ.π.),

Σε κάθε περίπτωση ο θεραπευτής παιδιών και εφήβων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής οφείλει εν πρώτοις να δουλεύει με θεραπευτικούς στόχους που είναι περισσότερο επικεντρωμένοι στο παρόν και να χρησιμοποιεί εν δευτέρως τουλάχιστον στα αρχικά στάδια παρέμβασης τουλάχιστον στα αρχικά στάδια παρέμβασης κυρίως συμπεριφοριστικές τεχνικές (Bowers, Evans, & Cleve, 1996).

Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές τεχνικές για τη θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε παιδιά και εφήβους

Το ρεπερτόριο παρεμβάσεων του Γνωσιακού-Συμπεριφοριστή θεραπευτή προσαρμόζεται τεχνικά ανάλογα με τη συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση που διανύει το νεαρό άτομο. Για το λόγο αυτό το μοντέλο αποκτά μια πιο συμπεριφοριστική ταυτότητα όταν απευθύνεται σε παιδιά, ενώ υιοθετεί έναν πιο γνωσιακό χαρακτήρα όταν απευθύνεται σε εφήβους.

Κάποιες από τις συνηθισμένες συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία παιδιών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι οι ακόλουθες:

1. Εκτενής ενημέρωση σχετικά με θέματα διατροφής και άσκησης.
2. Λεπτομερής αναφορά στη συμπτωματολογία των Διατροφικών Πρόσληψης Τροφής και τις σοβαρές επιπτώσεις της δίαιτας, της υπερφαγίας και των ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών.
3. Ενθάρρυνση της υιοθέτησης «υγιών» διατροφικών συνηθειών (π.χ. τρία γεύματα την ημέρα, σταδιακή εισαγωγή «απαγορευμένων» τροφών κ.λ.π.).
4. Εκπαίδευση στις τεχνικές αυτοελέγχου (αυτοπαρατήρηση και τήρηση ημερολογίου διατροφής).
5. Σχεδιασμός πλάνου αλλαγής των καθημερινών διατροφικών συνηθειών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (π.χ. φύλαξη των τροφών, αγορά συγκεκριμένων τροφών, συγκεκριμένος τρόπος λήψης τροφής κ.λ.π.).
6. Εκπαίδευση του ατόμου στη χρήση συμπεριφοριστικών τεχνικών που του επιτρέπουν να ελέγξει σε ένα βαθμό την ένταση που αισθάνεται (π.χ. χαλάρωση, ανταμοιβή κ.λ.π.).
7. Δημιουργία λίστα ενισχυτών που να επιβραβεύουν την επιθυμητή διατροφική συμπεριφορά.
8. Συμμετοχή και του λοιπού οικογενειακού συστήματος στο θεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης (π.χ. απονομή ενισχυτών μετά από κάθε επιθυμητή διατροφική αλλαγή του παιδιού).

Σε μεγαλύτερους ηλικιακά πληθυσμούς ο Γνωσιακός-Συμπεριφοριστικής θεραπευτής μπορεί να εισαγάγει σταδιακά και κατεξοχήν γνωσιακές τεχνικές, όπως είναι:

9. Γνωσιακή αναδόμηση
10. Τεχνικές επίλυσης καθημερινών προβλημάτων
11. Αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και γνωσιών που διαιωνίζουν τα διατροφικά προβλήματα και εύρεση αντίστοιχων εναλλακτικών σκέψεων
12. Εκπαίδευση του ατόμου σε τεχνικές πρόληψης μελλοντικής υποτροπής (Ζαφειροπούλου, 2002· Smith, Marcus, Eldredge, 1994).

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι πολύ συχνά προκύπτουν κάποιες ιδιαίτερες δυσκολίες στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών και εφήβων με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που σχετίζονται κυρίως με το επίπεδο γνωστικής και συναισθηματικής ωριμότητας των νεαρών ασθενών. Για την επίλυση των δυσκολιών αυτών ο θεραπευτής θα πρέπει να επιλέγει προσεκτικά το είδος της παρέμβασης και το χρόνο εφαρμογής της. Πολύ συχνά μάλιστα κρίνεται σκόπιμη η άμεση συμμετοχή και των γονέων στο πρόγραμμα παρέμβασης που μπορούν να εκπαιδευτούν στο ρόλο του βοηθού-θεραπευτή, προκειμένου να συμβάλλουν στη σταθεροποίηση των θετικών αποτελεσμάτων της θεραπείας. Σε κάποιες δε περιπτώσεις μπορεί να προταθεί και μια πιο συστηματική παρέμβαση στο

πλαίσιο της οικογένειας προκειμένου αφενός να ενημερωθούν και τα υπόλοιπα μέλη για το διατροφικό πρόβλημα του παιδιού ή του εφήβου και αφετέρου να αμβλυνθούν οι πιθανές ενοχές ή αντιστάσεις των γονέων σχετικά με την παρουσία της διατροφικής διαταραχής (Bowers, Evans, & Cleve, 1996).

Παρουσίαση περιστατικού

1. Ιστορικό θεραπευόμενου

A. Γενικές πληροφορίες:

- Άρτεμις
- 17 ετών κατά την περίοδο παραπομπής
- Άγαμη
- Πρωτοετής φοιτήτρια ΑΕΙ
- Κάτοικος της ευρύτερης περιφέρειας των Αθηνών
- Παραπομπή από Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου

B. Κύριο Αίτημα:

«Θέλω να φύγω από εδώ μέσα, δε θέλω να ξανανοσηλευθώ εδώ, βοηθήστε με δεν το αντέχω...».

Γ. Ιστορικό της παρούσας διαταραχής:

Η Άρτεμις έχει νοσηλευθεί για δεύτερη φορά στον Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου μόλις 5 μήνες μετά την πρώτη νοσηλεία. Αυτή τη φορά με τη διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Δεν έχει επαρκής στήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, με μοναδική εξαίρεση την έντονα «συμβιωτική σχέση» που διατηρεί με τη μητέρα της.

Δ. Ατομικό Ιστορικό:

- Η Άρτεμις είναι μοναχοπαιδί από δεύτερο γάμο και των δύο γονιών.
- Προέρχεται από κύηση προγραμματισμένη και επιθυμητή.
- Γεννήθηκε με κανονικό βάρος, αλλά άρχισε να παίρνει βάρος κατά τη βρεφική ηλικία.
- Ήταν πολύ καλή μαθήτρια σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης με έντονες τελειοθηρικές συμπεριφορές.
- Ήταν παχύσαρκο παιδί και παχύσαρκτη έφηβη.
- Καταφέρνει να χάσει λίγα κιλά στην προεφηβεία λόγω ανάπτυξης, αλλά τα ξαναπαίρνει πολύ γρήγορα.
- Αποπειράθηκε παλαιότερα να χάσει βάρος με τη βοήθεια παιδοενδοκρινολόγου.
- Αντιμετώπισε προβλήματα από τους συνομηλίκους της λόγω του χαμηλού αναστήματός της.
- Πέρασε φέτος στο Πανεπιστήμιο, αλλά δε μπορεί να είναι τυπική στις υποχρεώσεις της φοίτησής της.
- Παρουσιάζει δυσκολίες στη διατήρηση εγγύτερων σχέσεων.
- Προσκολλάται υπερβολικά σε 1, 2 φίλες.
- Αναζητά επίμονα να βρει σύντροφο.

Ζ. Ιατρικό Ιστορικό:

- Συμπτώματα συνοδά της χρόνιας ανορεκτικής διαταραχής (χρόνιες γαστρεντερολογικές διαταραχές, οδοντιατρικά προβλήματα, δερματολογικά προβλήματα, γνωστικές διαταραχές κ.λ.π.).
- Γενικές παρατηρήσεις: Η Άρτεμις ήταν συνεργάσιμη αν και επιφυλακτική. Είχε μια φροντισμένη εμφάνιση, αν και προσπαθούσε να ντύνεται με αρκετά πιο φαρδιά ρούχα. Προσπαθούσε να κρύψει τα έντονα δυσθυμικά στοιχεία της συμπεριφοράς της και να πείσει ότι ήταν καλά.

Ε. Οικογενειακό Ιστορικό:

- Ο πατέρας της Άρτεμις είχε κάνει ένα πρώτο γάμο, από τον οποίο είχε αποκτήσει 2 γιούς 45 και 43 χρονών αντίστοιχα.
- Η μητέρα της Άρτεμις είχε κάνει ένα πρώτο γάμο στην Αυστραλία από τον οποίον είχε αποκτήσει μια κόρη 27 ετών, την οποία είχε «απαγάγει» ο πρώην σύζυγός της και δεν την είχε ξαναδεί ποτέ.
- Σχετικά με το βάρος της Άρτεμις αναφέρει «Την ταΐζαμε πολύ γιατί ήταν ξανθούλα και χαριτωμένη και τη θέλαμε ομορφούλα», «Τα ποδαράκια της ενώνονταν και για αυτό από το τέλος του δημοτικού δεν ήθελε να φοράει πια φούστες και φορέματα, φορούσε μόνο παντελόνια και φόρμες γιατί έκλαιγε και δεν ήθελε να την κοροϊδεύουν».
- Ο πατέρας της εξέφραζε τη δυσκολία του με το ανάστημα της κόρης του. Η μητέρα έλεγε σχετικά «Ο πατέρας της την ήθελε πιο ψηλή», «Για αυτό πήγαμε στον παιδοενδοκρινολόγο, αλλά αυτός μας είπε ότι αν χάσει βάρος και γίνει πιο αδύνατη δε θα φαίνεται τόσο ότι είναι κοντή».
- Ο πατέρας της Άρτεμις εξέφραζε μεγάλο άγχος με το μέλλον της κόρης του. Την είχε βάλει να δηλώσει μόνο σχολές εντός της Αθήνας. Πριν βγουν τα αποτελέσματα έλεγε στη μητέρα της «Αν δεν περάσει Αθήνα θα φταίμε εμείς το καταστρέψαμε το παιδί».
- Μία ημέρα πριν να ανακοινωθούν τα αποτελέσματα των πανελλαδικών εξετάσεων ο πατέρας παθαίνει ένα βαρύ εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μητέρα της Άρτεμις λέει σχετικά «Δεν άντεξε το άγχος που ένιωθε».
- Λίγους μήνες μετά ο πατέρας της Άρτεμις κατέληξε.
- Η μητέρα της Άρτεμις αναφέρει σχετικά «Όλοι την είχαμε πείσει τότε... να διαβάζεις τον πατέρα σου της λέγαμε (ο πατέρας της αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα λόγου μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο που είχε υποστεί και έκανε λογοθεραπεία)...εσύ πρέπει να το κάνεις...αυτή φώναζε και έκλαιγε, έλεγε δε θέλω να το κάνω...τότε εγώ την έδερνα, της έλεγα ότι ήταν αναισθητη και αυτή κλείνονταν σα στρείδι...είχα χάσει τον έλεγχο», «Το παιδί είχε πάρει την κατρακύλα και εγώ δεν έβλεπα τίποτα...μία ημέρα ξαφνικά σαν να είδα, τότε της είπα πάμε στο μπάνιο...τρόμαξα, αμέσως τηλεφώνησα σε ένα γνωστό μου ψυχίατρο...μου είπε έπρεπε ήδη να βρίσκεται στο νοσοκομείο...ζύγιζε δε ζύγιζε τότε 30 κιλά...».

ΣΤ. Ψυχιατρικό Οικογενειακό Ιστορικό:

- Η μητέρα της Άρτεμις υποφέρει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και χρόνια δυσθυμία, ενώ παρουσιάζει στοιχεία εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας και ταλαιπωρείται από αρκετά χρόνια ψυχοσωματικά προβλήματα.

- Στο παρελθόν είχε παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ υπόφερε και από διατροφική διαταραχή ανορεκτικού τύπου.

Η. Διαγνωστικό προφίλ

- Διάγνωση κατά DSM-IV: Βουλιμία καθαρτικού τύπου και εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας.
- Χρήση διαγνωστικών ψυχομετρικών εργαλείων.

Θ. Διατύπωση περίπτωσης (case formulation)

■ 1. Γεγονότα ζωής (precipitants/life events):

- ✓ Παιδική παχυσαρκία
- ✓ Δυσκολίες με τους συνομηλίκους
- ✓ Μη επαρκής αποδοχή από γονείς
- ✓ Μειωμένη εικόνα εαυτού
- ✓ Σύνθετη εικόνα οικογένειας
- ✓ Ασθένεια πατέρα
- ✓ Νέες απαιτήσεις
- ✓ Δυσκολίες στη σχέση με τη μητέρα
- ✓ Θάνατος πατέρα

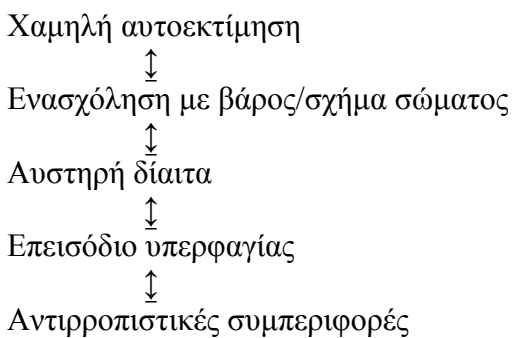
■2. Ανάλυση συμπεριφοράς:

■S-O-R-C

Ερέθισμα	Οργανισμός	Αντίδραση	Συνέπειες
Σύγκρουση με πατέρα	Εγγενής προτίμηση στα γλυκά	Πρόσληψη γλυκών	Αίσθημα στοργής Αύξηση βάρους
Σχόλια από συμμαθητές	Υπέρβαρη	δίαιτα	Αίσθημα υπεροχής Άγχος και αύξηση βάρους

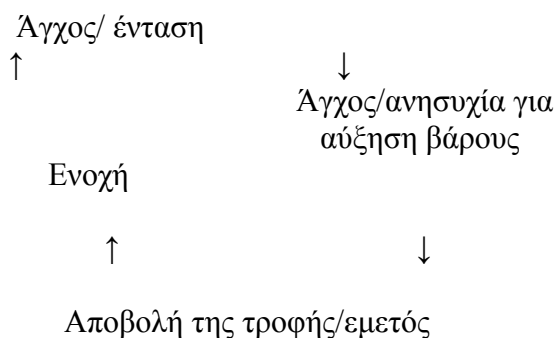
Κ. Θεωρητικά μοντέλα τεκμηρίωσης

Η Γνωσιακή άποψη για τη συντήρηση της ΨΒ (Fairburn & Cooper, 1986)



Γνωσιακός φαύλος κύκλος στην ΨΒ

Εκλυτικά Γεγονότα → Επεισόδιο βουλιμίας



Λ. Δυνατά σημεία και προτερήματα:

- Υψηλή νοημοσύνη
- Κίνητρο αλλαγής
- Φόβος για το μέλλον

Μ. Λίστα προβλημάτων και Θεραπευτικοί Στόχοι:

- ✓ Διατήρηση βάρους
- ✓ Αποφυγή εμετών
- ✓ Αποκατάσταση σωματικής υγείας
- ✓ Διεύρυνση του κοινωνικού κύκλου
- ✓ Επιστροφή στο πανεπιστήμιο
- ✓ Εξομάλυνση των σχέσεων με σημαντικούς άλλους
- ✓ Δημιουργία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων

Ν. Πορεία της Θεραπείας

1. Εγκατάσταση μιας στενής Θεραπευτικής σχέσης:

Παρουσιάστηκαν προβλήματα και δυσκολίες εξαιτίας αφενός των ιδιοτεροτήτων της εξελικτικής φάσης ζωής της Άρτεμις που διένυε την εφηβεία, και αφετέρου λόγω της επιφυλακτικότητας που την χαρακτήριζε στην επαφή της με τους άλλους.

2. Θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές:

A. Φάση:

- ❖ Εδραίωση μιας σταθερής και ζεστής θεραπευτικής σχέσης.
- ❖ Παροχή αναλυτικής ενημέρωσης αναφορικά με τη συμπτωματολογία της βουλιμικής διαταραχής και τις σοβαρές συνέπειες της.
- ❖ Ενθάρρυνση της υιοθέτησης «υγιών διατροφικών συνηθειών».
- ❖ Εκπαίδευση στην κατασκευή και στη χρήση ερωτηματολογίου καταγραφής των καθημερινών διατροφικών συνηθειών.
- ❖ Εκπαίδευση στη χρήση συμπεριφορικών τεχνικών για τον έλεγχο ακατάλληλων συμπεριφορών που σχετίζονται με την τροφή (λ.χ. ανταμοιβή, καθυστέρηση αντίδρασης κ.λ.π.).

B. Φάση:

- ❖ Εκπαίδευση στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων
- ❖ Αμφισβήτηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και γνωσιών που σχετίζονται με τα διατροφικά προβλήματα (λ.χ. Διπολική σκέψη, Υπεργενίκευση, Καταστροφολογία, Αυθαίρετο συμπέρασμα/)
- ❖ Τεχνικές πρόληψης υποτροπής

3. Έκβαση:

- ✓ Αποκατάσταση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς
- ✓ Σταδιακή αυτονόμηση από τη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα
- ✓ Διεύρυνση των σχέσεων με την ευρύτερη οικογένεια

- ✓Συνέχιση των σπουδών
- ✓Αποκατάσταση των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων, διεύρυνση του φιλικού κύκλου των συνομηλίκων
- ✓Ανάπτυξη σταθερής ετερόφυλης σχέσης
- ✓Εκπαίδευση σε τεχνικές πρόληψης μελλοντικής υποτροπής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.

Ζαφειροπούλου, Μ. (2002). Διατροφή: ένας τρόπος ζωής. Στο Σ.Μ. Πιπεράκης (Επιμ.), *Τροφή, ανατροφή, διατροφή* (σσ. 29-48). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Bowers, A. W., Evans, K., & Cleve, V.L. (1996). Treatment of adolescent Eating Disorders. In M.A. Reinecke, F.M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents* (pp. 227-250). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In K. D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389-404). New York: Basic Books.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York: Gilford Press.

Καλαντζή-Azizi, A. (1995). Νευρογενής ανορεξία και βουλιμία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 52, 76-88.

Μπακομήτρου, Φ. (2002). *Διαταραχές Διατροφής σε φοιτητικό πληθυσμό και πιθανές συσχετίσεις με την ιδιοσυγκρασία*. Διπλωματική εργασία, Τομέας Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

Μπακομήτρου, Φ. (2003). Διαταραχές Πρόσληψης τροφής. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι (Επιμ.), *Διδακτικές σημειώσεις του μαθήματος Γνωσιακές/Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία* (σσ. 97-110). Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μπακομήτρου, Φ., Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2008). Διαταραχές πρόσληψης τροφής στην παιδική και εφηβική ηλικία: γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις. Στο Η. Κουρκούτας & J-P Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές, Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.

Smith, D. E., Marcus, M. D., & Eldredge, K.L. (1994). Binge Eating Syndromes: A review of Assessment and Treatment with an emphasis on Clinical Application. *Behavior Therapy*, 25, 635-658.

World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Author (Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας, 1993).

Zarb, J. (1992). *Cognitive-Behavioral Assessment and Therapy with Adolescents*. New York: Brunner/Mazel.

[www. WebMD-Eating Disorders Anorexia and Bulimia.htm](http://www.WebMD-Eating Disorders Anorexia and Bulimia.htm) (retrieved Ιούλιος, 2001).

Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού

Παναγιώτης Σιαπέρας Bsc., Msc., PhD, CPsychol
Ψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης,
Πανεπιστήμιο του Cambridge, Ηνωμένο Βασίλειο
panagiotis.siaperas@gmail.com

...Σώπασε η αλεπού και βάλθηκε να κοιτάζει το μικρό πρίγκιπα.

- Σε παρακαλώ, ημέρωσέ με, του είπε....

- Τι πρέπει να κάνω; ρώτησε ο μικρό πρίγκιπας.

-Πρέπει να δείξεις μεγάλη υπομονή.... Στην αρχή θα κάθεται κάπως μακριά μου, να έτσι, μέσα στην χλόη. Εγώ θα σε παρατηρώ με την άκρη του ματιού και συ δεν θα λες τίποτε. Η γλώσσα είναι πηγή παρεξηγήσεων. Μα κάθε μέρα θα μπορείς να κάθεται λίγο πιο κοντά μου.....

Την άλλη μέρα ο μικρός πρίγκιπας ξαναγύρισε.

-Καλύτερα να έρχεσαι πάντα την ίδια ώρα, είπε η αλεπού. Αν έρχεσαι ας πούμε στις τέσσερις το απόγευμα, εγώ από τις τρεις θα νιώθω κιάλας ευτυχισμένη.... Αν όμως έρχεσαι έτσι στην τύχη, δεν θα ξέρω πότε να στολίσω την καρδιά μου...

Έτσι ο μικρός πρίγκιπας ημέρωσε την αλεπού.

**Απόσπασμα από την ιστορία του
«Μικρού Πρίγκιπα» που παρουσιάζει ο Α. Κυπριωτάκης, 1995)**

Το Φάσμα του Αυτισμού

Ο όρος φάσμα του αυτισμού (Autism Spectrum Disorder ή ASD) είναι σχετικά νέος και αναφέρεται σε ένα γενικότερο ορισμό του αυτισμού που στην μία πλευρά του φάσματος περιλαμβάνει τον κλασικό αυτισμό που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Αυστριο-Αμερικανό ψυχίατρο Leo Kanner το 1943. Στην άλλη πλευρά του φάσματος του αυτισμού έχουμε τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν την αυτιστική συμπτωματολογία σε πιο ελαφρά μορφή και έχουν δείκτη νοημοσύνης μέσο φυσιολογικό ή μεγαλύτερο του μέσου φυσιολογικού. Η διάγνωση αυτών των ατόμων είναι Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμός ή σύνδρομο Asperger. Η ερευνητικές προσπάθειες πάνω στο φάσμα του αυτισμού τα τελευταία χρόνια έχουν πιο πολύ επικεντρωθεί στα υψηλής λειτουργικότητας άτομα με αυτισμό διότι είναι έχουν καλύτερη επικοινωνία.



Leo Kanner, 1943

Ο Hans Asperger, ήταν γιατρός, έζησε και εργάστηκε στην Βιέννη όπου ήρθε σε επαφή με κάποια αγόρια τα οποία δυσκολευόταν να ανταποκριθούν κοινωνικά. Επίσης παρουσίαζαν δυσκολίες στην κοινωνική χρήση του λόγου, περιορισμένη κατανόηση χειρονομιών και εκφράσεων του προσώπου. Έτσι το 1944 ο Asperger έγραψε στα γερμανικά το άρθρο «Αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας» όπου περιέγραφε την συμπτωματολογία των συγκεκριμένων αγοριών της κλινικής του. Παράλληλα εξηγούσε πως οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν αυτά τα παιδιά κοινωνικά επηρέαζαν σοβαρά την καθημερινή τους ζωή και έκαναν δυστυχημένους τους γονείς τους, ενώ η δάσκαλοί τους οδηγούνταν σε απόγνωση. Όμως εντόπισε και θετικά χαρακτηριστικά στα συγκεκριμένα παιδιά όπως υψηλό επίπεδο μαθηματικής σκέψης και ιδιαίτερες ικανότητες στις γνωστικές τους λειτουργίες. Παρόλα αυτά ο Hans Asperger διαπίστωσε πως αυτά τα άτομα ήταν ευάλωτα στα πειράγματα και τους εκφοβισμούς στο σχολικό τους ή το κοινωνικό τους περιβάλλον.



Hans Asperger, 1944

Το άρθρο του Asperger γράφτηκε στα τέλη του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου στα γερμανικά κάτι που το έκανε να διαβαστεί από περιορισμένο κοινό τότε, σε αντίθεση με αυτό του Kanner που γράφτηκε την ίδια εποχή αλλά επειδή βρισκόταν στις Η.Π.Α. έγινε σύντομα πολύ γνωστό. Το άρθρο του Asperger έγινε ευρέως γνωστό την δεκαετία του '80 όταν για πρώτη φορά μεταφράστηκε στα Αγγλικά και αναφέρθηκε σε αυτό η Lorna Wing, (1981). Στο συγκεκριμένο άρθρο το οποίο αφορά τον αυτισμό και τις σχετιζόμενες διαταραχές η Wing για πρώτη φορά παρουσίασε τον όρο Σύνδρομο Asperger που αφορά άτομα με μέσω φυσιολογικό ή ανώτερο δείκτη νοημοσύνης με αυτιστικού τύπου συμπτωματολογία. Σήμερα η διάκριση στην διάγνωση μεταξύ συνδρόμου Asperger και Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμού έχει να κάνει με την ανάπτυξη του λόγου. Άτομα τα οποία αναπτύσσουν κανονικά λόγο έχουν διάγνωση σύνδρομο Asperger ενώ διάγνωση αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας στην περίπτωση που η ανάπτυξη του λόγου εξελικτικά έχει καθυστερήσει.

Το άρθρο του Asperger έμεινε για πολλά χρόνια στην αφάνεια ενώ το άρθρο του Kanner προκάλεσε αρκετές συζητήσεις. Όμως έπειτα από πολλά χρόνια ξεκαθάρισε το τοπίο της εικόνας των συμπτωμάτων του φάσματος του αυτισμού. Η Lorna Wing και η Judith Gould διεξήγαγαν το 1979 μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα στο Λονδίνο και κατέληξαν ότι οι χαρακτηριστικές δυσκολίες του αυτισμού μπορούν να περιγραφούν ως η τριάδα των διαταραχών:



Lorna Wing

1. διαταραχή στην κοινωνική αλληλεπίδραση
2. διαταραχή στην κοινωνική επικοινωνία
3. διαταραχή στην κοινωνική φαντασία, στην ευελιξία της σκέψης και το φανταστικό παιχνίδι.

Γενικότερα έδωσαν έμφαση στην κοινωνική φύση των διαταραχών οι οποίες παρουσιάζονται στον αυτισμό. Ενώ για πρώτη φορά μιλάνε για το φάσμα του αυτισμού διότι συνάντησαν παιδιά που ταίριαζαν με την τριάδα των διαταραχών αλλά δεν ταίριαζαν ακριβώς με τις περιγραφές του Kanner.

Αργότερα η Wing και η Gould το 1981 περιέγραψαν πιο αναλυτικά τα κριτήρια διάγνωσης για το σύνδρομο Asperger:

- Διαταραχή στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση και γενική κοινωνική ανικανότητα.
- Παράξενος και σχολαστικός λόγος με στερεοτυπικό περιεχόμενο χωρίς καθυστέρηση ανάπτυξης
- Περιορισμένες ικανότητες μη λεκτικής επικοινωνίας, περιορισμένες εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες.
- Αντίσταση στις αλλαγές και ευχαρίστηση από επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες
- Περιορισμένα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και καλή μνήμη.

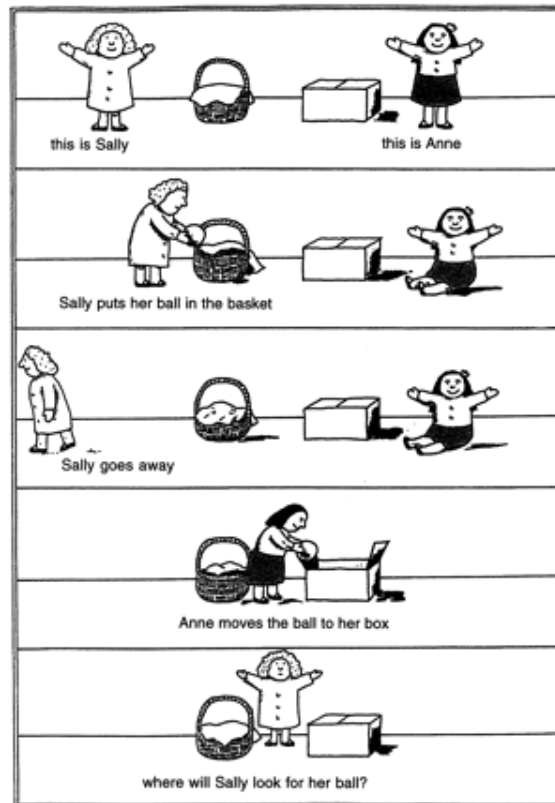
Μέχρι σήμερα η αιτιολογία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού είναι άγνωστη, οι επιστήμονες θεωρούν πως υπάρχει συνδυασμός παραγόντων που επιδρά κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή κάτω από συγκεκριμένες ίσως συνθήκες. Εμφανίζεται σε 36 άτομα ανά 10000 και προσβάλλονται πιο συχνά

αγόρια από ότι κορίτσια με αναλογία 1 κορίτσι ανά 10 αγόρια. Με το πέρασμα των χρόνων η ανάγκη διερεύνησης των κοινωνικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού οδήγησε στην ανάπτυξη σημαντικών ψυχολογικών θεωριών που βοηθούν στην αξιολόγηση και παρέμβαση. Τρεις κλασικές θεωρίες είναι:

1. Η θεωρία του Νου (Theory of Mind)
2. Διαταραχή της Κεντρικής συνοχής (Weak Central Coherence Theory)
3. Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (Executive Function Disorder)

Η θεωρία του Νου (Theory of Mind)

Πρόκειται για την ικανότητα που διαθέτει ο μέσος άνθρωπος να σκέφτεται ότι οι άλλοι άνθρωποι σκέφτονται και επιπλέον να σκέφτεται τι μπορεί να σκέφτονται οι γύρω του για τον ίδιο κ.ο.κ. Με την συγκεκριμένη ικανότητα στηρίζεται η αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων, γίνεται η κατανόηση και η ερμηνεία της συμπεριφοράς των άλλων και το άτομο επιλέγει πράγματα που επηρεάζουν ή δεν επηρεάζουν τους ανθρώπους γύρω του. Με άλλα λόγια πρόκειται για την αντίληψη ότι και οι άλλοι άνθρωποι διαθέτουν νοητικές λειτουργίες όπως προθέσεις, ανάγκες, επιθυμίες και πεποιθήσεις οι οποίες μπορούν να διαφέρουν από τις δικές μας. Τα παιδιά φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν δυσκολίες στην Θεωρία του Νου με τα πιο ικανά να δείχνουν κάποιου είδους κατανόηση αλλά αναπτυξιακά πολύ αργότερα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Έτσι έχουν δυσκολία στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς των άλλων η οποία οδηγεί σε φόβο και αποστροφή της συναναστροφής με συνομηλίκους. Επίσης έχουν δυσκολία να αντιληφθούν τις προθέσεις των άλλων και να ερμηνεύσουν την συμπεριφορά τους. Χαρακτηριστικό της δυσκολίας αυτής που αντιμετωπίζουν τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού είναι το πείραμα του Simon Baron-Cohen, (1991) που περιγράφεται στην παρακάτω εικόνα.



Ένα άτομο με αυτισμό επειδή δεν μπαίνει στην θέση του άλλου στη συγκεκριμένη δοκιμασία συνήθως απαντά πως η Sally θα ψάξει για την μπάλα στο κουτί παρόλο που ξέρει ότι η Sally δεν έχει παρακολουθήσει την αλλαγή που έγινε όσο έλειπε.

Διαταραχή της Κεντρικής συνοχής (Weak Central Coherence Theory)

Πολύ περιληπτικά η συγκεκριμένη θεωρία δείχνει πως τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού έχουν την τάση να επικεντρώνονται στις λεπτομέρειες αλλά όχι στο σύνολο των πληροφοριών. Έτσι όταν βλέπουν ένα πίνακα ζωγραφικής δεν μπορούν να σχολιάσουν το νόημά του ή τι θέλει να πει ο καλλιτέχνης αλλά παρατηρούν ανεπαίσθητες λεπτομέρειες του πίνακα. Ή όταν τους ζητηθεί να μεταφέρουν ένα μήνυμα δεν θα προσπαθήσουν να δώσουν το νόημα του μηνύματος αλλά να επαναλάβουν ακριβώς τις λέξεις που άκουσαν από αυτόν που τους έδωσε το μήνυμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν ιδιοσυγκρασιακή προσοχή, να προσπαθούν να επιβάλουν την άποψή τους, έχουν δυσκολία να ιεραρχήσουν τις προτεραιότητες τους και να κάνουν σωστές επιλογές και δυσκολία να κάνουν συσχετίσεις και γενικεύσεις.

Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (Executive Function Disorder)

Πρόκειται για την ικανότητα εφαρμογής της κατάλληλης στρατηγικής για την επίλυση προβλημάτων που παρουσιάζονται. Η λειτουργία αυτή βρίσκεται στον μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου και περιλαμβάνει τις εξής συμπεριφορές:

- Αυτοέλεγχος
- Σχεδιασμός
- Αναστολές
- Ευελιξία στην συμπεριφορά
- Οργανωμένη διερεύνηση
- Διατήρηση και αλλαγή

Τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν δυσκολίες με όλες τις παραπάνω λειτουργίες, δυσκολίες στο να αρχίσουν και να τελειώσουν κάποια δραστηριότητα, δυσκολίες στο συμβολικό παιχνίδι και την μίμηση.

Προγράμματα εκπαίδευσης ατόμων με διάγνωση στο Φάσμα του Αυτισμού

Κατά τις πρώτες δεκαετίες αναγνώρισης του αυτισμού υπήρχε η απαισιόδοξη αντίληψη πως κάποιος με αυτισμό δεν επιδέχεται κανενός είδους εκπαίδευσης αλλά σε βάθος χρόνο αυτή η αντίληψη πανηγυρικά διαψεύστηκε. Σήμερα έχουν δημιουργηθεί πάρα πολλά προγράμματα εκπαίδευσης για παιδιά ή ενήλικες στο φάσμα του αυτισμού. Για πολλά από αυτά τα προγράμματα υπάρχουν αμφιβολίες όμως το σίγουρο είναι πως ένα άτομο με αυτισμό μπορεί να εκπαιδευτεί και να λειτουργήσει ικανοποιητικά στα πλαίσια κάποιου προγράμματος το οποίο προσφέρει δομή και προβλεπτικότητα. Προγράμματα βασισμένα στην κλασική συμπεριφορική προσέγγιση έχουν αξιολογηθεί αρκετά και είναι σήμερα οι πιο συνήθεις μέθοδοι υποστήριξης ατόμων με αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας. Με την μορφή εξατομικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης χρησιμοποιούνται για την μείωση των αυτοτραυματικών συμπεριφορών και την μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας τους. Αλλά και για παιδιά ή ενήλικες με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας (ή σύνδρομο Asperger), χρησιμοποιούνται προγράμματα βασισμένα στην γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση για την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Τα πιο

διαδομένα προγράμματα εκπαίδευσης παιδιών και νεαρών ενηλίκων με αυτισμό είναι:

- Οι Κοινωνικές Ιστορίες χρησιμοποιούνται για να διδάξουν άτομα στο φάσμα του αυτισμού κοινωνικές συμπεριφορές. Μια κοινωνική ιστορία περιγράφει μία καθημερινή κοινωνική κατάσταση και μέσα από την ανάγνωσή της εκπαιδεύει στον ορθό τρόπο αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης. Για παράδειγμα μια κοινωνική ιστορία μπορεί να εκπαιδεύσει ένα παιδί στο φάσμα του αυτισμού για την αλλαγή μίας καθημερινής ρουτίνας. Κατά λογική των κοινωνικών ιστοριών το άτομο προετοιμάζεται γνωσιακά για μία κοινωνική κατάσταση πριν συμβεί, έτσι ώστε όταν συμβεί στην καθημερινότητά του να την χρησιμοποιήσει προκειμένου να διαχειριστεί την κατάσταση και να ελέγξει την συμπεριφορά του (Gray & Garand, 1993).
- Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavioural Analysis ABA). Αναπτύχθηκε από τον Lovaas και στηρίζεται στην παρέμβαση αμέσως μετά την διάγνωση του ατόμου. Περιέχει συστηματική χρήση τεχνικών και μεθόδων θεραπείας της συμπεριφοράς και συνήθως εφαρμόζεται στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου. Πρόκειται για ένα εντατικό ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο εκπαιδεύονται και οι γονείς για να το εφαρμόζουν συνεχώς. Γίνεται τακτική αξιολόγηση των στόχων που επιλέγονται και επαναπροσδιορίζει νέους (Lonvas, 1987). Το πρόγραμμα αναλύεται σε αιτίες και αποτελέσματα συμπεριφοράς. Στην ουσία πρόκειται για πρόγραμμα που στηρίζεται στην διαμόρφωση λειτουργικών συμπεριφορών (π.χ. πρόγραμμα τουαλέτας); (Cohen et al., 2006).
- Η μέθοδος TEACCH (Θεραπεία & Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό & Διαταραχές Επικοινωνίας). Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε από τους Schopler και Mesibov την πολιτεία της Β. Καρολίνας των Η.Π.Α. Κυριότερο χαρακτηριστικό του είναι η δόμηση του περιβάλλοντος του ατόμου και των δραστηριοτήτων του. Επίσης κάνει χρήση οπτικών προτροπών (εικόνες ή τυπωμένες λέξεις). Στη μέθοδο TEACCH περιλαμβάνονται συμπεριφορικές μέθοδοι αλλά και μέθοδοι λεκτικής επικοινωνίας.

Η οργάνωση ενός δομημένου προγράμματος παρακινεί το άτομο με αυτισμό να αλληλοεπιδράσει με το δάσκαλο του και του δίνει οδηγίες ποια είναι η αποδεκτή συμπεριφορά. Κάθε δραστηριότητα δομείται από μικρότερα επί μέρους βήματα με προκαθορισμένο σκοπό, κάτι που έχει δείξει πως βοηθά σημαντικά τα άτομα με αυτισμό. Τέλος τα καλά δομημένα προγράμματα προσφέρουν προβλεψιμότητα κάτι που αυξάνει κατά πολύ το επίπεδο συνεργασίας. Γενικά το δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα βοηθά πολύ ένα άτομο με αυτισμό είτε πρόκειται για άτομα με σύνδρομο Asperger είτε κλασικό αυτισμό. Στις περιπτώσεις παιδιών με σύνδρομο Asperger συνήθως χρειάζεται δομή και συμβουλευτική στην διαχείριση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και του άγχους τους, ενώ παράλληλα αξιοποιούν την καλή τους μαθηματική σκέψη, και τις καλλιτεχνικές τους δεξιότητες. Ενώ σε ένα άτομο με αυτισμό και νοητική υστέρηση -ανάλογα με το επίπεδο της- βελτιώνονται βασικές δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, βελτιώνεται η συμπεριφορά και σε κάποιες περιπτώσεις καλλιεργούνται δεξιότητες όπως η χρήση προσωπικού υπολογιστή και η διαχείριση χρημάτων. Οι πιο πολλές μέθοδοι εκπαίδευσης ατόμων στο φάσμα του αυτισμού ερευνητικά δεν έχουν αξιολογηθεί σε βάθος όσο αναφορά την αποτελεσματικότητά τους και σχεδόν όλες παρουσιάζουν αδυναμίες στο να βοηθήσουν το άτομο να γενικεύσει στην καθημερινότητά του τις γνώσεις που μαθαίνει στην τάξη. Στην Ελλάδα είναι ελάχιστες τέτοιου τύπου μελέτες. Δύο μελέτες οι οποίες εξέτασαν τα αποτελέσματα ενός προγράμματος εκπαίδευσης σε ενήλικες με αυτισμό έγιναν πριν μερικά χρόνια. Η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων δημιούργησε τη πρώτη στέγη εκπαίδευσης και διαβίωσης 12 ενηλίκων με αυτισμό στην Ελλάδα. Στόχος της η χρήση εκπαιδευτικού προγράμματος βασισμένου στη δομημένη διδασκαλία και τις αρχές της μεθόδου TEACCH. Εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στη στέγη σε συγκεκριμένους τομείς λειτουργικότητας, όπως η λειτουργική επικοινωνία, οι κοινωνικές δεξιότητες και η αυτοεξυπηρέτηση. Είναι πολύ σημαντικό να σημειωθεί ότι οι κάτοικοι της στέγης δεν είχαν ποτέ στο παρελθόν κανενός είδους παρέμβαση και εκπαίδευση καθώς και ότι για πρώτη φορά πραγματοποιήθηκε μια τέτοια μελέτη στην Ελλάδα. Μετά από μία περίοδο 6 μηνών τα αποτελέσματα παρουσίασαν σημαντική πρόοδο στους τρεις τομείς λειτουργικότητας που εξετάστηκαν για τα

άτομα της στέγης. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων παρουσιάζει σημαντική μείωση της συχνότητας προκλητικών συμπεριφορών μετά την έναρξη του εκπαιδευτικού προγράμματος. Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δίνουν χρήσιμα συμπεράσματα για περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη ανάλογων δομών και προγραμμάτων για τα άτομα με αυτισμό στην Ελλάδα (Siaperas, Higgins & Proios, 2007; Siaperas & Beadle-Brown, 2006). Βασικό όμως πρόβλημα παραμένει σε αρκετές περιπτώσεις το ζήτημα της έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης.

Η περίπτωση λανθασμένης διάγνωσης και λανθασμένης παρέμβασης σε άτομο με σύνδρομο

Παρότι τα τελευταία 30 χρόνια η γνώση για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι αυξανόμενη υπάρχουν και σήμερα περιπτώσεις ατόμων τα οποία είτε δεν έχουν διαγνωστεί ή έχουν λανθασμένη διάγνωση. Κάτι τέτοιο παρατηρείται έντονα σε ενήλικες με σύνδρομο Asperger ή αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας. Αρκετά από αυτά τα άτομα λαμβάνουν σωστή διάγνωση και ουσιαστική παρέμβαση μόνο όταν παραπέμπονται για ψυχιατρικές διαταραχές. Ένα τέτοιο παράδειγμα παρουσιάζουν στην περιοχή του Λονδίνου οι Siaperas και Higgins, (2009). Πρόκειται για τον Khaldon ένα νεαρό άνδρα που παραπέμφθηκε στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας εξαιτίας των προβλημάτων στην συμπεριφορά του με την υποψία μόνο κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. ψύχωση).

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Οικογενειακό ιστορικό

Ο Khaldon κατάγεται από οικογένεια που μετανάστευσε στην Αγγλία από την Τουρκία. Προέρχεται από δίδυμη κύηση αλλά ο αδελφός του πέθανε κατά την γέννηση, έχει έναν μεγαλύτερο αδελφό με προβλήματα όρασης ο οποίος σύντομα θα αφήσει το σχολείο για να πάει σε κολλέγιο. Επίσης έχει μία μικρότερη αδελφή με προβλήματα όρασης και νεφρών. Η μητέρα του δεν εργάζεται και έχει ως μοναδική ευθύνη την φροντίδα των παιδιών. Τα έσοδα για την διαβίωση της οικογένειας προέρχονται από τον πατέρα αλλά δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά αφού ζουν σε διαμέρισμα που παρέχεται από το κράτος σε μετανάστες. Ο πατέρας πέρα από το

οικονομικό μέρος δεν ασχολείται με τα προβλήματα της οικογένειας παρά μόνο όταν η συμπεριφορά του Khaldon γίνεται ενοχλητική χάνει την ψυχραιμία του φωνάζει και κάποιες φορές χτυπά την γυναίκα του διότι την θεωρεί αποκλειστικά υπεύθυνη για τα παιδιά. Πρόσφατα ο πατέρας εγκατέλειψε το σπίτι διότι σύμφωνα με την μητέρα δεν του αφιέρωνε αρκετό χρόνο. Ο Khaldon έχει στενή σχέση μόνο με την μητέρα του, η σχέση του με τον αδελφό του είναι προβληματική ενώ με την αδελφή του είναι λίγο καλύτερη αν και πρόσφατα την απείλησε με ένα μαχαίρι.

Αναπτυξιακό ιστορικό

Σύμφωνα με την μητέρα ο Khaldon δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα στην ανάπτυξη του ως μωρό. Οι κινητική του και γνωστική του ανάπτυξη ήταν παρόμοια με του αδελφού του. Τα πρώτα προβλήματα που η μητέρα εντόπισε ήταν κατά την ηλικία 4-5 ετών και τα οποία συνεχίζονται ως σήμερα που είναι 16 ετών. Σήμερα ο Khaldon μιλά πολύ καλά Αγγλικά και Τουρκικά. Παρότι του αρέσουν οι ξένες γλώσσες και θα ήθελε να τις σπουδάσει είναι πάνω από έναν χρόνο που έχει αφήσει το σχολείο επειδή δεν μπορούσε να διαχειριστεί τη συναναστροφή με τους συμμαθητές του. Συνήθιζε να τους φωνάζει κάτι που τον έβαζε σε πολλούς μπελάδες. Στον κοινωνικό τομέα η κατάσταση του έχει γίνει χειρότερη τώρα που μένει όλη μέρα στο σπίτι. Καθημερινά χτυπά τους τοίχους και ενοχλεί τους γείτονες της οικογένειας, ενώ πολλές φορές φωνάζει στους περαστικούς από το παράθυρο του σπιτιού εκφράζοντας ρατσιστικές απόψεις.

Ιατρικό & Ψυχιατρικό Ιστορικό

Οι πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό του ιστορικό είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με νοητική υστέρηση ή επιληψία. Το μόνο ιατρικό πρόβλημα που αναφέρεται είναι οι διαταραχή της όρασής του. Ενώ στο ψυχιατρικό του ιστορικό αναφέρεται πως παρακολουθείται από την τοπική παιδοψυχιατρική μονάδα όπου καταγράφεται ότι έχει οριακά τυπική νοημοσύνη(full-scale IQ: 78) και για αρκετούς μήνες λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή (Prozac 20mg). Επίσης για κάποιο διάστημα μια νοσοκόμα από την τοπική παιδοψυχιατρική μονάδα, τον επισκεπτόταν και χρησιμοποιούσε γνωσιακή

συμπεριφορική ψυχοθεραπεία προκειμένου να αντιμετωπίσει της ψυχαναγκαστική συμπεριφορά του χωρίς όμως ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα.

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σήμερα ο Khaldon περνά την μέρα του ακούγοντας μουσική, έχει μεγάλη συλλογή ψηφιακών δίσκων και περνά πολύ χρόνο οργανώνοντας την. Ακόμη η μητέρα επισημαίνει πως ο Khaldon δεν μπορεί να κοιμηθεί το βράδυ από τότε που παράτησε το σχολείο και πολλές φορές αποκοιμιέται στην καρέκλα το απόγευμα. Προτιμά να περνά τον χρόνο του στο δωμάτιό του και να αλλάζει την θέση στα έπιπλα, ενώ τους τελευταίους μήνες περνά πολύ χρόνο στην τουαλέτα όπου για ώρα πλένει τα χέρια του μέχρι να τελειώσει το σαπούνι.

Εξέταση νοητικής κατάστασης στην παρούσα φάση

Πρόκειται για δομημένη έκθεση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου που παρουσιάζει τα παρόντα συμπτώματα και συμπεριφορά του εξεταζόμενου την ώρα της συνέντευξης (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001).

Εμφάνιση Νεαρός άντρας Τουρκικής καταγωγής. Σχετικά καλό επίπεδο αυτοφροντίδας με την βοήθεια της μητέρας σε καθημερινή βάση.

Συμπεριφορά: Η κοινωνική του συμπεριφορά κατά την συνέντευξη ήταν προβληματική και σε κάποιες στιγμές επιθετική. Παρουσίασε χαμηλό επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων και συνεχόμενο ενδιαφέρον σε συγκεκριμένα θέματα συζήτησης όπως η μουσική. Δεν υπήρχε ικανοποιητική βλεμματική επαφή ή συμπτώματα κάποιας ψυχοκινητικής ανωμαλίας.

Λόγος: (α) *Ρυθμός:* γρήγορος, (β) *Περιεχόμενο:* ενδιαφέρονταν για στίχους μουσικής και αναφερόταν στον εαυτό του σε τρίτο πρόσωπο, (γ) *Ροή:* ήταν μονόπλευρη (έχει περιορισμένη ικανότητα να κάνει διάλογο και άλλαζε θέμα συζήτησης χωρίς να προειδοποιεί τον συνομιλητή του).

Διάθεση:

(α) *Αντικειμενικά:* σε διέγερση

(β) *Υποκειμενικά:* δεν εξετάστηκε

(γ) *Συναίσθημα:* κατάλληλο αλλά επίπεδο.

Σκέψη: Διωκτικό παραλήρημα (θεωρεί ότι καταδιώκεται διότι έλαβε μέρος στα τρομοκρατικά χτυπήματα της 11^{ης} Σεπτεμβρίου στην Νέα Υόρκη), και ψυχαναγκαστικές τελετουργίες εξαιτίας άγχους (π.χ. πλύσιμο χεριών).

Αντίληψη: Δεν παρατηρήθηκε πρόβλημα.

Γνωστικές Λειτουργίες: Δεν παρουσίασε προβλήματα μνήμης, συγκέντρωσης και προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο.

Εναισθησία: Δεν είχε.

Διαφορο-διάγνωση:

- Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή
- Ψυχαναγκαστική διαταραχή

Σημεία εξήγησης:

- Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας στην ηλικία των 4 έγιναν εμφανή τα συμπτώματα.
- Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά πιθανότατα λόγω των αυτιστικών στερεοτυπιών ή πιθανότατα εξαιτίας έντονου άγχους.
- Η κοινωνική απομόνωση ίσως καλλιεργεί παρανοϊκές συμπεριφορές.
- Το ότι είναι δεύτερη γενιά μεταναστών των οδηγεί σε υψηλό ρίσκο εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής.
- Τα προβλήματα στην Θεωρία του Νου δεν του επιτρέπουν να ενσωματωθεί κοινωνικά.

Πρόγνωση: Ο Khaldon δεν παρουσιάζει υψηλές πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρένειας παρότι κάποιος θα μπορούσε από κάποια συμπτώματα να παραπλανηθεί προς αυτή την κατεύθυνση.

Ψυχιατρική εκτίμηση

Θα ήταν καλό να γίνει καθώς είναι συχνό το φαινόμενο άτομα στο φάσμα του αυτισμού να παρουσιάζουν ψυχιατρικές διαταραχές που χρήζουν ξεχωριστής παρέμβασης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Φάσμα Αυτισμού

Ο Khaldon είναι περιστατικό το οποίο έχει αδιάγνωστη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας/ σύνδρομο Asperger) και ίσως έχει εμφανίσει πρόσθετη ψυχιατρική διαταραχή. Ο Khaldon συμπληρώνει τα κριτήρια για διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή του DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ενώ κατά την συνέντευξη με το Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R; Rutter, LeCourter, & Lord, 2003), διαπιστώνεται πως ανήκει στο φάσμα του αυτισμού. Παράλληλα όμως καταστάσεις στην ζωή του Khaldon όπως το ότι είναι δεύτερη γενιά Τούρκων μεταναστών στο Λονδίνο, ασταθής οικογενειακές σχέσεις, η εγκατάλειψη του σπιτιού από τον πατέρα του, η περιορισμένη όρασή του, και η κοινωνική απομόνωση του είναι παράγοντες οι οποίοι το θέτουν σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Είναι συχνό το φαινόμενο ενήλικες στον φάσμα του αυτισμού οι οποίοι δεν είχαν ποτέ ουσιαστική βοήθεια να αναπτύσσουν ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή και αγχώδεις διαταραχές.

Ψυχαναγκαστική διαταραχή και άγχος.

Ο Khaldon παρουσιάζει ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (πλύσιμο χεριών & τακτοποίηση επίπλων) εξαιτίας του έντονου άγχους που φαίνεται να βιώνει το τελευταίο διάστημα. Όμως χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην διάγνωση κάτι τέτοιου διότι αρκετά συχνά τελετουργικές συνήθειες στα πλαίσια του αυτισμού λανθασμένα να χαρακτηρίζονται ως ψυχαναγκαστικές.

Σύγχυση μεταξύ του φάσματος του αυτισμού και ψύχωσης.

Σε αρκετές περιπτώσεις κατά το παρελθόν ένα άτομο το οποίο είχε διαταραχή του φάσματος του αυτισμού λανθασμένα έλαβε διάγνωση ψύχωσης επειδή οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν είχαν την απαραίτητη εμπειρία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Gilberg, (2002): ο ψυχίατρος ρωτά τον ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου «Ακούς φωνές;» Η απάντηση του ασθενή είναι «φυσικά και ακούω». Το άτομο έλαβε πρώτη προσωρινή διάγνωση ψύχωσης με ακουστικές ψευδαισθήσεις και αργότερα χαρακτηρίστηκε σχιζοφρενής. Πολύ πιο μετά ο ίδιος ο ασθενής εξήγησε πως στο χάος που επικρατούσε στα εξωτερικά ιατρεία κατάλαβε πως ο γιατρός τον ρωτούσε αν άκουγε τις φωνές των ανθρώπων που περίμεναν έξω από την πόρτα του γιατρού (χαρακτηριστικό παράδειγμα κυριολεκτικής σκέψης και λόγου ατόμου στο φάσμα του αυτισμού). Επίσης είναι αρκετά συχνό το φαινόμενο όπως με τον Khalidon άτομα με αυτισμό να αναφέρονται στον εαυτό τους κάποιες φορές σε τρίτο πρόσωπο κάτι που σύμφωνα με τον Attwood, (2007), έχει οδηγήσει αρκετά συχνά σε διάγνωση ψύχωσης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το πρόγραμμα θεραπείας του Khalidon πρέπει να κινήθηκε σε δύο άξονες:

1. Παρέμβαση σχετικά με το φάσμα του αυτισμού. Η διάγνωση του φάσματος του αυτισμού θα έδωσε ανακούφιση στον Khalidon και την οικογένεια του. Αντιλήφθηκαν πως διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους για συγκεκριμένους λόγους κάτι που βοηθά στην κατάλληλη εκπαίδευση και στο χειρισμό δύσκολων καταστάσεων που προκύπτουν όπως η κοινωνική απομόνωση. Επίσης μειώθηκε το άγχος του Khalidon και το δομημένο πρόγραμμα προστατεύει από στρεσογόνες καταστάσεις και προβληματικές συμπεριφορές. Ο Khalidon εκπαιδεύτηκε σε επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων όπως πως κρατάμε ζωντανή μια συζήτηση, πως γινόμαστε πιο συνεργατικοί και πως μπορούμε να δημιουργήσουμε και να διατηρήσουμε φιλίες.
2. Παρέμβαση για την περίπτωση ψυχιατρικής διαταραχής (ψυχαναγκαστική διαταραχή). Περίοδοι μεγάλου άγχους μπορεί να οδηγήσουν ένα

άτομο στο φάσμα του αυτισμού σε ψυχαναγκαστική διαταραχή, κάτι το οποίο ίσως συμβαίνει στην περίπτωση του Khaldon. Ο Khaldon παρουσιάζει εκτεταμένο πλύσιμο χεριών, προβλήματα ύπνου και περνά χρόνο φτιάχνοντας τα έπιπλα και την μουσική του συλλογή. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή προσαρμοσμένη στον αυτισμό ίσως τον βοηθήσει να αποβάλει το άγχος του. Σύμφωνα με μελέτες η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να μειώσει έως και 65% το άγχος μέσα σε 14 εβδομάδες σε παιδιά με σύνδρομο Asperger (Reaven & Herburn, 2003). Επίσης θα πρέπει να εξετάζεται σε μεγαλύτερο βάθος κατά πόσο έχει αναπτύξει παραληρηματικές ιδέες (συμμετοχή σε τρομοκρατικές ενέργειες) ή απλά κατά την συνέντευξη προσπάθησε ατυχώς να εντυπωσιάσει τους συνομιλητές του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού διαρκούν σε ολόκληρη τη ζωή του ατόμου. Τα άτομα με αυτισμό είτε υψηλής είτε χαμηλής λειτουργικότητας απαιτούν φροντίδα και ενασχόληση κάτι που επιδρά στην ζωή όλης οικογένειας. Στο πρώτο μέρος αυτού του κεφαλαίου παρουσιάστηκαν οι επιστήμονες που ασχολήθηκαν με το φάσμα του αυτισμού, οι βασικές ψυχολογικές οι θεωρίες που διαμορφώθηκαν για να ερμηνεύσουν την συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό και μία εικόνα των προγραμμάτων που λειτουργούν για την εκπαίδευση ατόμων με αυτισμό. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάστηκε ένα πραγματικό κλινικό περιστατικό που συγκαταλέγεται στο φάσμα του αυτισμού. Μέσα από το συγκεκριμένο περιστατικό δίνεται η ευκαιρία να παρουσιαστούν περιληπτικά τα προβλήματα που παρουσιάζονται, οι δυσκολίες στην διάγνωση αλλά και η στρατηγική ενός θεραπευτικού προγράμματος για κάποιον στο φάσμα του αυτισμού. Ο κόσμος του φάσματος του αυτισμού έχει πολλές δυσκολίες για το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες αλλά κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί πως έχει σημαντικό κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον.

Βιβλιογραφία

Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers. {υπάρχει και σε ελληνική μετάφραση}

- Asperger, H. (1991). Autistic Psychopathology in childhood autism (U. Frith, Trans.). In U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 37-92). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baron-Cohen, S. (2001) Theory of Mind in Normal Development and Autism. *Prisme*, 34, pp. 174-183.
- Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. In A. Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 233-251). Oxford: Basil Blackwell.
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early Intensive Behavioral Treatment: Replication of the UCLA Model in a Community Setting. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-155.
- Frith, U. (2003) *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell. {υπάρχει και σε ελληνική μετάφραση}
- Gelder, M. G., Mayaou, R., & Cohen, P. (2001). Oxford textbook of psychiatry. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Grandin, T. (1995). *Διάγνωση: Αυτισμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Gray, C.A. & Garand, J.D. (1993). Social Stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. *Focus on Autistic Behaviour*, 8(1), 1-10.
- Jordan, R. & Powell, S. (1995) *Understanding and Teaching Children with Autism*. Chichester: John Wiley.
- Κυπριωτάκης, Α. (1995). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Φαίδρα Κυπριωτάκη.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioural and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 3-9.
- Siaperas, P. Higgins, S. (2009). Diagnosing Possible Mental Health Problems in Pervasive Developmental Disorders: A case Report. *Hellenic Journal of Psychology* 6, 51-65.
- Siaperas, P. Higgins, S., Proios, P. (2008). Challenging Behaviours on People with Autism: A Case study on the Effect of a Residential Training Programme based on Structured Teaching and TEACCH method. *Psychiatriki*, 18, (4), 343-350. (Greek Journal of Psychiatry).
- Siaperas, P., & Beadle-Brown, J. (2006). The Effectiveness of the TEACCH approach Programme for People with Autism in Greece. *Autism the International Journal of Research and Practise*, 10(4), 330-352.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, a. (2004). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 135-170.
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: A Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.

Νοητική Υστέρηση

Ελένη Ι. Σοφιανίδου
Σχολική Ψυχολόγος, Διδάκτωρ του Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών
1^ο Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Δραπετσώνας

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να οριστεί η έννοια της νοημοσύνης. Έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί. Σε κάθε έναν από αυτούς δίνεται έμφαση σε ορισμένους παράγοντες. Κοινά σημεία των περισσότερων ορισμών είναι η ικανότητα του ανθρώπου για μάθηση και αφηρημένη σκέψη και η αποτελεσματική προσαρμογή στο περιβάλλον (Sattler, 1992). Πολλοί ειδικοί θεωρούν ότι σημαντικά στοιχεία της νοημοσύνης είναι η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη, για μάθηση και για επίλυση προβλημάτων καθώς και η ικανότητα για προσαρμογή στο περιβάλλον, η δημιουργικότητα, οι γενικές εγκυκλοπαιδικές γνώσεις, η γλωσσική ικανότητα, η μαθηματική ικανότητα, η μνήμη και η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών (Μόττη-Στεφανίδη, 1999). Αυτά ακριβώς τα στοιχεία επηρεάζουν τον προσδιορισμό της νοημοσύνης και τον καθορισμό της νοητικής υστέρησης.

Οι πρώτες αναφορές για τη νοητική υστέρηση ξεκινούν από πολύ παλιά. Σε θεραπευτικό πάπυρο των Θηβών (Λούξορ), στην Αίγυπτο του 1.500 π.Χ. γίνεται αναφορά σε αναπηρίες στον τρόπο σκέψης και στο σώμα λόγω κάποιου τραυματισμού στον εγκέφαλο (Sheerenberger, 1983). Έχουν γίνει πολλές απόπειρες προσδιορισμού της Νοητικής Υστέρησης. Φυσικά οι απόπειρες αυτές επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες και είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις αντιλήψεις που επικρατούν σε έναν συγκεκριμένο χώρο, τόπο και χρόνο σχετικά με τη νοημοσύνη και ουσιαστικά με τις δεξιότητες, που έχει το άτομο, για να προσαρμοστεί και να επιβιώσει σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον. Το άτομο που υστερεί σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό ως προς τις δεξιότητες αυτές θεωρείται ότι έχει νοητική υστέρηση. Φυσικά οι δεξιότητες αυτές μπορεί να ποικίλλουν από τόπο σε τόπο και από εποχή σε εποχή.

Στις Η.Π.Α. ήδη από το 1900 είχαν προσδιοριστεί τα χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης (Sheerenberger, 1983): εμφάνιση στην παιδική ηλικία, σημαντικοί νοητικοί ή γνωστικοί περιορισμοί και έλλειψη ικανότητας για προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Το 1992 η Αμερικάνικη Ένωση για τη Νοητική Υστέρηση πρότεινε τον εξής ορισμό: Η Νοητική Υστέρηση αναφέρεται σε σοβαρούς περιορισμούς στη λειτουργικότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από νοητική λειτουργία σημαντικά κατώτερη του μέσου επιπέδου νοητική λειτουργίας, η οποία συνοδεύεται ταυτόχρονα από σχετικούς περιορισμούς σε δύο ή περισσότερους τομείς δεξιοτήτων από τους παρακάτω: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, αυτόνομη διαβίωση, κοινωνικές δεξιότητες, χρήση των υπηρεσιών της κοινότητας, αυτοκαθοδήγηση, ικανότητα κάλυψης βασικών αναγκών που σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλεια, λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, ικανότητα για χρήση του ελεύθερου χρόνου και για εργασία (American Association on

Mental Retardation, 1992). Ο ορισμός αυτός αναφέρεται σε πολύ συγκεκριμένους τομείς δεξιοτήτων και δίνεται έμφαση σε πολλούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον. Έτσι βοηθά σε θέματα παρέμβασης και αντιμετώπισης των σχετικών δυσκολιών. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό ένα άτομο για να χαρακτηριστεί άτομο με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι κάτω των 18 ετών, να έχει δείκτη νοημοσύνης μικρότερο ή ίσο του 75 και δυσκολίες σε δύο τουλάχιστον από τους τομείς δεξιοτήτων που προαναφέρθηκαν.

Στο Εγχειρίδιο διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συλλόγου (DSM-IV) τα βασικά χαρακτηριστικά της Νοητικής Υστέρησης είναι: 1) επίπεδο γενικής νοητικής λειτουργίας του ατόμου σημαντικά χαμηλότερο του μέσου επιπέδου νοητικής λειτουργίας. 2) παράλληλα συνυπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στη λειτουργικότητα και προσαρμογή του ατόμου τουλάχιστον σε δύο από τους παρακάτω τομείς δεξιοτήτων: στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, στις λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, στην ικανότητα για εργασία και για χρήση του ελεύθερου χρόνου, στην ικανότητα ικανοποίησης βασικών αναγκών που σχετίζονται με την ασφάλεια και την υγεία. 3) η ηλικία έναρξης τοποθετείται πριν από το 18^ο έτος της ηλικίας του ατόμου. Ο δείκτης νοημοσύνης για τον προσδιορισμό της νοητικής υστέρησης είναι ίσος ή μικρότερος του 70 σύμφωνα με τον ορισμό αυτό. Ωστόσο, το DSM-IV αναφέρει ότι ο δείκτης γενικής νοημοσύνης εμπεριέχει ένα σφάλμα μέτρησης περίπου 5 μονάδων. Επομένως, ένας δείκτης νοημοσύνης 70 αντιστοιχεί σε επίπεδο νοητικής ικανότητας μεταξύ 65-75. Γι' αυτό το λόγο ένας δείκτης γενικής νοημοσύνης γύρω στο 70 χρειάζεται μεγάλη προσοχή και δεν μπορεί να γίνει διάγνωση νοητικής υστέρησης με μόνο αυτό το κριτήριο. Το παιδί ή ο έφηβος θα πρέπει να παρουσιάζει παράλληλα σημαντικές ανεπάρκειες στη γενικότερη λειτουργικότητα και προσαρμογή του στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Άλλωστε όλοι οι ορισμοί και ιδιαίτερα οι δύο, στους οποίους αναφερθήκαμε παραπάνω, δείχνουν ότι για την σωστή διάγνωση απαιτείται αξιολόγηση της προσαρμοστικότητας σε αρκετούς τομείς δεξιοτήτων.

Το ICD-10 χαρακτηρίζει ως νοητική υστέρηση την κατάσταση εκείνη που προέρχεται από την αποτυχία της νοητικής ικανότητας να αναπτυχθεί ολοκληρωμένα. Υποστηρίζει ότι οι γνωστικές, οι γλωσσικές, οι κινητικές, οι κοινωνικές και άλλες δεξιότητες προσαρμοστικής συμπεριφοράς πρέπει όλες να αξιολογηθούν και να χρησιμοποιηθούν, ώστε να προσδιορίσουν το επίπεδο νοητικής ανεπάρκειας. Μάλιστα, υποστηρίζει την ιδέα της διπλής διάγνωσης, θεωρώντας ότι η νοητική υστέρηση ίσως να συνοδεύεται από σωματικές ή άλλες ψυχικές διαταραχές.

Η νοητική υστέρηση διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας: στην ελαφριά νοητική υστέρηση (δείκτης νοημοσύνης 50-55 έως 70), στην μέτρια νοητική υστέρηση (δείκτης νοημοσύνης 35-40 έως 50-55), στη σοβαρή υστέρηση (δείκτης νοημοσύνης 20-25 έως 35-40) και στη βαριά νοητική υστέρηση (δείκτης νοημοσύνης κάτω από 20-25) (Μόττη-Στεφανίδη, 1999)

Επιδημιολογία

Είναι φυσικό να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην εκτίμηση της συχνότητας της νοητικής υστέρησης, αφού υπάρχουν διαφορετικοί ορισμοί της. Επιπλέον, αλλαγές και βελτιώσεις στην ιατρική φροντίδα, στην εκπαιδευτική πράξη και στις κοινωνικές στάσεις αποδοχής και αντιμετώπισης των ατόμων με νοητική υστέρηση επηρεάζουν την εμφάνιση και σοβαρότητα του φαινομένου.

Στις Η.Π.Α. 2,3% του πληθυσμού έχει νοητικό δείκτη μικρότερο του 70 και 5,5% μικρότερο του 75. Ωστόσο, οι μετρήσεις αυτές δεν συμπεριλαμβάνουν την αξιολόγηση των δεξιοτήτων προσαρμογής. Κάποιοι ερευνητές (Baroff, 1991) υποστηρίζουν ότι μόνο το 0,9% του πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει νοητική υστέρηση. Σε αναφορές πολλών επιδημιολογικών μελετών βρέθηκε ότι περίπου 1,25% του γενικού πληθυσμού έχει νοητική υστέρηση (Mc Laren & Bryson, 1987). Από τα παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν επίσημη διάγνωση νοητικής υστέρησης το 89% έχει ελαφριά νοητική υστέρηση, το 7% μέτρια, το 4% σοβαρή έως βαριά νοητική υστέρηση. (U.S. Department of Education, 1994). Η συχνότητα φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται η χρονολογική ηλικία μέχρι περίπου την ηλικία των 20 ετών. Περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια διαγιγνώσκονται με νοητική υστέρηση.

Η νοητική υστέρηση παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Ωστόσο, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει κάποιο σύνδρομο ή κάποια συγκεκριμένη βιολογική αιτιολογία και η νοητική υστέρηση είναι ελαφριά είναι συχνότερη στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα.

Αιτιολογία

Υπάρχουν πάρα πολλές διαταραχές που σχετίζονται με νοητική υστέρηση. Πολλές από αυτές παίζουν αιτιώδη ρόλο στην εμφάνιση της νοητικής υστέρησης. Η Αμερικάνικη Ένωση για τη Νοητική Υστέρηση διακρίνει τις διαταραχές που ενδέχεται να σχετίζονται με τη νοητική υστέρηση σε τρεις γενικότερες κατηγορίες: τις προγεννητικές αιτίες, τις περιγεννητικές και τις μεταγεννητικές αιτίες (AAMP, 1992). Ορισμένες αιτίες (π.χ. οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως το σύνδρομο Down) προσδιορίζονται με πιο αξιόπιστο τρόπο από ό,τι άλλες (π.χ. κάποιες μεταγεννητικές μολύνσεις). Ωστόσο, η νοητική υστέρηση μπορεί να είναι τόσο ένα σύμπτωμα μιας άλλης διαταραχής όπως επίσης και ένα ξεχωριστό σύνδρομο ή διαταραχή.

Σε ποσοστό περίπου 20-30% των ατόμων που έχουν σοβαρή νοητική υστέρηση, η αιτία φαίνεται ότι είναι προγεννητική, σε 11% των περιπτώσεων περιγεννητική (π.χ. περιγεννητική υποξία) και σε 3-12% μεταγεννητική (π.χ. εγκεφαλικό τραύμα). Στο 30-40% των περιπτώσεων με σοβαρή νοητική υστέρηση η αιτία παραμένει άγνωστη. Στην ελαφριά νοητική υστέρηση είναι δυσκολότερο να προσδιοριστεί μία ακριβής αιτία. Αναφέρονται λιγότερες περιπτώσεις προγεννητικής και περιγεννητικής αιτιολογίας. Στο 45-63% των περιπτώσεων η αιτιολογία

παραμένει αδιευκρίνιστη. Λίγοι μεταγεννητικοί παράγοντες συνδέονται με ελαφριά νοητική υστέρηση (McLaren & Bryson, 1987).

Διαταραχές που συνδέονται με νοητική υστέρηση

Αρκετές διαταραχές σχετίζονται με νοητική υστέρηση. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται: επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, ορισμένες διαταραχές όρασης και ακοής, διαταραχές λόγου και προβλήματα συμπεριφοράς (McLaren & Bryson, 1987). Ο αριθμός των συσχετιζόμενων διαταραχών φαίνεται να αυξάνεται με τη σοβαρότητα της νοητικής υστέρησης (Baird & Sadonick, 1985).

Ψυχοπαθολογία

Τα άτομα με νοητική υστέρηση εμφανίζουν τις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται στο γενικότερο πληθυσμό (Jacobson, 1990, Reiss, 1990). Το ποσοστό των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για διπλή διάγνωση (νοητικής υστέρησης και ψυχικής ασθένειας) κυμαίνεται μεταξύ 10 – 40 %. Η μεγάλη αυτή διακύμανση οφείλεται στη διαφορά δειγμάτων στις έρευνες. Έτσι, τα δείγματα που προέρχονται από κλινικού τύπου δομές έχουν υψηλό ποσοστό (40%), ενώ σε μελέτες περιπτώσεων το ποσοστό ανέρχεται στο 10%. Πιθανώς το πραγματικό ποσοστό είναι κάπου στη μέση. Τα άτομα που έχουν ελαφριές γνωστικές δυσκολίες είναι πιο πιθανό να έχουν διπλή διάγνωση από ό,τι τα παιδιά με σοβαρές αναπηρίες (Borthwick-Duffy & Eyman, 1990).

Αξιολόγηση και Διάγνωση της Νοητικής Υστέρησης

Η διαδικασία αξιολόγησης των νοητικών ικανοτήτων πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση των γνωστικών ικανοτήτων και των ικανοτήτων προσαρμογής του ατόμου. Επίσης, για την ολόπλευρη αξιολόγηση και αξιοποίηση των ευρημάτων απαραίτητο είναι να ελέγχονται παράγοντες που έχουν σχέση με την οικογένεια, το σπίτι, το σχολείο, ώστε στη συνέχεια τα στοιχεία που συλλέγονται να οδηγούν σε αξιόπιστα ευρήματα και να οδηγούν σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Για τη συλλογή των στοιχείων αυτών ακολουθούνται ποικίλες διαδικασίες και χρησιμοποιούνται ποικίλα ψυχοτεχνικά εργαλεία. Η χορήγηση ειδικών κλιμάκων, η παρατήρηση, οι συνεντεύξεις συμπληρώνουν η μία την άλλη και είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη λήψη αποφάσεων.

Για την αξιολόγηση της γενικής νοητικής ικανότητας υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένες Κλίμακες. Για τη βρεφική ηλικία χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα οι Bayley Κλίμακες Ανάπτυξης του Βρέφους (Bayley, 1993). Για την προσχολική, τη σχολική ηλικία και για τους ενήλικους είναι γνωστές οι Κλίμακες Wechsler (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised – WPPSI-R (Wechsler, 1989). (Wechsler Intelligence Scale for Children-III (Wechsler, 1991), (Wechsler Adult Intelligence Scale –Revised WAIS-R (Wechsler, 1981). Για τα άτομα ηλικίας 2

ετών έως 23 ετών είναι γνωστή η Stanford – Binet: Fourth Edition (SB:FE) (Thorndike, Hagen, & Sattler, 1986).

Για την αξιολόγηση της Συμπεριφοράς Προσαρμογής υπάρχουν αρκετές κλίμακες. Ιδιαίτερα γνωστές είναι οι Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984).

Υπάρχουν πολλές κλίμακες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων και της συμπεριφοράς προσαρμογής του ατόμου. Ο κάθε ειδικός επιλέγει ανάλογα με την περίπτωση εκείνες τις δοκιμασίες που κρίνει καταλληλότερες. Βασική προϋπόθεση για τη χορήγηση συγκεκριμένων δοκιμασιών είναι και η στάθμισή τους στο συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον των ατόμων που αξιολογούνται.

Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές μέθοδοι και τεχνικές

Η Νοητική Υστέρηση, όπως είδαμε και παραπάνω, συνδέεται με πολλές διαταραχές και προβλήματα. Οι Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές μέθοδοι και τεχνικές εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση πολλών προβλημάτων που σχετίζονται με τη νοητική υστέρηση.

Ας δούμε όμως τις βασικές αρχές και τις μεθόδους του γνωσιακού συμπεριφορισμού, που μπορούν να εφαρμοστούν σε τέτοιου είδους προβλήματα. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς και η απόκτηση ποικίλων δεξιοτήτων βασίζεται αρχικά στην **ακριβή περιγραφή της συμπεριφοράς**, ώστε να μπορεί να παρατηρηθεί και στη συνέχεια με τις κατάλληλες τροποποιήσεις/διευθετήσεις σχετικών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων να τροποποιηθεί (Ζαφειροπούλου, 2004). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα με νοητική υστέρηση: δεν θεωρείται δεδομένο ότι οι μορφές συμπεριφοράς έχουν να κάνουν αποκλειστικά και μόνο με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους ή με τις δυσκολίες του οικογενειακού τους πλαισίου. Τα άτομα δεν στιγματίζονται και δεν θεωρείται αδύνατη η τροποποίηση της συμπεριφοράς τους. Αξιοποιούνται όλες οι δυνατότητες του πλαισίου, στο οποίο εκδηλώνονται ή απουσιάζουν κάποιες μορφές συμπεριφοράς. Ιδιαίτερα για το χώρο της εκπαίδευσης εξατομικεύεται το έργο μάθησης για κάθε μαθητή, αρχή βασική για την ειδική αγωγή. Επιπλέον, με την ακριβή καταγραφή των συνθηκών και μορφών συμπεριφοράς δίνεται η ευκαιρία για δόμηση του περιβάλλοντος μάθησης του κάθε μαθητή. Η **λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς** οδηγεί στον προσδιορισμό συμπεριφορών – στόχων (προς τροποποίηση), στον προσδιορισμό των προγενόμενων και των επακόλουθων των συμπεριφορών – στόχων. Αυτά τα στοιχεία δίνουν την ευκαιρία στα άτομα που καθημερινά αλληλεπιδρούν με τα άτομα με νοητική υστέρηση όπως οι συγγενείς και οι εκπαιδευτικοί να μπορούν να ελέγξουν περιβαλλοντικούς παράγοντες και κυρίως τη δική τους συμπεριφορά σε σχέση με την εμφάνιση των συμπεριφορών – στόχων. Επίσης, στο βαθμό που επιτρέπουν οι δυνατότητες του κάθε μαθητή λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι απόψεις του και οι επιθυμίες του και ενσωματώνονται στη διαδικασία μάθησης και αλλαγής. Η λεπτομερής καταγραφή δίνει την δυνατότητα να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα των προσπαθειών των εκπαιδευτικών, των μαθητών και των οικογενειών. Οι επαναλαμβανόμενες

μετρήσεις αξιολογούν τις προσπάθειες αυτές και δίνουν πολύτιμα στοιχεία για το ρόλο όλων όσων εμπλέκονται καθώς και για την αλλαγή στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Επιπλέον, κάτι πολύ σημαντικό για το χώρο της ειδικής αγωγής και ιδιαίτερα της νοητικής υστέρησης: δίνουν τη δυνατότητα στους εκπαιδευτικούς, στους γονείς και στα ίδια τα παιδιά να κατανοήσουν ότι η αλλαγή είναι δυνατή, πραγματοποιείται έστω και αν λόγω των αντικειμενικών δυσκολιών των μαθητών είναι αργή. Για παράδειγμα, ένας δάσκαλος ίσως να αποθαρρύνεται βλέποντας το μαθητή του να σηκώνεται συνεχώς από τη θέση του και να μην εργάζεται αρκετά. Εάν όμως καταγραφούν οι μορφές συμπεριφοράς του μαθητή και φανεί η μείωση της προβληματικής μορφής συμπεριφοράς καθώς και η αύξηση της θετικής, τότε ο εκπαιδευτικός, οι γονείς και ο ίδιος ο μαθητής θα ενθαρρυνθούν, θα αποφύγουν την εξουθένωση και την απογοήτευση και θα προσπαθήσουν για την περαιτέρω βελτίωση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς οι αλλαγές είναι αργές, χρειάζονται πολύ χρόνο, για να σταθεροποιηθούν και για να γενικευθούν. Φυσικά, τόσο η αναγνώριση της θετικής αλλαγής όσο και η θετική ενίσχυσή της ενδυναμώνουν την όλη προσπάθεια. Με βάση τη **Συντελεστική Εξάρτηση**, προσδιορίζονται οι ενισχυτές για κάθε άτομο του οποίου κάποιες μορφές συμπεριφοράς αποτελούν στόχο προς τροποποίηση. Οι ενισχυτές είναι σημαντικοί για κάθε πλαίσιο. Ιδιαίτερα όμως για το χώρο της εκπαίδευσης, αφού ενισχύουν μορφές συμπεριφοράς αλλά και ενισχύουν τη σχέση του μαθητή με νοητική υστέρηση με το χώρο του σχολείου. Οι ενισχυτές μπορούν να είναι ποικίλης φύσεως (υλικοί, κοινωνικοί, δραστηριότητες ευχάριστες για το κάθε παιδί, πληροφόρησης κ.λπ) (Αγγελή & Βλάχου, 2003). Επίσης, μπορεί να εφαρμοστεί το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών.

Πολλές φορές μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ατόμων με νοητική υστέρηση η **μέθοδος της δημιουργίας νέων εξαρτήσεων**. Πολλές μορφές φοβίας που μπορεί να εκδηλώνουν άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να αντιμετωπισθούν με τη μέθοδο αυτή π.χ. η αντιμετώπιση της φοβίας ενός παιδιού με νοητική υστέρηση να πλησιάσει το μπάνιο μπορεί να υλοποιηθεί συνδέοντας βαθμιαία την είσοδο του παιδιού στο χώρο αυτό με τη χαρά που νιώθει παίζοντας με αυτοκινητάκια.

Όσον αφορά στη χρήση μεθόδων ελέγχου και ενσυνείδητης αλλαγής πολύπλοκων συμπεριφορών (μέθοδος αυτοβεβαίωσης, αυτοελέγχου, μίμησης) χρειάζεται, όπως και σε κάθε περίπτωση, πολύ καλή εκτίμηση των δυνατοτήτων του ατόμου με νοητική υστέρηση καθώς και των στοιχείων προς τροποποίηση. Μπορεί να διδαχτούν πολύ συγκεκριμένες δεξιότητες με τις μεθόδους αυτές. Για παράδειγμα, σε ένα παιδί με ελαφριά υστέρηση μπορεί να διδαχτούν πολύ συγκεκριμένες οδηγίες για οργάνωση του θρανίου του και του τρόπου εργασίας μέσω της αυτοκαθοδήγησης. Εδώ χρειάζεται συστηματική εξάσκηση και χρήση υλικών και μέσων πολύ προσιτών στο παιδί (οι οδηγίες μπορεί να μην διδαχτούν μέσω γραμμάτων αλλά με τη χρήση εικόνων, χρωμάτων). Τα άτομα που σχετίζονται με τα άτομα με νοητική υστέρηση (γονείς, εκπαιδευτικοί, ειδικό προσωπικό σε ειδικά σχολεία) μπορούν να λειτουργήσουν ως **πρότυπα προς μίμηση** υποδεικνύοντας τρόπους συμπεριφοράς και διδάσκοντας δεξιότητες στα άτομα με νοητική

υστέρηση. Πολλές φορές αυτή η ίδια η δεξιότητα μίμησης διδάσκεται στα άτομα με νοητική υστέρηση, ώστε τα άτομα αυτά να μαθαίνουν μιμούμενα ενέργειες και δεξιότητες.

Ο συμπεριφορισμός στο χώρο της εκπαίδευσης, ειδικής και γενικής, μπορεί να αξιοποιήσει το θεσμό των ενδιάμεσων συμβούλων. Οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς μπορούν να εφαρμόσουν με την κατάλληλη καθοδήγηση και εκπαίδευση τις κατάλληλες τεχνικές για την βελτίωση της συμπεριφοράς των μαθητών. Αυτό έχει πολλαπλά θετικά αποτελέσματα: όλοι οι εμπλεκόμενοι κερδίζουν χρόνο, αποκτούν δεξιότητες για αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων με την παρούσα και δεν εστιάζουν μόνο στη διάγνωση που όσο ακριβής και λεπτομερής και αν είναι, δεν δίνει τις περισσότερες φορές πολύ συγκεκριμένες οδηγίες για την αλλαγή. Η αλλαγή απαιτεί εμπλοκή όλων όσων ανήκουν στο σύστημα της εκπαίδευσης των μαθητών και κυρίως όσων αλληλεπιδρούν σε τακτή βάση με αυτούς καθώς και τους ίδιους τους μαθητές.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, για την εφαρμογή γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών στο χώρο της εκπαίδευσης των μαθητών με νοητική υστέρηση, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται για την κάθε περίπτωση ένα καλό και λεπτομερές ιστορικό (συνήθως για τους μαθητές με νοητική υστέρηση αυτό στο χώρο του ειδικού σχολείου λαμβάνουν ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος). Συνήθως δίνεται από τους γονείς ή κηδεμόνες των μαθητών. Βασικό ρόλο παίζει η παρατήρηση των μαθητών σε όσο το δυνατόν περισσότερους χώρους και περιβάλλοντα (στην τάξη, στο διάλειμμα, στις εξόδους, στο σπίτι, σε διαφορετικές περιστάσεις – εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, σε διαφορετικές ώρες και στιγμές – πρωινές ώρες, λίγο πριν τη λήξη του μαθήματος κ.λπ.). Η συνεργασία του ψυχολόγου με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και γενικότερα το προσωπικό του σχολείου και με τους μαθητές, τα στοιχεία που λαμβάνονται από την παρατήρηση, αυτά που λαμβάνονται από το ιστορικό, και από την επίσημη διάγνωση αποτελούν βασικά συστατικά για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις ανάγκες των μαθητών και τις ενέργειες στις οποίες θα προβούμε. Αυτά όλα τα στοιχεία θα βοηθήσουν στο να αποφασίσουμε ποιες είναι οι προβληματικές μορφές συμπεριφοράς, ποιες είναι οι ελλείψεις των μαθητών, ποιες είναι οι δυνατότητες τους, τι ενισχυτές μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και ποιοι είναι οι στόχοι μας. Αφού γίνει συστηματική καταγραφή των συγκεκριμένων μορφών συμπεριφοράς – στόχων προς αλλαγή, αποφασίζεται η εκλογή της καταλληλότερης μεθόδου (Καλαντζή, 1985).

Στο χώρο της νοητικής υστέρησης χρησιμοποιούνται συστηματικά πολλές γνωσιακές – συμπεριφοριστικές τεχνικές. Για την αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται: η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς (shaping), η παροχή τμηματικής βοήθειας (prompting) και η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου (modeling). Η θετική ενίσχυση χρησιμοποιείται, για να ενισχύσει επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς αλλά αποτελεί και ουσιαστικό συστατικό των παραπάνω τεχνικών. Η αρνητική ενίσχυση επίσης χρησιμοποιείται για την αύξηση επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς. Για τη μείωση των μη λειτουργικών (ανεπιθύμητων) μορφών συμπεριφοράς χρησιμοποιείται η απόσβεση και σπάνια η αφαίρεση προνομίων και η διακοπή των θετικών ενισχύσεων (time-out). Πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί στη χρήση της αφαίρεσης

προνομιών και στη διακοπή των θετικών ενισχύσεων. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται ως τελευταίο μέσο τροποποίησης συμπεριφοράς, αφού έχει καταβληθεί προσπάθεια να εφαρμοστούν με επιτυχία άλλες τεχνικές. Επίσης, πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί, ώστε στόχος της προσπάθειάς μας να είναι η μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς και όχι η μείωση του παιδιού. Βασικό είναι το παιδί να αντιληφθεί τους λόγους χρήσης αυτών των τεχνικών. Για τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος των ερεθισμάτων, ώστε να προλάβουμε την εμφάνιση αυτών των μορφών συμπεριφοράς ελέγχοντας ουσιαστικά τα προγενόμενά τους.

Ανάλογα με τις δυνατότητες και τους περιορισμούς στη λειτουργικότητα των ατόμων με νοητική υστέρηση προσαρμόζονται και προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες. Ως συστατικό αυτών των προγραμμάτων ή και ως αυτοτελές πρόγραμμα εφαρμόζεται και η εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επίσης, στοιχεία αυτοδιαχείρισης βοηθούν άτομα που έχουν ελαφριά ή μέτρια νοητική υστέρηση να γίνουν πιο αποτελεσματικά σε ποικίλα πλαίσια (Christina & Poling, 1997).

Αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης

Τα τελευταία σαράντα χρόνια πολλές έρευνες έχουν αποδείξει την επιτυχημένη χρήση τεχνικών που βασίζονται στην εφαρμοσμένη ανάλυση της Συμπεριφοράς τόσο για τη μείωση των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς όσο και για την βελτίωση ποικίλων δεξιοτήτων ατόμων με νοητική υστέρηση, αυτισμό και άλλες συναφείς διαταραχές. Πολλαπλές έρευνες και μετααναλύσεις αποδεικνύουν ότι οι αρχές της εφαρμοσμένης ανάλυσης της Συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση προβληματικών μορφών συμπεριφοράς ατόμων με νοητική υστέρηση όπως και ατόμων χωρίς νοητική υστέρηση από ό,τι άλλες εναλλακτικές μορφές παρέμβασης (Didden, Korzilius, Wietske van Oorsouw & Sturmey, 2006. Lindauer, Zarcone, Richman & Schroeder, 2002). Οι μέθοδοι και οι συμπεριφοριστικές τεχνικές έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα για πλήθος προβληματικών μορφών συμπεριφοράς, μορφών συμπεριφοράς που συνδέονται με πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Επιπλέον, έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές για τη διδασκαλία κατάλληλων μορφών συμπεριφοράς καθώς και δεξιοτήτων καθημερινής ζωής και κοινωνικών δεξιοτήτων. Εφαρμόζονται σε ποικίλα πλαίσια (νοσοκομεία, σχολεία, στο σπίτι) και για πλήθος προβλημάτων (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, επιθετικότητα, μορφές στερεότυπης συμπεριφοράς, διαταραχές διατροφής, οργάνωσης μελέτης, αυτοαπασχόλησης, σχέσεων με συνομηλίκους κ.λπ). Δεν είναι τυχαίο ότι θεωρούνται για προβλήματα που έχουν σχέση με τη νοητική υστέρηση ως ιδιαίτερα αποτελεσματικές και συστήνονται από Ενώσεις που ασχολούνται με τη νοητική υστέρηση (Hagopian & Boelter. FEAT-Houston Newsletter, Special Edition, www.Kennedykrieger.org). Επιπλέον, η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία φαίνεται

αποτελεσματική και για την αντιμετώπιση φοβικών αντιδράσεων, κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων ατόμων με νοητική υστέρηση (Sturmeay, 2006).

Ανάλυση περίπτωσης

Η Μαρία φοιτά σε ειδικό νηπιαγωγείο. Είναι επτά (7) ετών. Έχει εγγραφεί στο ειδικό νηπιαγωγείο με διάγνωση νοητική υστέρηση από το αρμόδιο ΚΕΔΔΥ.

Ιστορικό: Ο πατέρας της Μαρίας είναι 47 ετών. Είναι απόφοιτος δημοτικού σχολείου και δουλεύει ως βοηθός σε μία ιδιωτική βιοτεχνία. Η μητέρα της είναι 35 ετών, απόφοιτος δημοτικού σχολείου και ασχολείται με τα οικιακά. Σύμφωνα με πληροφορίες της μητρικής γιαγιάς και του μητρικού παππού οι γονείς της Μαρίας είναι άτομα με ελαφριά νοητική υστέρηση. Η Μαρία έχει μία μεγαλύτερη αδελφή που πηγαίνει στο γενικό σχολείο και υποστηρίζεται σε τάξη ένταξης. Ο μητρικός παππούς και η μητρική γιαγιά βοηθούν πολύ τους γονείς στην ανατροφή των παιδιών.

Η Μαρία γεννήθηκε με καισαρική. Δεν αναφέρονται προγεννητικά ή περιγεννητικά προβλήματα. Η Μαρία περπάτησε στους 15 μήνες. Τη στιγμή λήψης του ιστορικού η Μαρία χρησιμοποιούσε λίγες συλλαβές και ελάχιστες δισύλλαβες λέξεις. Δεν δόθηκαν στοιχεία για τον ακριβή χρόνο εμφάνισης λόγου. Ο έλεγχος σφιγκτήρων (ούρηση και αφόδευση) μέχρι τη λήψη του ιστορικού ήταν μερικώς. Η Μαρία δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή ασθένεια.

Η Μαρία φοιτούσε στο ειδικό νηπιαγωγείο για δεύτερη φορά. Δεν είχε λάβει εκτός του ειδικού νηπιαγωγείου κάποια ιδιαίτερη βοήθεια σε κέντρο ημέρας ή σε κέντρο πρώιμης παρέμβασης. Έκανε μόνο 2 ώρες την εβδομάδα λογοθεραπεία τη χρονιά που φοιτούσε στο ειδικό νηπιαγωγείο για δεύτερη φορά, οι οποίες διακόπηκαν προς το τέλος της χρονιάς.

Γενική εικόνα: Η Μαρία είναι ένα συμπαθητικό παχουλό κοριτσάκι. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης είχε την εξής εικόνα: Οι κινήσεις της ήταν πολύ αργές. Φαινόταν τις περισσότερες φορές κουρασμένη. Έβγαζε κάποιους ήχους, σπάνια χρησιμοποιούσε δισύλλαβες λέξεις, πετούσε πράγματα, ζητούσε συνέχεια να πηγαίνει στην τουαλέτα. Συνήθως ήταν νυσταγμένη και ήθελε να κοιμηθεί κατά τη διάρκεια της εργασίας στο νηπιαγωγείο. Δυσκολευόταν να μασήσει το φαγητό της (η μητέρα από φόβο μήπως πνιγεί, πολτοποιούσε όλες τις τροφές). Γκρίνιαζε πολλές φορές και έκανε απότομες κινήσεις με το κεφάλι της. Όταν ήταν ήρεμη, εκτελούσε κάποιες απλές εντολές (π.χ. «κάνε γεια»). Είχε την ικανότητα να μιμείται εντολές.

Προσδιορισμός στόχων προς τροποποίηση: Η Μαρία είχε πολλές δυσκολίες. Εκδήλωνε πολλά προβλήματα συμπεριφοράς: Πολλές φορές άρχιζε να ουρλιάζει, πετούσε τα πράγματα κάτω, χτυπούσε τα πόδιά της στο πάτωμα, γύριζε προς τα πίσω με δύναμη το κεφάλι της και τραβούσε τα μαλλιά της. Υπήρχε κίνδυνος να χτυπήσει το κεφάλι της στον τοίχο. Πολλές φορές χτύπαγε το πρόσωπό της ή το κεφάλι της με τα χέρια της. Παρατηρήθηκε η Μαρία σε ποικίλες δραστηριότητες και πλαίσια, ώστε να προσδιοριστούν με ακρίβεια οι συμπεριφορές – στόχοι προς τροποποίηση. Έτσι, εγώ ως ψυχολόγος παρατήρησα την συμπεριφορά της στην τάξη, στο διάλειμμα, σε εξόδους

(παιδική χαρά, εκκλησία, βόλτα, εστιατόριο κ.λπ). Η παρατήρηση γινόταν σε ποικίλες ώρες: την πρώτη ώρα, την τελευταία ώρα, πριν το φαγητό, μετά το τραγούδι κ.λπ). Ο προσδιορισμός των συμπεριφορών – στόχων προς τροποποίηση έγινε με βάση την ασφάλεια της ίδιας της Μαρίας και των γύρω της και την προστασία όλων από τα προβλήματα της συμπεριφοράς της.

Λήψη στοιχείων από μέλη της οικογένειας: Εκτός από το ιστορικό λήφθηκαν επιπλέον στοιχεία από την οικογένεια. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις με τη μητέρα, τη μητρική γιαγιά και το μητρικό παππού στο σχολείο και στο σπίτι της Μαρίας (στο σπίτι οι συναντήσεις έγιναν μαζί με την κοινωνική λειτουργό του σχολείου).

Συμπεράσματα από την αρχική παρατήρηση και τις συνεντεύξεις: Η Μαρία εμφάνιζε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των συμπεριφορών προς τροποποίηση στις εξής στιγμές:

- Όταν ήταν άπνη (η Μαρία κοιμόταν πολλές ώρες το μεσημέρι -περίπου τρεις ώρες). Σηκώνονταν, έτρωγε, και κοιμόταν νωρίς (21.00). Γύρω στις 04.00 τα ξημερώματα ξύπναγε φωνάζοντας «φαϊ» και κάνοντας φασαρία. Η μητέρα, για να ηρεμήσει της έκανε ένα γάλα και έπινε. Μέχρι το πρωί καθόταν ξύπνια παίζοντας με παιχνίδια ή κάνοντας φασαρία. Ερχόταν πολλές φορές στο σχολείο και δεν μπορούσε από τη νύστα να περπατήσει. Αμέσως μόλις έμπαινε στην τάξη άρχιζε την γκρίνια. Το ίδιο γινόταν και την τελευταία ώρα.
- Όταν πεινούσε. Η Μαρία πολλές φορές πεινούσε. Επειδή ήταν εύσωμη, της έκαναν δίαιτα δίνοντας της μόνο μία φρυγανιά και ένα ποτήρι γάλα το βράδυ πριν τον ύπνο. Έτσι, την πρώτη ώρα μέχρι το κολατσιό γκρίνιαζε. Το ίδιο και την τελευταία ώρα.
- Όταν ζεσταινόταν. Οι γονείς της πολλές φορές της έκαναν αέρα με μία βεντάλια. Έτσι ηρεμούσε, όταν φώναζε. Πολλές φορές φώναζε «αέρα» και στο σχολείο. Σταματούσε μόνο, όταν της έκαναν οι άλλοι αέρα.
- Όταν ήταν κουρασμένη
- Υπήρχαν και στιγμές που οι μορφές συμπεριφοράς φαινόταν να είναι απρόβλεπτες. Αυτό ίσως να οφειλόταν στο γεγονός ότι ο λόγος δεν ήταν αναπτυγμένος και δεν μπορούσε η Μαρία να εκφράσει τις ανάγκες της με έναν αποδεκτό τρόπο. Ίσως πάλι να είχε γίνει αυτόματος αυτός ο τρόπος συναλλαγής, αφού στο σπίτι είχε ενισχυθεί από τους γονείς και τους παππούδες, που την χάιδευαν, την έπαιζαν όποτε φώναζε.

Η Μαρία δεν εμφάνιζε αυτές τις ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς ή τις εμφάνιζε λιγότερο:

- όταν ξάπλωνε για λίγο σε ένα στρωματάκι
- όταν οι άλλοι της έκαναν αέρα
- όταν έτρωγε κάτι που της άρεσε (τροφές μαλακές, τις οποίες μασούσε για πολλή ώρα - δυσκολευόταν να καταπιεί).

Η Μαρία σταματούσε την εκδήλωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς

- όταν οι άλλοι την χάιδευαν και όταν της τραγουδούσαν. Σε λίγο όμως ξανάρχιζε. Μερικές φορές ήταν τόση η ένταση, ώστε δεν σταμάταγε με τίποτα.

Προσδιορισμός ενισχυτών: Από τα στοιχεία που λήφθηκαν προσδιορίστηκαν οι εξής ενισχυτές:

- Τραγουδάκια (το παιδί ήθελε να τραγουδάμε μαζί κάποια τραγουδάκια)
- Παιγνίδι με μαλακή μπαλίτσα
- Παιγνίδι «γύρω-γύρω όλοι»
- Κοινωνική ενίσχυση (της άρεσε πολύ να την επαινούν)

Εφαρμογή προγράμματος παρέμβασης

Αποφασίστηκε να εφαρμόσουν το πρόγραμμα εγώ ως ψυχολόγος, η νηπιαγωγός, η γυμνάστρια, οι γονείς, ο μητρικός παππούς και η μητρική γιαγιά (οι γονείς θα έκαναν απλά πράγματα σχετικά με το καθημερινό πρόγραμμα της Μαρίας).

Τεχνικές που εφαρμόστηκαν

- Θετική Ενίσχυση
- Απόσβεση
- Διακοπή θετικών ενισχύσεων
- Μάθηση μίας σύνθετης συμπεριφοράς μέσω παροχής τμηματικής βοήθειας
- Αλλαγές καθημερινού προγράμματος

Αρχικά έγινε συμβουλευτική στους γονείς για την αλλαγή του προγράμματος της Μαρίας.

Συγκεκριμένα δόθηκαν οδηγίες για:

- Λιγότερο ύπνο το μεσημέρι
- Καθυστέρηση της ώρας βραδινού ύπνου
- Πιο εκλογικευμένη διαίτα (συστήθηκε στους κηδεμόνες να επισκεφτούν δημόσιο νοσοκομείο στο οποίο θα δινόταν μία διαίτα στο παιδί αλλά δεν ακολουθήθηκε η σύσταση). Τους συστήθηκε να δίνουν κανονικό φαγητό το βράδυ, ώστε να μην ξυπνά πεινασμένη. Επιπλέον, να μη δίνεται γάλα, όταν ξυπνούσε στις 04.00 π.μ.
- Δόθηκαν και οδηγίες για το είδος της τροφής (σιγά-σιγά οι τροφές να πολτοποιούνται όλο και λιγότερο και να αρχίσει να μασά πρώτα μαλακά τρόφιμα π.χ. μπανάνα και προοδευτικά σκληρότερα)
- Να δίνονται για κολατσιό στο σχολείο τροφές που της άρεσαν (πολλές φορές της έδιναν πράγματα που δεν τα ήθελε και που ήταν και ζημιογόνα (π.χ. της έδιναν κρουασάν, ενώ προτιμούσε μαλακό ψωμί με λίγο τυρί).

Στο σχολείο ακολουθήθηκε ένα πρόγραμμα **μάθησης νέων μορφών συμπεριφοράς** της Μαρίας και τροποποιήθηκαν κάποια στοιχεία του καθημερινού προγράμματος, ώστε να είναι πιο συμβατό με τις ανάγκες της Μαρίας.

- Έτσι, με τμηματική βοήθεια της μάθαμε να ζητά φαγητό ή να ζητά να ξαπλώσει για λίγο. Π.χ. υπήρχε ένα πιάτο με τροφή που της άρεσε. Αρχικά, η Μαρία, όταν το έβλεπε ήθελε να το αρπάξει και όταν δεν την αφήναμε ούρλιαζε ή χτυπούσε το πρόσωπό της ή το κεφάλι της. Της δείχναμε πώς ζητώ φαγητό και μου το δίνουν και στη συνέχεια την ενθαρρύνουμε να το ζητήσει και αυτή. Αρχικά, μπορεί να έλεγε «μαμ» με προτροπή, στη συνέχεια «φαϊ» και μετά «θέλω φαϊ» και τέλος «θέλω να φάω». Αρχικά, όλα γίνονταν με καθοδήγηση η οποία σιγά-σιγά αποσυρόταν.
- Αφού έμαθε να ζητά, βάλαμε και ένα πρόγραμμα όπου σε συγκεκριμένες ώρες έτρωγε κάτι (πέρα από το κολατσιό) και ξάπλωνε για λίγο (σε κάποιο διάλειμμα).

Όποτε **εμφανιζόταν κάποια από τις αρνητικές μορφές συμπεριφοράς** γίνονταν τα εξής:

- Δεν δινόταν καμία προσοχή στη Μαρία (time-out), απομάκρυνσή της από την μπαλίτσα ή διακοπή του τραγουδιού ή της κοινωνικής ενίσχυσης

Όποτε **εμφανιζόταν η επιθυμητή μορφή συμπεριφοράς** (συνεργασία, αίτημα με ευγενικό τρόπο) δινόταν

- θετική ενίσχυση (τραγουδάκι, γύρω-γύρω όλοι, παιγνίδι με μπάλα και κοινωνική ενίσχυση). Πολλές φορές δινόταν η κοινωνική ενίσχυση πριν από τον υλικό ενισχυτή, για να γίνει συνεξάρτηση των δύο αυτών μορφών και να αποσυρθεί ο υλικός.

Αποτελέσματα

Από τη συνεχή καταγραφή των συμπεριφορών-στόχων παρατηρήθηκαν τα εξής:

- Μειώθηκαν οι αρνητικές μορφές της Μαρίας. Δεν έχουν εξαλειφθεί όμως εντελώς.
- Δημιουργήθηκαν οι βάσεις, ώστε να αρχίσει μία άλλου είδους συνεργασία με τη Μαρία, ώστε να μπορέσει να μάθει και να αποκτήσει περισσότερες δεξιότητες. Μέσω της εφαρμογής της τμηματικής βοήθειας συνεχίστηκε η εκπαίδευσή της και σε άλλες δεξιότητες.
- Δημιουργήθηκε μία καλύτερη συνεργασία με την οικογένεια.
- Υπάρχουν «πισωγυρίσματα». Σε κάποιες στιγμές η Μαρία επανεμφανίζει έντονα τις αρνητικές μορφές συμπεριφοράς. Ωστόσο, είναι πολύ πιο αραιή η συχνότητα και η διάρκειά τους. Το ίδιο ισχύει και με την οικογένεια. Ειδικά στις αρχές κάθε σχολικής χρονιάς εμφανίζεται μία παλινδρόμηση πολλών μορφών συμπεριφοράς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελή, Κ., & Βλάχου, Μ. (2003). Μέθοδοι και τεχνικές στη Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών. *Διδακτικές Σημειώσεις. Μάθημα: Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία*. Επιμ. Α.Καλαντζή-Αζίζι. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τομέας Ψυχολογίας. Αθήνα.

American Association on Mental Association. (1992). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSMIV* (4th edition). Washington, DC:Author.

Baird, P.A. & Sadvnick, A.D. (1985). Mental retardation in over half-a-million conservative livebirths: An epidemiological study. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 323-330.

Baroff, G.S. (1991). *Developmental disabilities: Psychological Aspects*. Austin, TX:Pro-Ed.

Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development: Second edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace Janovich, Inc.

Borthwick-Duffy, S.A. & Eyman, R.K. (1990). Who are the dually diagnosed? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 586-595.

Christina, L., & Poling, A. (1997). Using self-management procedures to improve the productivity of adults with developmental disabilities in a competitive employment setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 169-172.

Didden, R., Korzilius, H., Wietske van Oorsouw & Sturmey, P. (2006). Behavioral Treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation. : Meta-analysis of single – subject research. *American Journal on Mental Retardation*. 111, 290-298.

Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). Παρεμβάσεις Γνωσιακού-Συμπεριφοριστικού τύπου στο σχολείο. *Προσαρμογή στο Σχολείο. Πρόληψη και Αντιμετώπιση Δυσκολιών*. Ελληνικά Γράμματα.

Hagopian & Boelter. FEAT-Houston Newsletter, Special Edition.II, www.Kennedykrieger.org. Kennedy Krieger Institute, Baltimore. MD.

ICD-10 – Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1992).

Jacobson, J.W. (1990). Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal of Mental Retardation*, 94, 596-602.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1985). *Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας. Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του Σχολείου*. Αθήνα.

Lindauer, Zarcone, Richman & Schroeder (2002). A comparison of multiple reinforcer assessments to identify the function of maladaptive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 35(3). 299-303.

McLaren, J. & Bryson, S.E. (1987). Review of recent epidemiological studies in mental retardation: Prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal of Mental Retardation*, 92, 243-254.

Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (1999). *Αξιολόγηση της Νοημοσύνης Παιδιών Σχολικής Ηλικίας και Εφήβων. Εγχειρίδιο για Ψυχολόγους*. Ελληνικά Γράμματα.

Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 578-584.

Sattler, J.M. (1992). *Assessment of children*. San Diego, CA: J.M.Sattler Publisher.

Sheerenberger, R.C. (1983). *A history on mental retardation*. Baltimore: Brookes Publishing Co.

Sparrow, S.S., Balla, D.A. , & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scale, Expanded Form Manual*. Circle Press, MN: American Guidance Services.

Sturme, P. (2006). Against Psychotherapy with People who have Mental Retardation: In Response to the Responses. *Mental Retardation*, 44(1), 71-74.

Thorndike, R.L., Hagen, E.P. , & Sattler, J.M. (1986a). *Guide for Administering and scoring the Stanford – Binet Intelligence Scale: Fourth Edition*. Chicago:Riverside Publishing.

Thorndike, R.L., Hagen, E.P. , & Sattler, J.M. (1986b). *Technical Manual, Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition*. Chicago:Riverside Publishing.

U.S. Department of Education (1994). *The sixteenth annual report to Congress on the implementation of the individuals with disabilities education act*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

Wechsler, D. (1981). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation

Wechsler, D. (1989). *Wechsler Preschool Primary Scale of Intelligence - Revised* :San Antonio, TX: The Psychological Corporation

Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.