ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΜΣ «ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

‘’Αντίληψη Γονικής Αποδοχής- Απόρριψης & Αξιολόγηση Εαυτού Παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ’’

‘’Perception Of Parental Acceptance-Rejection & Self-Evaluation Of Children With And Without ADHD’’

Φοιτήτρια: Ξυλούρη Ευαγγελία

Αριθμός Μητρώου: 0286

Επόπτης Καθηγητής: Κουρκούτας Ηλίας

Συνεπόπτες Καθηγητές: Ματσόπουλος Αναστάσιος & Κυπριωτάκη Μαρία

Ρέθυμνο, 2022

Στον Κωνσταντίνο - Δία μου…

Περίληψη

Μ’ αφορμή το ολοένα κι αυξανόμενο ποσοστό διαγνώσεων της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας, διαπιστώνονται μέσω διαφόρων ερευνών οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα, στη σχολική τους πρόοδο, αλλά και στις σχέσεις με τους γονείς τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των γονικών αντιλήψεων και των συναισθημάτων/συμπεριφορών των παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ. Στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό, αναλύεται η έννοια και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, γίνεται μία περιγραφή και σύνδεση της οικοσυστημικής θεωρίας με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης και μία βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που αφορούν τις σχέσεις και τα συναισθήματα των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Έπειτα, στο δεύτερο μέρος, το ερευνητικό, γίνεται μία περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας. Οι δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα είναι η ‘’Self Evaluation Scale for Children (SES-C) – Κλίμακα Αυτο-εκτίμησης για Παιδιά’’ και η ‘’PARQ - Ερωτηματολόγιο Γονικής Αποδοχής/ Απόρριψης’’. Το δείγμα αποτελούνταν από 110 παιδιά ηλικίας 10-12 ετών (65 χωρίς ΔΕΠ-Υ και 45 με ΔΕΠ-Υ). Τέλος, παρουσιάζονται κι ερμηνεύονται τ’ αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων, συγκριτικά με τις δύο ομάδες του δείγματός μας.

Abstract

On the occasion of the increasing percentage of ADHD diagnoses in school-age children, various researches reveal the difficulties they face in their daily life, in their school progress, but also in their relationships with their parents. The purpose of this paper is to highlight the parental perceptions and the feelings / behaviors of children with and without ADHD. In the first part, the theoretical one, the concept and the characteristics of ADHD are analyzed. In addition, a description and connection of the ecosystem theory with the ADHD is made, as well as a bibliographic review of studies concerning the relationships and feelings of parents towards the child with ADHD. Then, in the second part, the research, a description of the research methodology is made. The two scales used in this study are the "Self Evaluation Scale for Children (SES-C)" and the "PARQ - Parental Acceptance / Rejection Questionnaire". The sample consisted of 110 children aged 10-12 years (65 without ADHD and 45 with ADHD). Finally, the results of statistical analyzes are presented and interpreted, compared to the two groups in our sample.

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να ευχαριστήσω βαθύτατα τον καθηγητή μου και επόπτη της διπλωματικής μου εργασίας, κύριο Κουρκούτα Ηλία, για την πολύτιμη βοήθειά του και τις χρήσιμες συμβουλές του όλο αυτό τα διάστημα. Ακόμη, να ευχαριστήσω τους δικούς μου ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου αυτά τα δύο επιπλέον χρόνια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη 3
Abstract 4
Ευχαριστίες 5
Κεφάλαιο 1ο Εισαγωγή 8
1.1 Προβληματική Έρευνας 8
1.2 Δομή εργασίας 9
Α΄ ΜΕΡΟΣ 11
Κεφάλαιο 2ο ΔΕΠ-Υ: ορισμός και χαρακτηριστικά της 11
2.1 Ορισμός 11
2.2 Συμπτώματα 12
2.2.1 Το μοντέλο του Barkley για τη ΔΕΠ-Υ 15
2.2.2 Κλινική εικόνα 16
2.2.3 Συνέπειες στην ψυχοκοινωνική και μαθησιακή λειτουργία 16
2.3 Τύποι ΔΕΠ-Υ - Διαγνωστικά κριτήρια 17
2.4 Συννοσηρότητα 19
2.5 Επιπολασμός 19
2.6 Ερμηνευτικά μοντέλα & αιτιολογικοί παράγοντες 20
2.7 Παράγοντες κινδύνου- προστατευτικοί παράγοντες διατήρησης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ 21
Κεφάλαιο 3ο Οικοσυστημική θεωρία & ΔΕΠ-Υ 26
3.1 Εισαγωγή 26
3.2 Το οικοσυστημικό μοντέλο του Bronfenbrenner 27
3.3. Η θεωρία του δεσμού 29
Κεφάλαιο 4ο Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 31
4.1 Εισαγωγή 31
4.2 Ανάλυση Μελετών 32
Β΄ ΜΕΡΟΣ 39

Κεφάλαιο 5ο Έρευνα 39
5.1 Σκοπός της έρευνας 39
5.2 Ερευνητικές Υποθέσεις 39
5.3 Μεθοδολογία της έρευνας 39
5.4 Ερευνητικά εργαλεία 40
Κεφάλαιο 6ο Ανάλυση αποτελεσμάτων 42
6.1 Παραγοντική ανάλυση 42
6.2 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση κλίμακας για τον εαυτό 42
6.3 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση κλίμακας PARQ 45
6.4 Ανάλυση δεδομένων 48
6.4.1 Στατιστικά σημαντικές ή όχι διαφορές στις μεταβλητές-παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ 48
6.4.2 Στατιστικά σημαντικές ή όχι διαφορές στις μεταβλητές-παράγοντες του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου» 50
6.4.3 Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου» 52
6.4.4 Ανάλυση παλινδρόμησης ανάμεσα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου» 54
6.4.4.1 Εξαρτημένη μεταβλητή Οργανωμένες παρορμητικές συμπεριφορές ανεξάρτητες οι παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ 54
Συζήτηση 61
Περιορισμοί 66
Επιπτώσεις έρευνας για ενδεχόμενες παρεμβάσεις 67
Βιβλιογραφία 68
Παράρτημα 74
Περιγραφικά δεδομένα όλων των μεταβλητών 74

Κεφάλαιο 1ο Εισαγωγή

1.1 Προβληματική Έρευνας

Πολλά, πλέον, παιδιά στις μέρες μας είτε δυσκολεύονται να εστιάσουν τη προσοχή τους στα ερεθίσματα που τους δίνονται είτε καταφεύγουν σε νευρικές και άσκοπες κινήσεις. Αυτά τα παιδιά, τα οποία εμφανίζουν το συνδυασμό αυτών των συμπεριφορών πιθανόν να λάβουν τη διάγνωση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Σύμφωνα με τους Finzi-Dottan, Manor και Tyano (2006) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017), η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις πιο κοινώς διαγνωσμένες διαταραχές στην παιδική ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τους Matson και Estabillo (2017) όπ. ανάφ. στο Matson (2017), έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση του ποσοστού διάγνωσης της διαταραχής στα παιδιά. Συνεπώς, έχει γίνει ευρέως γνωστή σε ειδικούς ψυχικής υγείας, σε εκπαιδευτικούς, ακόμη και σε γονείς, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται τα ποσοστά διάγνωσης παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως μας πληροφορούν οι Σάλμοντ και Πουλιδά (2016). Ως εκ τούτου, θεωρούμε πολύ σημαντική τη διερεύνηση της συγκεκριμένης διαταραχής από μια υποκειμενική σκοπιά και πιο συγκεκριμένα, κάποιων διαστάσεων που αφορούν τα συναισθήματα και την εικόνα που έχουν τα ίδια τα παιδιά, με στόχο την καλύτερη κατανόηση της ψυχολογίας τους, καθώς παρατηρείται πλέον ότι σχεδόν σε κάθε ελληνική τάξη συχνά υπάρχει ένα παιδί διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ.

Διάφορες έρευνες στο εξωτερικό υποδεικνύουν/ επισημαίνουν τις αρνητικές στρατηγικές διαχείρισης και τις στάσεις των γονέων απέναντι σε παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα) που αναπτύσσονται εξαιτίας της διαταρακτικότητας των συμπτωμάτων και των συνοδών αντιδράσεων των παιδιών (υπερκινητικότητα, αδυναμία/ δυσκολία συμμόρφωσης που βιώνεται από τους γονείς ως απειθαρχία/ ανυπακοή, τάσεις απομόνωσης και υπερβολικής αντίδρασης σε περιορισμούς και κανόνες, κλπ). Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τείνουν να είναι πιο απαιτητικοί και επικριτικοί σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η διαχείρισή τους με ακατάλληλες μεθόδους αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα παιδιά που αυξάνει το άγχος τους και επιδρά αρνητικά στην ικανότητά τους για αυτοέλεγχο και αυτορρύθμιση (Finzi-

Dottan, Manor & Tyano, 2017). Οι συγκεκριμένες παράμετροι είναι καίριας σημασίας για την ψυχοκοινωνική και σχολική εξέλιξη των μαθητών με ΔΕΠ-Υ και για την ανάπτυξη προληπτικών ή εστιασμένων παρεμβάσεων σε σχέση με τους γονείς από τους Ειδικούς Παιδαγωγούς και τους Σχολικούς Ψυχολόγους, όταν αυτό διαπιστώνεται.

Είναι σαφές, πως ο εκπαιδευτικός, οι θεραπευτές που δουλεύουν με το παιδί και γενικά, όλοι όσοι ασχολούνται με την πρόοδο και εξέλιξη του παιδιού που αντιμετωπίζει δυσκολίες, χρειάζεται να γνωρίζουν το οικογενειακό υπόβαθρο και τις συνθήκες υπό τις οποίες μεγαλώνει το παιδί αυτό. Αυτό θεωρείται σημαντικό, διότι οι αντιλήψεις που έχουν τα παιδιά για τις συμπεριφορές των γονέων και για τις σχέσεις που αναπτύσσουν μαζί τους, συνιστούν έναν πολύ σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της ψυχοκοινωνικής τους εξέλιξης.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι ν' αναδείξει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ως προς τον εαυτό τους και τους γονείς τους βάσει των συμπεριφορών των γονέων και των εμπειριών που βιώνουν στο σπίτι.

1.2 Δομή εργασίας

Η εργασία διαρθρώνεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό (Α΄ μέρος) και το ερευνητικό (Β΄ μέρος). Στο Α΄ μέρος αναλύεται η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Πιο αναλυτικά, στο Κεφάλαιο 2 ασχολούμαστε με τον ορισμό της ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα που πιθανώς να παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτήν την διαταραχή στηριζόμενοι και στο μοντέλο του Barkley, καθώς και με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, στο ίδιο κεφάλαιο μελετάμε τη συννοσηρότητα που ενδεχομένως πολλά παιδιά να εμφανίζουν με τη διαταραχή αυτή, τον επιπολασμό και την αιτιολογία εμφάνισής της και τέλος, τους παράγοντες που συμβάλλουν ή όχι στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Στο Κεφάλαιο 3 αναλύουμε την οικοσυστημική θεωρία βάσει του μοντέλου του Bronfenbrenner και τη θεωρία του δεσμού προσκόλλησης, πάντα με επίκεντρο τη ΔΕΠ-Υ. Επίσης, στο Κεφάλαιο 4 αναλύουμε διάφορες μελέτες που σχετίζονται με το θέμα της παρούσας εργασίας, κάνοντας μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Ακόμη, στο Β΄ μέρος αναλύουμε τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την παρούσα έρευνα.

Αναλυτικότερα, στο Κεφάλαιο 5 συζητάμε για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνάς μας. Ακόμη, γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της έρευνας και στα βήματα που διενεργήθηκαν προκειμένου να συλλέξουμε τις απαντήσεις από το δείγμα μας και να φτάσουμε στ' αποτελέσματά μας. Επιπροσθέτως, γίνεται μία περιγραφή των δύο εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιήσαμε. Στο Κεφάλαιο 6 αναλύονται κι ερμηνεύονται τ' αποτελέσματα της έρευνάς μας και τέλος, αναφερόμαστε και στους περιορισμούς που προέκυψαν κατά τη διάρκεια αυτής.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2ο ΔΕΠ-Υ: ορισμός και χαρακτηριστικά της

2.1 Ορισμός

Όπως αναφέρουν οι Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) όπ. ανάφ. στο Lewis και Rudolph (2014) και ο Carr (1999), τα τελευταία 60 χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί όροι για να περιγράψουν τη διαταραχή που ονομάζουμε εμείς σήμερα ‘’ΔΕΠ-Υ’’. Μερικοί απ’ αυτούς είναι οι εξής: ‘’υπερκινητική παρορμητική διαταραχή’’ (hyperkinetic impulsive disorder), ‘’ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία’’ (minimal brain dysfunction), ‘’υπερκινητικότητα’’ (hyperactivity), ‘’διαταραχή ελλειμματικής προσοχής’’ (attention deficit disorder), ‘’υπερκινητική διαταραχή’’ (hyperkinetic disorder), ‘’υπερκινησία’’ (hyperkinesis). Αυτές οι διαφορές στους όρους αντανακλούν τις διαφορετικές απόψεις που υφίστανται για τα κυρίαρχα συμπτώματα και για τη δήθεν υποβόσκουσα φυσιοπαθολογία της διαταραχής αυτής. Υπάρχει, όμως, η ομόφωνη άποψη ότι τα πυρηνικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα.

Σύμφωνα με το DSM-5 (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-Fifth Edition, 2013), η ΔΕΠ-Υ είναι : «μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από χαμηλά επίπεδα απροσεξίας, αποδιοργάνωσης ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Η απροσεξία και η αποδιοργάνωση συνεπάγονται αδυναμία παραμονής σε μία εργασία, ότι φαινομενικά το άτομο δεν ακούει και απώλεια αντικειμένων, σε επίπεδα που δεν συμβαδίζουν με την ηλικία ή το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου αυτού. Η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα συνεπάγεται υπερδραστηριότητα, αναστάτωση, αδυναμία του ατόμου να μείνει καθιστό, παρεμβολή σε δραστηριότητες άλλων ανθρώπων και αδυναμία αναμονής – συμπτώματα, τα οποία είναι υπερβολικά για την ηλικία ή το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου αυτού».

2.2 Συμπτώματα

Τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως αναφέρει ο Matson (2017), είναι η απροσεξία, οι αφηρημένες συμπεριφορές, οι υπερβολικές νευρικές κινήσεις, η αεικινησία (συνεχής δραστηριότητα), η υπερβολική κινητική δραστηριότητα, π.χ. παρορμητικότητα, η ακατάπαυστη ομιλία και η συχνή διακοπή ομιλίας των άλλων.

Παρακάτω, αναφέρονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ που περιλαμβάνονται στο DSM-5 (πηγή: DSM-5, 2013).

Διαγνωστικά κριτήρια

Α. Ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από (1) και/ή (2):

1. **Απροσεξία**: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα που έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο και που επηρεάζει άμεσα με αρνητικό τρόπο τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες:

Επισήμανση: Τα συμπτώματα δεν είναι μόνο μια εκδήλωση αντίθετης συμπεριφοράς, ανυπακοής, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

- Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες (όπως, παραβλέπει ή χάνει λεπτομέρειες, η εργασία είναι ανακριβής).

- Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι (όπως, δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος/-η κατά τη διάρκεια διαλέξεων, συνομιλιών ή μακράς ανάγνωσης).

- Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν (όπως, ο νους φαίνεται να είναι αλλού, ακόμη και κατά την απουσία κάποιας προφανούς απόσπασης της προσοχής).

- Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, εργασίες που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (όπως, ξεκινά εργασίες, αλλά χάνει γρήγορα την εστίασή του/της και αποσπάται εύκολα).

- Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες (όπως, δυσκολία στη διαχείριση των καθηκόντων, δυσκολία διατήρησης υλικών και αντικειμένων σε τάξη, ακατάστατος/-η, μη οργανωμένη εργασία, έχει κακή διαχείριση χρόνου, δεν τηρεί τις προθεσμίες).

- Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως, σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι - για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία εκθέσεων, συμπλήρωση εντύπων, εξέταση μακροσκελών εγγράφων).

- Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. υλικά του σχολείου, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).

- Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνονται και άσχετες σκέψεις).

- Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (όπως, δουλειές του σπιτιού, τρέξιμο για θελήματα άλλων - για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, επιστροφή κλήσεων, πληρωμή λογαριασμών, τήρηση των ραντεβού).

2. **Υπερκινητικότητα & Παρορμητικότητα**: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα που έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο και που επηρεάζει άμεσα με αρνητικό τρόπο τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες:

Επισήμανση: Τα συμπτώματα δεν είναι μόνο μια εκδήλωση αντίθετης συμπεριφοράς, ανυπακοής, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

- Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του

- Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος/-η (όπως, φεύγει από τη θέση του/της στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας ή σε άλλες καταστάσεις που απαιτούν να παραμείνει στη θέση του/της).

- Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (Σημείωση: στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας).
- Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου .

- Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (όπως, δεν μπορεί να αισθάνεται ή να μην αισθάνεται άνετα να μείνει ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια/συναντήσεις - μπορεί να θεωρηθεί από τους άλλους ως ανήσυχος/-η ή ότι δυσκολεύεται να συμβαδίσει με τους υπόλοιπους).

- Συχνά μιλάει υπερβολικά.

- Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση (όπως, συμπληρώνει τις προτάσεις των άλλων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της σε μια συνομιλία).

- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της (όπως, ενώ περιμένει στην ουρά).

- Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (όπως, παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα άλλων ανθρώπων χωρίς να ζητήσει ή να λάβει την άδεια - για εφήβους και ενήλικες, μπορεί να εμπλακεί σε αυτό ή να αναλάβει αυτό που κάνουν οι άλλοι).

Β. Αρκετά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 12 ετών.

Γ. Αρκετά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας πρέπει να υπάρχουν σε δύο ή περισσότερες καταστάσεις (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο ή στη δουλειά, με φίλους ή συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα παρεμβαίνουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή (όπως, διαταραχή διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, διασπαστική διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας, νάρκωση ή απόσυρση από την ουσία).

2.2.1 Το μοντέλο του Barkley για τη ΔΕΠ-Υ

Το μοντέλο αυτό, όπως αναφέρει η Wilmshurst (2015), επιχειρεί να εξηγήσει τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ βάσει της εκτελεστικής λειτουργίας και πώς η ελλιπής ικανότητα αυτό-συγκράτησης σχετίζεται με άλλα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία και με προβλήματα στην παρατεταμένη προσοχή. Ο Barkley τόνισε ότι αυτό το μοντέλο προσπαθεί να εξηγήσει μόνο τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας της ΔΕΠ-Υ και όχι αυτά της απροσεξίας.

Ειδικότερα, στο μοντέλο αυτό ο βαθμός επιτυχίας του παιδιού στην ικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων (behavioral inhibition) είναι υψίστης σημασίας για τον εντοπισμό της φύσης των συνεπειών των τεσσάρων κεντρικών εκτελεστικών λειτουργιών: α) της μνήμης εργασίας, β) της αυτορρύθμισης, γ) της εσωτερίκευσης του λόγου και δ) της ανασύστασης πληροφοριών. Τα ελλείμματα, στην αυτοσυγκράτηση οδηγούν σε μειωμένες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και σε αρνητικό αντίκτυπο στην σχολική και ακαδημαϊκή πορεία του παιδιού. Ας σημειωθεί, ακόμη, ότι ο Barkley διαχωρίζει σ’ αυτό το μοντέλο δύο τύπους απροσεξίας: τη συνεχή απροσεξία (sustained attention) και την επιλεκτική απροσεξία (selective attention). Η δεύτερη σχετίζεται με την ανικανότητα να διακρίνει κανείς τις σημαντικές πληροφορίες απ’ τις ασήμαντες. Κι ενώ αποδίδει στον απρόσεκτο τύπο της ΔΕΠ-Υ ελλείψεις στην επιλεκτική απροσεξία, υποστηρίζει ότι τα παιδιά που ανήκουν στον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο έχουν προβλήματα στο να διατηρούν την προσοχή τους.

2.2.2 Κλινική εικόνα

Σύμφωνα με τους Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) όπ. ανάφ. στο Lewis και Rudolph (2014) τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, η δυσκολία τους να κάθονται ακίνητα, η έλλειψη οργάνωσης και επιμονής τους σε γνωστικές δραστηριότητες, η χαμηλή συγκέντρωσή τους, η δυσκολία τους να συμπεριφερθούν κατάλληλα σε κοινωνικές περιστάσεις κ.ά. οδηγούν σε πολλαπλά κοινωνικά και σχολικά/ μαθησιακά προβλήματα.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους προαναφερθέντες, στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο ν' ακολουθούν κανόνες και συνήθειες και προκαλούν ταραχή κατά τη διάρκεια του φαγητού ή οικογενειακών εξόδων. Επιπλέον, συχνά φαίνεται να βρίσκονται σε μία διαρκή ''διαμάχη'' με τ' αδέλφια τους και σπάνια ολοκληρώνουν τις σχολικές εργασίες τους χωρίς την επιτήρηση των γονέων τους (Campbell, Halperin & Sonuga-Barke, 2014).

Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, έχει παρατηρηθεί πως αυτά τα παιδιά στέκονται συχνά όρθια μέσα στην τάξη, διότι δεν μπορούν ν' ακολουθήσουν την ροή του μαθήματος ή να ελέγξουν την ανυπομονησία και την διασπαστικότητα. Ακόμα, δυσκολεύονται στην τήρηση των κανόνων της τάξης, παρουσιάζουν ακατάλληλη συμπεριφορά και δυσκολεύονται να λειτουργούν ως μία ομάδα (συλλογικά) με τους συμμαθητές τους, αλλά και ατομικά, για την διεκπεραίωση σχολικών δραστηριοτήτων.

Στις ομάδες των συνομηλίκων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκαλούν καυγάδες, διακόπτουν τις δραστηριότητες των άλλων, δεν μπορούν να περιμένουν τη σειρά τους και έχουν δυσκολίες στην αναγνώριση των αναγκών των υπολοίπων. Κατά συνέπεια, οι συνομήλικοί τους τούς αποφεύγουν ή/και τους απορρίπτουν λόγω της συμπεριφοράς τους.

2.2.3 Συνέπειες στην ψυχοκοινωνική και μαθησιακή λειτουργία

Γενικά, όπως παραθέτει και ο Carr (1999) η ΔΕΠ-Υ ενέχει σοβαρές δυσκολίες, καθώς οι νέοι με πυρηνικά συμπτώματα, της απροσεξίας, της υπερκινησίας και της παρορμητικότητας, είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν ένα εκτεταμένο εύρος δευτερευόντων προβλημάτων που αφορούν της ακαδημαϊκή/ σχολική-μαθησιακή τους πορεία και τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Αναλυτικότερα, οι δυσκολίες της προσοχής, σύμφωνα με τον Carr (1999), οδηγούν σε χαμηλά ποσοστά επιτυχίας στο σχολείο. Το ποσοστό, επίσης, του πληθυσμού που επηρεάζεται, κυμαίνεται από 5% - 7%, σύμφωνα με την APA(2013) όπ. ανάφ. στο Cheung και συν. (2018). Ως εκ τούτου, τα παιδιά παρουσιάζουν χαμηλή επίδοση στις σχολικές απαιτήσεις, χαμηλή αυτό-εικόνα (Heward, 2011). Επίσης, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα οδηγούν σε δυσκολίες δημιουργίας και διατήρησης κατάλληλων και υγιών σχέσεων με τους συνομηλίκους. Στην εφηβεία, η παρορμητικότητα οδηγεί σε ενέργειες με ρίσκο με επακόλουθες συνέπειες, όπως, τα ναρκωτικά, τα τροχαία ατυχήματα, η εγκατάλειψη του σχολείου κλπ. Όταν οι νέοι γίνουν γνώστες των δυσκολιών τους, ίσως αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και συμπτώματα κατάθλιψης. Οι τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, επομένως, αποτελούν τροχοπέδη στις προσπάθειες των νέων να ‘’συναντούν’’ τις προσδοκίες των γονέων τους κι έτσι, συχνά εμπλέκονται σε χρόνιες διαμάχες με τους γονείς τους.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) όπ. ανάφ. στο Lewis και Rudolph (2014), τα συμπτώματα και η σοβαρότητα της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνδεδεμένα και με τις αντιξοότητες στην οικογένεια και τις γονικές ικανότητες (ψυχοπαθολογία γονέων, συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον κλπ). Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να δημιουργήσουν υγιείς σχέσεις. Αυτές οι σχέσεις, σύμφωνα με τους Finzi-Dottan, Manor και Tyano (2006) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017), αφορούν εν μέρει και το οικογενειακό περιβάλλον. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποτελούν μία καθημερινή πρόκληση για τους γονείς, οι οποίοι, αφού τα θεωρήσουν ως ‘’βάρος’’, καταφεύγουν σε αρνητικές και εχθρικές συμπεριφορές απέναντί τους.

2.3 Τύποι ΔΕΠ-Υ - Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με τον Heward (2011), αυτή η νευροαναπτυξιακή διαταραχή περιλαμβάνει τρεις υποκατηγορίες της ΔΕΠ-Υ, ανάλογα τα συμπτώματα: α) ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος, β) ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και γ) ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο. Όπως υποστηρίζουν οι Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) όπ. ανάφ. στο Lewis και Rudolph (2014), το DSM-4 (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders- Forth Edition) για τον συνδυασμένο τύπο απαιτεί τουλάχιστον τρία συμπτώματα της

απροσεξίας (από εννέα πιθανά συμπτώματα) και έξι συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (από εννέα πιθανά συμπτώματα). Για τον απρόσεκτο τύπο απαιτούνται τουλάχιστον έξι συμπτώματα της απροσεξίας, αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, ενώ για τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο απαιτούνται τουλάχιστον έξι συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα της απροσεξίας.

Επιπροσθέτως, τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες, να μη συμβαδίζουν με το ηλικιακό και αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να είναι εμφανή ως την ηλικία των επτά ετών. Ακόμη, να παρουσιάζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, παραδείγματος χάριν, στο σπίτι και στο σχολείο, να παρεμβαίνουν στην κοινωνική ή/και στην ακαδημαϊκή ανάπτυξη του παιδιού και να μην οφείλονται σε κάποια άλλη διαταραχή, όπως ο αυτισμός.

Αναφορικά με το DSM-5, όπως υπογραμμίζει η Wilmshurst (2015), αυτό διατηρεί τη σύλληψη της ιδέας για τη διαταραχή απ’ την προηγούμενη έκδοσή του και συνεχίζει να υποκατηγοριοποιεί τη διαταραχή στην παρουσίαση συμπτωμάτων, η οποία βασίζεται σε δύο κυρίαρχες κατηγορίες συμπτωμάτων: την απροσεξία και την παρορμητικότητα-υπερκινητικότητα. Δηλαδή, το άτομο λαμβάνει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ όταν συναντάει τα κριτήρια μιας απ’ τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων βασιζόμενη στον βαθμό τον οποίο το παιδί παρουσιάζει τρία πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής: απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια, σύμφωνα με τη Wilmshurst (2015), έχουν αλλάξει ελάχιστα απ’ την τέταρτη έκδοση. Πρώτον, τα συμπτώματα τώρα πρέπει να έχουν εμφανιστεί πριν τα δώδεκα χρόνια (σ’ αντίθεση με τα επτά χρόνια που ίσχυε πριν) και δεύτερον, μόνο πέντε συμπτώματα απαιτούνται για τ’ άτομα ηλικίας δεκαεπτά ετών και άνω, αντί για τα έξι συμπτώματα που απαιτούνται για τα παιδιά και τους νέους ηλικίας δεκαεπτά ετών και κάτω.

2.4 Συννοσηρότητα

Όπως υποστηρίζεται απ' τους Matson και Estabillo (2017) όπ. ανάφ. στο Matson (2017), η ΔΕΠ-Υ είναι μία ετερογενής διαταραχή που συχνά συμπίπτει/ αλληλοκαλύπτεται από άλλες μορφές ψυχικής υγείας στα παιδιά. Λόγου χάριν, η κατάθλιψη, όπως μελέτησε ο Daviss (2008) όπ. ανάφ. στο Matson (2017), οι διαταραχές αγωγής και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, όπως μελέτησαν οι Husby και Wichstrom (2017) όπ. ανάφ. στο Matson (2017), καθώς και/ ή οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Αξίζει να σημειωθεί, ακόμη, ότι τα ακαδημαϊκά προβλήματα είναι συνήθη στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εξαιτίας της παρορμητικότητάς τους, της ελλιπούς προσοχής τους σε λεπτομέρειες, των δυσκολιών συγκέντρωσης τους κλπ (Wilmshurst,2015). Πιο συγκεκριμένα, εκτιμήσεις έχουν δείξει ότι η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών κυμαίνεται από 16%-21%. Επιπλέον, σε έρευνα των Biederman και συν. (1995) όπ. ανάφ. στο Wilmshurst (2015), αποδείχθηκε ότι πάνω από το 70% των παιδιών με συμπτώματα κατάθλιψης έχουν συννοσηρά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Άλλη έρευνα, αυτή των Geller και Luby (1997) όπ. ανάφ. στο Wilmshurst (2015), έδειξε ότι περίπου το 90% τω παιδιών και το 30% των εφήβων είχαν εμφανίσει διπολική διαταραχή συννοσηρή με ΔΕΠ-Υ. Άλλες έρευνες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της αγχώδους διαταραχής και της ΔΕΠ-Υ και υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της διαταραχής της αγωγής. Το 35%-60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν, επίσης, εναντιωματική προκλητική διαταραχή (ODD), ενώ πάνω απ' το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα εμφανίσουν στο μέλλον και διαταραχή αγωγής (CD).

2.5 Επιπολασμός

Σύμφωνα με το DSM-5, εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά σχολικής ηλικίας κυμαίνεται από 3%-7% στον συνολικό πληθυσμό. Είναι φανερό, πως μία τυπική τάξη θα έχει έναν ή δυο μαθητές, οι οποίοι/-ες είτε θα έχουν λάβει διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είτε θα παρουσιάζουν κάποιες δυσκολίες σχετικές με τη διαταραχή αυτή (Heward, 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 90% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκονται με

τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο. Παρ' όλα αυτά, αυτές οι εκτιμήσεις ίσως είναι παραπλανητικές σε σχέση με τα επικρατέστερα στατιστικά στοιχεία, καθώς όλο και περισσότερα παιδιά με συμπτώματα της απροσεξίας δεν διαγιγνώσκονται, εξαιτίας της λεπτής φύσης της κατηγορίας αυτής της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ (Wilmshurst,2015). Τέλος, σύμφωνα με τον Barkley (2005) όπ. ανάφ. στο Heward, (2011), η αναλογία της ΔΕΠ-Υ στ' αγόρια και στα κορίτσια είναι 4:1 (στις μικρότερες ηλικίες η αναλογία αυτή είναι υψηλότερη), δηλαδή τ' αγόρια έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ απ' ό,τι τα κορίτσια.

2.6 Ερμηνευτικά μοντέλα & αιτιολογικοί παράγοντες

Ο Wolraich (2000) όπ. ανάφ. στο Wilmshurst (2015), υποστηρίζει ότι παρόλο που η ΔΕΠ-Υ κατέχει έναν απ' τους κυρίαρχους ρόλους στις παιδικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ακόμη επακριβώς η πραγματική αιτία που προκαλεί την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Ο πιθανότερος παράγοντας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι μία πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ περιβαλλοντικών και βιολογικών παραγόντων (διαφοροποιημένα γονίδια). Τα γονίδια ,τα οποία υποστηρίζεται ότι σχετίζονται με τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ συμμετέχουν σε διαδικασίες, όπως η νευροδιαβίβαση, η νευρογένεση, η συναπτογένεση κλπ. (Núñez-Jaramillo, Herrera-Solís & Herrera-Morales, 2021).

Την ίδια άποψη υποστηρίζουν και πολλοί άλλοι ερευνητές, όπως οι Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) όπ. ανάφ. στο Lewis και Rudolph (2014), οι οποίοι ισχυρίζονται ότι υπάρχουν γενετικοί παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ΔΕΠ-Υ, παρόλο που δεν είναι μία γενετική διαταραχή με την συνήθη έννοια. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι σε έρευνα των Faraone και συν. (2005) με οικογένειες στις οποίες υπήρχαν δίδυμα παιδιά βρέθηκε κληρονομικότητα κατά 76% για τη ΔΕΠ-Υ, όμως, δεν μπορούμε ν' ''απομονώσουμε'' τις γενετικές επιρροές απ' τις περιβαλλοντικές, π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, στρες της οικογένειας κλπ.

Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν, σύμφωνα με τον Wolraich (2000) όπ. ανάφ. στο Wilmshurst (2015), εκτεταμένη έρευνα έχει δείξει ότι η πιθανή νευροβιολογική βάση της ΔΕΠ-Υ επικεντρώνεται σε τέσσερα στοιχεία: στις

δομικές εγκεφαλικές περιοχές, στη γενετική μετάδοση, στις λειτουργίες των νευροδιαβιβαστών και στη νευρογνωστική επεξεργασία. Όσον αφορά τις δομές του εγκεφάλου, με τη μαγνητική τομογραφία έχει εντοπιστεί ότι υπάρχει λιγότερη δραστηριότητα στις περιοχές του μετωπιαίου εγκεφάλου και περισσότερη στην έλικα του προσαγωγίου στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έχουν εμφανίσει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα παιδιά, αντιμετωπίζουν προβλήματα στη μνήμη εργασίας, στην αίσθηση του χρόνου, στην διαρκή προσπάθεια επίτευξης κάποιας εργασίας, στην εστίαση της προσοχής και στην απευθείας απόκριση σε ερεθίσματα.

Οι Núñez-Jaramillo, Herrera-Solís και Herrera-Morales (2021), επιπλέον, σημειώνουν πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες με τους οποίους συνδέεται η ΔΕΠ-Υ αφορούν τα διάφορα στάδια ανάπτυξης του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως η κύηση και οι περιγεννετικές περίοδοι. Μερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που αναφέρονται είναι ο πρόωρος τοκετός, η περιγεννητική υποξία, η έκθεση σε φυτοφάρμακα, η έκθεση σε νευροτοξικά βαρέα μέταλλα κλπ.

Ακόμη, σχετικά με τη γενετική μετάδοση, οι Biederman και συν. (1995) όπ. ανάφ. στο Wilmshurst (2015), δηλώνουν ότι περίπου το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν έναν γονέα, ο οποίος έχει κι εκείνος τη διαταραχή αυτή. Αναφορικά, με τους νευροδιαβιβαστές, οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν εμφανίσει χαμηλά επίπεδα κατεχολαμίνων (αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης), οι οποίες σχετίζονται με την προσοχή και την κινητική δραστηριότητα. Τέλος, η βιβλιογραφία έχει δείξει πως η εκτελεστική λειτουργία και τα επίπεδα διέγερσης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με τα ελλείμματα στη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική επεξεργασία.

2.7 Παράγοντες κινδύνου- προστατευτικοί παράγοντες διατήρησης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ

Οι Sameroff και MacKenzie (2003) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2011), δηλώνουν πως σύμφωνα με τα σύγχρονα μοντέλα ερμηνείας μιας προβληματικής/συναισθηματικής συμπεριφοράς, υπάρχουν πολλαπλοί ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που αλληλεπιδρούν δυναμικά μεταξύ τους και έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συνθηκών για την εμφάνιση μιας τέτοιας διαταραχής/συμπεριφοράς στο παιδί. Βάσει της προσέγγισης του συστημικού και

αλληλεπιδραστικού/συνδιαλλακτικού μοντέλου ανάλυσης της συμπεριφοράς, τέτοιες διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά, δεν αποτελούν ατομικό πρόβλημα, αλλά ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα που εκδηλώνει την ανισορροπία που επικρατεί μεταξύ του εσωτερικού συστήματος και του εξωτερικού πλαισίου του παιδιού.

Παρακάτω θ' αναφερθούμε στους παράγοντες κινδύνου και στους προστατευτικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν ή όχι, στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Σ' όλους εκείνους τους διαπροσωπικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των πιθανοτήτων για την εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών και σ' αυτούς που, αντιθέτως, συμβάλλουν στη μείωση αυτών των πιθανοτήτων.

Ο Carr (1999) υποστηρίζει ότι πολλές θεωρίες έχουν επικεντρωθεί στον ρόλο του οικογενειακού συστήματος, ή και γενικότερα, του κοινωνικού πλαισίου για την αιτιολογία της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ. Τα γονεϊκά ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, η επιθετικότητα και η κατάχρηση αλκοόλ, οι εκθέσεις των παιδιών σε συζυγικές διχόνοιες, η υπερπροστασία στην ανατροφή κατά τη βρεφική ηλικία, έχει βρεθεί ότι εντείνουν τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους Hinshaw (1994), Taylor (1994a) και Anastopoulos και συν. (1996) όπ. ανάφ. στο Carr (1999). Ακόμη, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικοοικονομικού status (κατάστασης), η ανατροφή, τα προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και τα προβλήματα στις σχέσεις με το προσωπικό του σχολείου, -παράγοντες που σχετίζονται με το κοινωνικό πλαίσιο ενός παιδιού-, σχετίζονται, σύμφωνα με έρευνες, με τη ΔΕΠ-Υ κι επίσης, αποτελούν τους παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά.

Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι προσωπικοί και περιβαλλοντικοί. Ανάμεσα στους πιο σημαντικούς βιολογικούς παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται η γενετική ευπάθεια, οι δυσκολίες κατά την εγκυμοσύνη, το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, ο χαμηλός καρδιακός παλμός του εμβρύου κατά τον τοκετό, η μικρή περιφέρεια κεφαλής του εμβρύου κατά τη γέννηση, οι μικρές σωματικές ανωμαλίες, η ανοξία (έλλειψη οξυγόνου) κατά τη γέννηση, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης ασθενειών κατά τη βρεφική ηλικία, η δηλητηρίαση από μόλυβδο και η πρώιμη νευρολογική βλάβη (Carr,1999 · Freitag et al., 2012 · Sciberras et al., 2017). Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στην δημιουργία συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Επιπροσθέτως, τα δυσκόλως διαχειρίσιμα παιδιά προδιαθέτουν την εμφάνιση συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Σε πολλές περιπτώσεις έχει βρεθεί ότι τα παιδιά με βιολογικούς παράγοντες προδιάθεσης

της ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ήπια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα οποία, καθώς, μεγαλώνουν, επιδεινώνονται, διότι τα ίδια τα παιδιά εκθέτονται στους προδιαθετικούς παράγοντες του κοινωνικού πλαισίου.

Ακολούθως, σύμφωνα με τον Carr (1999), υπάρχουν και οι παράγοντες που ίσως διατηρούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ όταν αυτά εμφανιστούν σ' ένα παιδί, οι οποίοι χωρίζονται κι εδώ σε προσωπικούς και κοινωνικούς. Σε προσωπικό επίπεδο, η καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας/ομιλίας ίσως διατηρήσει και ενισχύσει τα συμπτώματα της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Άλλοι τέτοιοι παράγοντες είναι οι συννοσηρές συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές και οι Ε.Μ.Δ. (Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες), η χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα, οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας και οι ελλιπείς στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων, οι οποίοι επιδεινώνουν τη σχέση με τους γονείς και τους συνομηλίκους και αυξάνουν την ένταση των πρωτογενών συμπτωμάτων.

Σε βιολογικό επίπεδο, η ερωτική υπο-διέγερση διατηρεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, καθώς δυσκολεύει τους νέους να μάθουν σε καταστάσεις όπου τα εμφανή ερεθίσματα και οι ενισχυτές δεν είναι διαθέσιμα. Επιπλέον, η δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με την ντοπαμίνη και την αδρεναλίνη, πιθανόν να διατηρεί τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ.

Σε οικογενειακό επίπεδο, οι μη ισορροπημένες ή προβληματικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, η έλλειψη σταθερότητας και ζεστασιάς, η κακομεταχείριση του παιδιού, οι συχνές συγκρούσεις των ενηλίκων μεταξύ τους, οι δυσκολίες στην επικοινωνία, το διαζύγιο και η απομόνωση της οικογένειας, συνιστούν παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αυξάνουν τα πρωτογενή συμπτώματα ΔΕΠ-Υ του παιδιού (υπερκινητικότητα, απροσεξία) (Freitag et al., 2012).

Σε κοινωνικό επίπεδο, η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και των ειδικών (εκπαιδευτικών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, παιδιάτρων, λογοθεραπευτών κλπ) τείνει να μειώνει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων όσον αφορά τα πρωτογενή συμπτώματα όπως και τις δευτερογενείς διαταραχές σχετιζόμενες με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ. Σε περιπτώσεις απουσίας σταθερής συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών, τα επίπεδα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις (Feranska, 2018).

Όσον αφορά τους προστατευτικούς παράγοντες, όπως υποστηρίζει ο Carr (1999), η καλή κατάσταση υγείας, το υψηλό IQ, ένας εύκολα διαχειρίσιμος χαρακτήρας, η υψηλή αυτό-εκτίμηση, η αυτο-αποτελεσματικότητα και ο αυτο-έλεγχος. Άλλοι

τέτοιοι παράγοντες προσωπικοί είναι οι ώριμοι μηχανισμοί άμυνας, οι καλές στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων, οι ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και η ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης φιλικών σχέσεων.

Σε οικογενειακό επίπεδο, ο ασφαλής δεσμός προσκόλλησης, ένα ζεστό οικογενειακό κλίμα μία ευέλικτη και ευπροσάρμοστη οικογενειακή δομή, στην οποία κυριαρχεί η επικοινωνία, η συζυγική ικανοποίηση και ο ισομερής καταμερισμός των υποχρεώσεων του σπιτιού και της ανατροφής των παιδιών αποτελούν οικογενειακούς προστατευτικούς παράγοντες Wüstner και συν. (2019). Ακόμη, η καλή γονική προσαρμογή και λειτουργικότητα αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα, διότι όταν οι γονείς έχουν αυτό-έλεγχο, υψηλή αυτό-εκτίμηση και αυτό-αποτελεσματικότητα, στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων κλπ τότε, μπορούν εύκολα να διαχειριστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ που πιθανόν να εμφανίσει το παιδί τους. Φυσικά, στους προστατευτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται και οι γνώσεις σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τις δυσκολίες της απ' την πλευρά των γονέων.

Σχετικά με το κοινωνικό πλαίσιο, η κοινωνική υποστήριξη, τα χαμηλά επίπεδα άγχους και η συντροφικότητα αποτελούν κι αυτά ισχυρούς προστατευτικούς παράγοντες Wüstner και συν. (2019). Στους κοινωνικούς παράγοντες συγκαταλέγεται και η καλή εκπαιδευτική υποστήριξη, όπου οι εκπαιδευτικοί παρέχουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες των μαθητών. Τέλος, η καλή συνεργασία και η διεπιστημονικότητα μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και της οικογένειας αποτελεί, επίσης, έναν ισχυρό προστατευτικό παράγοντα για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σ' ένα παιδί. Οι θετικές σχέσεις/αλληλεπιδράσεις μεταξύ του σχολείου, των θεραπευτών και της οικογένειας διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην διαπαιδαγώγηση και κατά συνέπεια, στην προσωπική εξέλιξη του παιδιού σε γνωστικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Συμπερασματικά, κατανοούμε, πως το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα, είτε προστατευτικό είτε κινδύνου, για την εμφάνιση ή την αύξηση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στο παιδί. Εάν, για παράδειγμα, αυξηθούν τα επίπεδα του γονικού άγχους, τότε θα μειωθούν τα ποσοστά ποιότητας της ζωής του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Για αυτόν τον λόγο, είναι καίριας σημασίας η ύπαρξη ενός κλίματος αποδοχής και υποστήριξης στην οικογένεια, καθώς και μία καλή συνεργασία μεταξύ οικογένειας και κοινωνίας (σχολείο, θεραπευτική ομάδα κλπ.),

προκειμένου τα παιδί με ΔΕΠ-Υ να ζει μία ποιοτική ζωή, αναπτύσσοντας θετικά συναισθήματα για τον εαυτό του και τον περίγυρο (Mulya, Ropi & Yani, 2019).

Κεφάλαιο 3ο Οικοσυστημική θεωρία & ΔΕΠ-Υ

3.1 Εισαγωγή

Οι Sameroff και MacKenzie (2003) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2011), δηλώνουν πως σύμφωνα με τα σύγχρονα μοντέλα ερμηνείας μιας προβληματικής συμπεριφοράς, υπάρχουν πολλαπλοί ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που αλληλεπιδρούν δυναμικά μεταξύ τους και έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συνθηκών για την εμφάνιση μιας τέτοιας συμπεριφοράς στο παιδί. Συγκεκριμένα, βάσει της προσέγγισης του συστημικού και αλληλεπιδραστικού/συνδιαλλακτικού μοντέλου ανάλυσης της συμπεριφοράς, διαταραχές, όπως η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά, δεν συνιστούν αποκλειστικά ατομικό πρόβλημα, αλλά μια πολυπαραγοντική στην αιτιολογία διαταραχή, της οποίας η εξέλιξη καθορίζετε από πολλές παραμέτρους και εκφράζει μια ανισορροπία που επικρατεί μεταξύ του εσωτερικού συστήματος και του εξωτερικού πλαισίου του παιδιού.

Σύμφωνα με την ολιστικού τύπου προσέγγιση, βλέπουμε ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της. Μέσα σ' αυτό το σύστημα, ανάλογα με τις συμπεριφορές των γονέων και των παιδιών, οι συνέπειες μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές, επηρεάζοντας έτσι τη ψυχή του παιδιού και γι' αυτό το λόγο μπορεί να οξυνθεί η συμπτωματολογία μίας διαταραχής.

Αξίζει να τονίσουμε εδώ πως, σύμφωνα και με τον Κουρκούτα (2017), η οικογένεια είναι ένα σύστημα με μια ιδιαίτερη και πολύπλοκη εξελικτική δυναμική που επιδρά σε διάφορα επίπεδα λειτουργίας των μελών της, καθώς αποτελείται από ένα σύνολο σχεσιακών κι αλληλεπιδραστικών υποσυστημάτων. Σε μία οικογένεια όπου όλα τα μέλη της είναι υγιή και δεν αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία, οι συναισθηματικές προσδοκίες των γονέων εναποθέτονται στα παιδιά, καθώς περιμένουν από εκείνα να τις εκπληρώσουν. Όταν, αντιθέτως, μία οικογένεια αποκτά ένα παιδί, τα οποίο παρουσιάζει οργανικές, σωματικές ή διανοητικές δυσλειτουργίες, τότε είναι λογικό ν' ανακατατάσσονται αυτές οι γονεϊκές προσδοκίες. Επιπλέον, η οικογένεια με την έλευση αυτή διακατέχεται από συναισθήματα άγχους, ανασφάλειας και ανικανότητας διαχείρισης προβλημάτων. Το άγχος συσσωρεύεται με τον καιρό και κυριαρχούν συναισθήματα απογοήτευσης, θλίψης και ανικανότητας, σύμφωνα με τον Roland

(1994) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017). Ακόμη, η οικογένεια μπορεί να θεωρηθεί ‘’δυσλειτουργική’’ όταν αδυνατεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού, το οποίο παρουσιάζει μία διαταραχή/δυσκολία, καθώς και να ισορροπήσει σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο στο πλαίσιο μέσα στο οποίο προσπαθεί να ενταχθεί το παιδί. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως το παιδί αυτό χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και εξειδικευμένης υποστήριξης, γεγονός που επιβαρύνει επιπλέον το οικογενειακό περιβάλλον.

Διάφορες έρευνες έχουν αναδείξει τις κυρίαρχες αντιλήψεις των γονέων ενός παιδιού με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως, το άγχος για την υγεία του και τις οικονομικές απαιτήσεις, τη μελλοντική του αποκατάσταση και τη συμμετοχή του στα κοινά, τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις που βαραίνουν όλα τα μέλη της οικογένειας κλπ. Παρόλα αυτά, λίγα είναι τα εμπειρικά δεδομένα που σχετίζονται με παθολογικές αντιδράσεις της οικογένειας (Kourkoutas, 2009 όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017). Αντιθέτως, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν πως η ύπαρξη ενός μέλους στην οικογένεια, π.χ. με χρόνιο νόσημα, με αυτισμό ή νοητική υστέρηση, επιφέρει θετικές επιρροές στην οικογενειακή δυναμική, καθώς επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι της και τα ιδανικά της σχετικά με την ενδυνάμωση των δεσμών μεταξύ των μελών της. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως στις συμπεριφορικές/ διασπαστικές/ εναντιωματικές συμπεριφορές το οικογενειακό κλίμα και οι αρνητικές αντιδράσεις των γονέων και των παιδιών επιδεινώνονται (Κουρκούτας, 2017).

3.2 Το οικοσυστημικό μοντέλο του Bronfenbrenner

Παρακάτω, αναλύεται το οικοσυστημικό μοντέλο του Bronfenbrenner, καθώς στην έρευνά μας, όπως έχε προαναφερθεί, μελετάμε τη διάσταση για την αντίληψη των παιδιών αναφορικά με τις γονικές σχέσεις και συμπεριφορές.

Σύμφωνα με το οικοσυστημικό μοντέλο του Bronfenbrenner, όπως παρουσιάζουν οι Γκιόκα και Σάλμοντ (2016), ο άνθρωπος αναπτύσσεται σύμφωνα με τις αλληλεπιδράσεις που έχει με το δυναμικό περιβάλλον του και με τον τρόπο που διαχειρίζεται τυχόν αλλαγές σε αυτό. Άρα, οι γονείς, κυρίως, μαζί με τους φίλους, τους παιδαγωγούς, το σχολείο, τη κοινωνία και το πολιτισμό είναι εκείνοι οι

περιβαλλοντικοί παράγοντες που θα επηρεάσουν το παιδί σε μία κρίσιμη φάση της ζωής του. Συνεπώς, για να αντιμετωπίζει ο γονέας καθημερινά και σε συνεχή βάση το παιδί του, το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ο ρόλος του θα πρέπει να είναι πολυδιάστατος, δηλαδή να είναι παιδαγωγικός και ταυτόχρονα επιβεβαιωτικός, συμπληρωματικός, ενισχυτικός και υποστηρικτικός ως προς το παιδί του.

Στα πλαίσια της οικοσυστημικής θεωρίας, σύμφωνα και με τον Κουρκούτα (2017), οι οικογενειακές αντιδράσεις και η στάση απέναντι στην ύπαρξη μιας δυσκολίας εξαρτώνται από ενδογενείς παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία των γονέων, τα κίνητρα αλλαγής, η οικογενειακή οργάνωση κ.ά., καθώς και από εξωγενείς παράγοντες, όπως η ποιότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων από τους ειδικούς. Το οικοσυστημικό μοντέλο θεωρεί την οικογένεια ως ένα πολύπλοκο σύστημα, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τα διάφορα μέλη από την πλευρά τους έχουν αναπτύξει στρατηγικές διαχείρισης των κρίσεων και των σχέσεων τους με τ' άλλα συστήματα (σχολείο, κοινωνία, εργασία κλπ).

Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν οι Finzi-Dottan, Manor και Tyano (2006) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017), τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συμπεριφορά τους. Αυτό αποτελεί για τους γονείς επιβαρυντικό παράγοντα, ο οποίος, συνακολούθως, έχει αρνητικό αντίκτυπο στις σχέσεις τους με τα παιδιά τους. Διάφορες, μελέτες, σύμφωνα με τους προαναφερθέντες συγγραφείς, έχουν δείξει ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αισθήματα γονεϊκής ανεπάρκειας, υιοθετούν εχθρικές συμπεριφορές απέναντι στα παιδιά τους και τείνουν να γίνονται πιο απαιτητικοί και επικριτικοί σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Δημιουργείται, επομένως, ένας φαύλος κύκλος αρνητικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ γονέων και παιδιού με ΔΕΠ-Υ, καθώς η γονική διαχείριση με ακατάλληλους τρόπους αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. Κατά συνέπεια, επηρεάζεται αρνητικά η εξέλιξη της λειτουργίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, επιδεινώνονται τα συμπτώματά τους και κατά συνέπεια, εμποδίζεται η διαμόρφωση της ικανότητάς τους για αυτοέλεγχο και αυτορρύθμιση. Ως αποτέλεσμα, αναπτύσσονται ανασφαλούς τύπου δεσμοί προσκόλλησης μεταξύ των γονέων και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, με όλες τις αρνητικές συνέπειες στη μελλοντική εξέλιξη των παιδιών αυτών. Στην περίπτωση, κατά την οποία οι γονείς επιτυγχάνουν να διαχειρίζονται τα παιδιά τους με θετικό τρόπο, τείνουν να γίνονται ευαίσθητοι απέναντί τους και να ανταποκρίνονται με επιτυχία

στις ανάγκες τους. Επομένως, τα παιδιά αναπτύσσουν την ικανότητά αυτοελέγχου με βάση τα ασφαλή πρότυπα δεσμού που αναπτύσσονται.

Κατά συνέπεια, η οικογένεια πρέπει να εξετάζεται ως ένα σύστημα με δυναμικό χαρακτήρα στα πλαίσια του οικοσυστημικού μοντέλου προσέγγισης, το οποίο αλληλεπιδρά με το εξωτερικό περιβάλλον. Ακόμη, μέσα στην οικογένεια υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση των υποσυστημάτων (ζεύγος, αδέλφια μεταξύ τους, πατέρας-μητέρα-παιδιά, άλλοι συγγενείς, κοκ) μεταξύ τους, δημιουργώντας κατ' αυτόν τον τρόπο πολύπλοκες δυναμικές αλληλεπιδράσεις, οι οποίες διαμορφώνουν επιμέρους συμπεριφορές και συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών μεταξύ τους αλλά και απέναντι στον εξωτερικό κόσμο (Κουρκούτας, 2017). Αυτό σημαίνει πως όταν μελετάμε τις γονικές αντιδράσεις απέναντι σε μία παιδική διαταραχή, οφείλουμε να λαμβάνουμε υπόψη τη δυναμική και διαχρονική εξέλιξη του συστήματος της οικογένειας, καθώς και τους διάφορους παράγοντες που αλληλεπιδρούν με αυτό ή το επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα. Μία εγγενής διαταραχή, επομένως, όπως η ΔΕΠ-Υ εξελίσσεται μέσα στα συγκεκριμένα πολυσύνθετα πλαίσια και δυναμικές και σε ενδεχόμενες συνθήκες επικινδυνότητας ή αντίθετα πρόληψης/προστασίας με αποτέλεσμα, να μειωθούν ή αντίθετα να επιδεινωθούν τα διάφορα επιμέρους συμπτώματα και να αναπτυχθούν μέσα από προβληματικές αλληλεπιδράσεις και δευτερογενή συμπτώματα/ διαταραχές.

3.3. Η θεωρία του δεσμού

Αυτή η ικανότητα αυτοελέγχου, που προαναφέρθηκε, βασίζεται στη ποιότητα του δεσμού προσκόλλησης που έχει αναπτύξει το παιδί με το γονέα. Βάσει, της θεωρίας του δεσμού (attachment theory) όσο πιο πρόωρα οι γονείς αποδεχτούν και κατά συνέπεια, ανταποκριθούν θετικά στις ανάγκες του παιδιού τους, τότε εκείνο νιώθει ότι έχει αναπτύξει μία ασφαλή και υγιή σχέση με το γονέα του. Επομένως, όπως τονίζουν οι Finzi-Dottan, Manor και Tyano (2006) όπ. ανάφ. στο Κουρκούτας (2017), καθορίζεται η ανάπτυξη των εσωτερικών αναπαραστάσεών του εαυτού του και του άλλου και με βάση αυτές τις αναπαραστάσεις το παιδί τείνει ν' αναπτύξει τις διαπροσωπικές και ψυχοσυναισθηματικές του δεξιότητες. Άρα, κατανοούμε ότι ένας ασφαλής δεσμός προσκόλλησης γονέα-παιδιού αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για το παιδί.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ πως το ιδανικό πρότυπο γονέα είναι εκείνο, στο οποίο ο γονέας παρέχει σταθερή συναισθηματική ανταπόκριση στο παιδί του, κι έτσι, αυτό με τη σειρά του αναπτύσσει μηχανισμούς ρύθμισης των συναισθηματικών του μεταπτώσεων. Αντιθέτως, όταν ο γονέας είναι αδιάφορος, ασυνεπής, απορριπτικός ή επιθετικός, τότε δημιουργούνται ανασφαλή πρότυπα δεσμού και το παιδί κατακλύζεται από συναισθήματα άγχους και αγωνίας για το πώς θ' ανταποκριθούν στο μέλλον οι γονείς του σχετικά με τις ανάγκες του (Κουρκούτας, 2017). Στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, επομένως, αυξάνονται κατακόρυφα οι συνθήκες επικινδυνότητας και επιδείνωσης όταν οι δεσμοί είναι ελλειμματικοί, προβληματικοί, ανασφαλούς τύπου, μερικώς συγκρουσιακοί/ ανταγωνιστικοί ή συνδέονται με απόρριψη και εχθρότητα.

Κεφάλαιο 4ο Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

4.1 Εισαγωγή

Μέχρι και σήμερα, έχουν διεξαχθεί σε διεθνές επίπεδο σημαντικές μελέτες αναφορικά με την επίδραση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού στον οικογενειακό του περίγυρο. Αξίζει να τονίσουμε πως μελέτες που εξετάζουν συγκεκριμένα το γονικό άγχος σε οικογένεια με παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι ασύμφωνες μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών, σύμφωνα με τους Si, Ma και Zhang (2020). Οι πιο πολλές έρευνες στην Ελλάδα αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους Τζαμαλή και Σπυροπούλου (2018), αφορούν τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή για το ποιες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις ακολουθούν στη τάξη τους για τη διαχείριση μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, δεν επικεντρώνονται στο πώς βιώνει η οικογένεια ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ αυτή τη διαταραχή του. Ακόμη, υπάρχουν ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές στο πώς τα παιδιά, συγκεκριμένα, βιώνουν τις δυσκολίες τους, καθώς και σε διεθνές επίπεδο οι διάφορες μελέτες επικεντρώνονται αποκλειστικά στις συμπεριφορές των γονέων, όπως η μελέτη των Cheung και συν. (2018), η μελέτη των Clarke και συν. (2015), η μελέτη των Breaux και συν. (2020), κλπ. Γι' αυτό καθίσταται σημαντικό να εμπλουτισθεί η ελληνική βιβλιογραφία με έρευνες στο πεδίο της συστημικής θεωρίας όσον αφορά την οικογένεια με παιδί, το οποίο παρουσιάζει κάποια διαταραχή ή δυσκολία και συγκεκριμένα, ΔΕΠ-Υ. Στόχος μας, είναι η ανάδειξη των συνθηκών και πιο συγκεκριμένα, οι στάσεις των γονέων απέναντι τους, όπως γίνονται αντιληπτές από τα ίδια τα παιδιά στο οικογενειακό πλαίσιο, στο οποίο συνυπάρχουν γονείς και παιδί με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να προταθούν κατάλληλες παρεμβάσεις για το παιδί και την οικογένειά του. Παρακάτω, θα παρουσιαστούν έρευνες από διάφορους πολιτισμούς, εκτός του ελληνικού.

4.2 Ανάλυση Μελετών

Θα αναφερθούμε σε δύο μελέτες, οι οποίες εξέτασαν τις επιδράσεις των επιπέδων άγχους στους γονείς σε οικογενειακά ζητήματα, όπως τη συχνή επιθετική συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και τις συζυγικές διαμάχες.

Αναλυτικότερα, η πρώτη μελέτη των Anastopoulos και συν. (1992), αν και παλιά, υπήρξε πολύτιμη, καθώς ‘’έριξε φως’’ στις μέχρι τότε έρευνες για το πώς επηρεάζει το γονικό στρες τα παιδιά και για τον ρόλο των γονέων. Συγκεκριμένα, έδειξε ότι όταν οι γονείς καταναλώνουν πολλή ενέργεια για ν’ ανταπεξέλθουν σε προβλήματα ψυχοπαθολογίας και υγείας, δίνεται λιγότερη ενέργεια στο γονικό ρόλο τους. Μ’ αποτέλεσμα, να αγνοούν τη θετική συμπεριφορά των παιδιών τους με ΔΕΠ-Υ και ακούσια υπερβάλλουν όταν εκδηλώνουν εκείνα μία μη επιθυμητή συμπεριφορά. Επίσης, έδειξε ότι το γονικό στρες σχετίζεται με τη συχνή επιθετική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, με την εκδήλωση πιο έντονων συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και με υψηλότερο ποσοστό πιθανότητας να έχει το παιδί προβλήματα υγείας. Τέλος, τα γονικό στρες υπήρξε πιο έντονο σε μητέρες με θέματα ψυχοπαθολογίας και σε μητέρες που δεν δουλεύουν έξω απ’ το σπίτι, ειδικά όταν πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια.

Η δεύτερη μελέτη των Si, Ma και Zhang (2020), η οποία διεξήχθη στην Κίνα, υπήρξε και αυτή πολύ καθοριστική για την ανάπτυξη υπηρεσιών των γονιών με παιδί με ΔΕΠ-Υ. Αναλυτικότερα, τ’ αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι μαμάδες έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους λόγω της ‘’σύγκρουσης’’ εργασίας-οικογένειας σε σχέση με τις μαμάδες που έχουν παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Ακόμη, έδειξαν ότι στην Κίνα η ανεργία των γονέων αποτελεί υψηλό παράγοντα γονικού άγχους, το οποίο πηγάζει απ’ τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ του παιδιού τους. Παρόλο, που το γονικό άγχος είναι αυξημένο στη Κίνα, υπάρχει έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης για αυτούς τους γονείς, η οποία από μόνη της τους δημιουργεί άγχος και πίεση.

Άρα, είναι σημαντικό να έχουν οι γονείς καλή και σταθερή ψυχολογική κατάσταση, ώστε να καταφέρουν ν’ ανταπεξέλθουν σε πιθανή διαταραχή του παιδιού τους, παρόλο που η πίεση που βιώνουν πηγάζει απ’ την ίδια την παιδική διαταραχή. Αξίζει να τονίσουμε εδώ ότι δεν παίζουν ρόλο οι πολιτισμικές διαφορές, διότι σ’ όλες τις οικογένειες η ανατροφή και η φροντίδα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι το ίδιο απαιτητικές. Είναι σημαντικό να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα για αυτές τις περιοχές,

π.χ. Κίνα, ώστε να βρεθούν κατάλληλες υποστηρικτικές παρεμβάσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αλλά και των γονιών, ιδιαίτερα.

Επιπλέον, αξίζει ν' αναφερθεί η μελέτη των Brinksma και συν. (2020), η οποία επικεντρώθηκε στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε εφήβους και πώς αυτά επηρεάζουν το οικογενειακό κλίμα. Τ' αποτελέσματα, έδειξαν ότι έφηβοι με υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ ζούσαν σε ένα λιγότερο ''ζεστό'' οικογενειακό κλίμα και βίωναν ένα λιγότερο ευνοϊκό σχολικό κλίμα. Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν με ευρήματα προηγούμενων μελετών που δείχνουν μία σύνδεση ανάμεσα σ' ένα καλό σχολικό κλίμα και σε λιγότερα προβλήματα μεταξύ μαθητή-δασκάλου. Να σημειωθεί, ότι δεν βρήκαν στοιχεία για πιθανές επιρροές του οικογενειακού κλίματος στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μέσα στο χρόνο.

Είναι προφανές, ότι το οικογενειακό και σχολικό κλίμα καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία κάποιας διαταραχής σ' ένα άτομο. Συγκεκριμένα, η οικογένεια και το σχολείο δεν αποδέχθηκαν με τον κατάλληλο τρόπο την ύπαρξη μιας διαταραχής, κατά συνέπεια τα περιβάλλοντα στα οποία ζούσαν και βίωναν οι έφηβοι εκείνοι, ήταν απόμακρα και εχθρικά προς εκείνους. Αυτό, ίσως, γενικά να συμβάλλει και στην όξυνση της συμπτωματολογίας των ατόμων, διότι νιώθουν ματαίωση και μη αποδεκτοί στους οικείους τους. Τέλος, ν' αναφέρουμε ότι η μελέτη αυτή βασίζεται σε περιγραφές των γονέων και δεν μας πληροφορεί για το πώς βιώνουν οι έφηβοι αυτό το μη ευνοϊκό κλίμα. Πρότασή μας, επομένως, είναι ο εμπλουτισμός της βιβλιογραφίας με μελέτες που βασίζονται, κυρίως, στις απόψεις των ατόμων με διαταραχή ΔΕΠ-Υ και όχι μόνο στις απόψεις γονέων, εκπαιδευτικών ή θεραπευτών.

Παρακάτω, θ' αναφερθούμε με χρονολογική σειρά σε δύο μελέτες, οι οποίες εξέτασαν τους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στη σύμφωνη συμμετοχή ή όχι των γονέων με, τα διαγνωσμένα με ΔΕΠ-Υ, παιδιά τους σε θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους.

Πρώτον, η μελέτη των Clarke και συν. (2015) αξιολόγησε τη γονική παρουσία ως σημαντικό δείκτη πρόβλεψης για τη συμμετοχή στη θεραπεία Family School Success. Αναλυτικότερα, τ' αποτελέσματα αυτής της έρευνας επιβεβαίωσαν τη σημαντικότητα της γονικής εμπλοκής στην παρέμβαση FSS για παιδικές διαταραχές. Ακόμη, έδειξαν ότι η ποιότητα της γονικής εμπλοκής αποτελεί ψηλό δείκτη πρόβλεψης για την ανταπόκριση στην παρέμβαση αυτή. Τέλος, η αφοσίωση των γονέων στις σχολικές εργασίες για το σπίτι των παιδιών τους, αποτελεί μοναδική συμβολή για τη γονεϊκή

αυτό-αποτελεσματικότητα, τη σχέση γονέα-εκπαιδευτικού και τη θετική εμπλοκή των γονέων στα ζητήματα των παιδιών τους.

Η δεύτερη μελέτη των Kapke και συν. (2019), εξέτασε τη σχέση μεταξύ της γονικής πολιτισμικής αφοσίωσης, των στάσεων σχετικά με τη θεραπεία, της σοβαρότητας της παιδικής συμπτωματολογίας και της λειτουργικής αναπηρίας με τη συμμετοχή του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη θεραπεία, σε οικογένειες Λατινοαμερικάνων. Συγκεκριμένα, τ' αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οικογένειες που συμμετείχαν στη θεραπεία παρουσίασαν υψηλοτέρα ποσοστά αποπεράτωσης των εργασιών για το σπίτι και βελτιώσεις στη λειτουργία σχέσεων παιδιού-γονέων. Ακόμη, ότι η ανταπόκριση στη θεραπεία σχετίζεται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της λειτουργικής αναπηρίας, με τη γονική πολιτισμική ενσωμάτωση και τις αντιλήψεις των μητέρων για τη θεραπεία. Αξιοσημείωτο, είναι, τέλος, το γεγονός ότι οι αντιλήψεις των μαμάδων ότι τα προβλήματα των παιδιών πρέπει να λύνονται μέσα στην οικογένεια και οι αντιλήψεις στιγματισμού σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα περιγραφών των δασκάλων για λειτουργικές αναπηρίες στο σχολείο στη μετα-θεραπεία και δείχνουν λιγότερη λειτουργική βελτίωση.

Συμπερασματικά, οι αντιλήψεις των γονέων και οι γνώσεις τους για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί τους, καθώς και η ''αφοσίωσή'' τους στα ιδανικά του πολιτισμού τους διαδραματίζουν και αυτά έναν σημαντικό ρόλο. Μπορεί ο γονέας να είναι ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του παιδιού του, αλλά η κουλτούρα του να μην του επιτρέπει να εμπλακεί το παιδί του σε μεγάλο βαθμό σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση. Για να επιβεβαιωθεί ότι αυτό το γεγονός ισχύει, θα ήταν χρήσιμο να εξετάσουμε αυτό το ενδεχόμενο σε ακόμη περισσότερους πληθυσμούς με διαφορετική κουλτούρα και νοοτροπία.

Στη συνέχεια, θα περιγράψουμε μία τέταρτη μελέτη των Lessard, Normandeau και Robaey (2016) που κι εκείνη αφορά θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στόχος της, όμως, είναι ν' αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ΙΥ(Incredible Years) σε γονείς με παιδιά με ΔΕΠ-Υ, στα οποία χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή ως η κυρίαρχη θεραπεία. Ακόμη, στοχεύει να εξετάσει τα δύο προγράμματα (ΙΥ & TS-Telephone Support) που αφορούν την εκπαίδευση των γονέων ως προς τις επιδράσεις τους στις γονεϊκές πρακτικές. Αυτή η έρευνα έδειξε ότι τα ΙΥ & TS είχαν σημαντικά διαφορετικά σκορ στις πρακτικές γονέων σε σχέση με το Μ (Medication). Τα ΙΥ & TS έκαναν περισσότερη χρήση επαίνου και αμοιβών και λιγότερης πειθαρχίας σε

σχέση με το πρόγραμμα Μ. Τέλος, το ΙΥ είναι πιο αποτελεσματικό για την αλλαγή πρακτικών των γονέων σε σχέση με τα άλλα δύο θεραπευτικά προγράμματα.

Συμπερασματικά, διάφορα θεραπευτικά προγράμματα είναι πολύ αποτελεσματικά στην υποστήριξη των γονέων με παιδί με ΔΕΠ-Υ, γιατί βοηθάνε τον γονέα ν' αναπτύξει κατάλληλες λειτουργικές πρακτικές, ώστε ν' ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί του και, σαφώς, να το βοηθήσει. Θα ήταν πολύ χρήσιμο και για τους εκπαιδευτικούς, γονείς και θεραπευτές ψυχικής υγείας να δοκιμαστεί η αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων στα ελληνικά δεδομένα και, φυσικά, και σε άλλες χώρες, όπου τέτοιες έρευνες είναι λιγοστές ή και ανύπαρκτες.

Επιπροσθέτως, όπως γνωρίζουμε από τη διεθνή βιβλιογραφία, η άστατη ψυχική υγεία των γονέων θεωρείται ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κάποιας διαταραχής στους απογόνους. Συγκεκριμένα, η ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους Campbell, Halperin και Sonuga-Barke (2014) έχει βρεθεί ότι είναι κληρονομική κατά 76%, οπότε κατανοούμε πως οι γονείς και η ψυχοπαθολογία τους επιδρούν κατά ένα ποσοστό στην παιδική διαταραχή. Παρακάτω, θ' αναλύσουμε τρεις μελέτες που αφορούν την επίδραση της ψυχοπαθολογίας των γονέων στο παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τους Cheung και συν. (2018), οι οποίοι επανεξέτασαν παλαιότερες έρευνες, βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της μητρικής κατάθλιψης και της συμπτωματολογίας ΔΕΠ-Υ του παιδιού. Οι μητέρες με παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης απ' τις μητέρες με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, η έρευνα των Kandemir και συν. (2014) έδειξε ότι η ψυχική υγεία είναι χειρότερη στους γονείς με παιδιά με ΔΕΠ-Υ κι έτσι επιβραδύνεται η ικανότητά τους ν' ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των παιδιών τους. Να προσθέσουμε ότι τα ψυχοκοινωνικά σκορ ήταν πιο χαμηλά στην ομάδα με παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ότι η ανάπτυξη του εαυτού στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται αρνητικά. Συμπερασματικά, η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος επηρεάζεται κατά πολύ όταν υπάρχει παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Επιπροσθέτως, η μετα-ανάλυση των Cheung και Theule (2016) είναι σύμφωνη με τα ευρήματα της προαναφερθείσας έρευνας, καθώς τα ευρήματά της έδειξαν ότι τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας των γονέων σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη ΔΕΠ-Υ ενός απογόνου. Οι γονείς, με παιδί με ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους γονείς

παιδιού τυπικής ανάπτυξης και μάλιστα, να παρουσιάζουν συννοσηρότητα μεταξύ της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής και της διαταραχής της συμπεριφοράς. Προκύπτει, επομένως, το συμπέρασμα ότι όταν οι γονείς παρουσιάζουν ψυχικά προβλήματα ή ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά, αυξάνονται οι πιθανότητες τα παιδιά τους να παρουσιάσουν κάποιας μορφής δυσκολίες ή διαταραχές. Είναι σημαντικό, να ενημερώνονται οι γονείς για την πρόληψη παρόμοιων δυσλειτουργιών από την πλευρά τους, ώστε να καταστούν ικανοί να τα βοηθήσουν. Βλέπουμε, πόσο χρήσιμες είναι αυτές οι μελέτες για την κατανόηση εις βάθος των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες με παιδί με ΔΕΠ-Υ, και όχι μόνο.

Μία ακόμη μελέτη που θα εξετάσουμε είναι εκείνη των Muñoz-Silva, Lago-Urbano και Sanchez-Garcia (2017), η οποία αναφέρεται στο βαθμό που οι στάσεις των γονέων επηρεάζουν το παιδί. Για την ακρίβεια, τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η στάση των γονέων έμμεσα συνδέεται με τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στο παιδί και άμεσα με τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού. Επιπλέον, τα συναισθήματα των γονέων για το παιδί επηρεάζονται πολύ πιο έντονα από τα προβλήματα συμπεριφοράς του σε σχέση με τα συμπτώματά της ΔΕΠ-Υ. Εν τέλει, τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού είναι εκείνα που παράγουν την κριτική των γονέων και όχι, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, οι στάσεις των γονέων σχετίζονται πιο πολύ με τις επιδράσεις της συμπεριφοράς του παιδιού στην οικογένεια και με τη συζυγική ζωή απ' ό,τι σχετίζονται με την ίδια τη διαταραχή του παιδιού.

Η ίδια η έρευνα τονίζει ότι η κοινωνική υποστήριξη (social support) των γονέων μειώνει τον αρνητικό αντίκτυπο της συμπεριφοράς του παιδιού στα συζυγικά θέματα των γονέων και στις κοινωνικές σχέσεις τους. Επιπροσθέτως, η κοινωνική υποστήριξη έχει μία έμμεση επίδραση στα συναισθήματα και στις αντιλήψεις των γονέων για τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Αυτό σημαίνει ότι η υποστήριξη των γονέων θα πρέπει ν' αποτελεί προεξέχοντα σκοπό της κοινωνίας για την παροχή της κατάλληλης βοήθειας σε οικογένειες που χρήζουν υποστήριξης.

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί ότι στην ηλικία των οκτώ με εννέα ετών, τα παιδιά ξεκινούν ν' αναπτύσσουν την αυτό-αντίληψή τους για το εάν κυνηγούν ή όχι τους στόχους τους και για το εάν μπορούν ή όχι να τους πετύχουν, σύμφωνα με τους Snyder και συν. (1997) όπ. ανάφ. στο Ma, Lai και Lo (2017). Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά υπερεκτιμούν τους

εαυτούς τους και τις επιδόσεις τους, όπως δηλώνουν οι Hoza και συν. (2004) όπ. ανάφ. στο Ma, Lai και Lo (2017).

Επιπλέον, πολλές έρευνες έχουν καταδείξει την επιθετικότητα και τις διαμάχες που κυριαρχούν στις σχέσεις γονέα-παιδιού με ΔΕΠ-Υ, όπως επίσης και τις διαφορές που υπάρχουν στις σχέσεις πατέρα-παιδιού και μητέρας-παιδιού. Για παράδειγμα, παιδιά έως δύο ετών με έντονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ τείνουν να λαμβάνουν λιγότερη πατρική υποστήριξη, σύμφωνα με τους Gadeyne και συν. (2004) όπ. ανάφ. στο Ma, Lai και Lo (2017), ενώ άλλα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν το αντίθετο, δηλαδή περισσότερη μητρική απόρριψη στα παιδιά με έντονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους Lifford, Harold και Thapar (2008) όπ. ανάφ. στο Ma, Lai και Lo (2017). Ακόμη, όταν υπάρχει μία καλή και ποιοτική σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού, τότε αυτή η κατάσταση οδηγεί στην ικανότητα που αναπτύσσουν τα παιδιά και οι έφηβοι. Όλα τα παραπάνω τα υποστηρίζει και η έρευνα των Ma, Lai και Lo (2017), καθώς βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των ποιοτικών σχέσεων γονέα-παιδιού και της αυτό-εικόνας του παιδιού και ιδιαίτερα θετικός αντίκτυπος σ' αυτή τη σχέση είναι το γεγονός ότι τους εμπνέουν ελπίδα για το μέλλον τους.

Αξίζει ν' αναφερθεί, ακόμη, πως πολλά παιδιά διαγνωσμένα με ΔΕΠ-Υ λαμβάνουν αρνητικές στάσεις απ' τους άλλους, ειδικά απ' τους συνομηλίκους τους. Αυτό συμβαίνει, διότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν, όπως έχει ειπωθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ελλείψεις/δυσκολίες στις κοινωνικές τους δεξιότητες. Χάρη σ' αυτό το γεγονός, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και κατ' επέκταση, αναπτύσσουν μία χαμηλή αυτό-εκτίμηση και μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους. Στο μέλλον, είναι πολύ πιθανό όλα αυτά τ' αρνητικά συναισθήματα να οδηγήσουν σε συμπτώματα κατάθλιψης, σε καταχρήσεις ουσιών, στην εγκατάλειψη του σχολείου κλπ.

Έχουν διεξαχθεί κι άλλες έρευνες που επικεντρώνονται στην επιρροή που ασκούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ του παιδιού στην λειτουργία της οικογένειας, όπως αυτή των Breaux και Harvey (2019) και των Peñuelas-Calvo και συν. (2021).

Κατανοούμε, επομένως, πως οι περισσότερες έρευνες δεν επικεντρώνονται άμεσα στα συναισθήματα των παιδιών, αλλά, κυρίως, στα βιώματα/συναισθήματα των γονέων με παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Συμπερασματικά, στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστοι ερευνητές που ''μετράνε'', κατά κάποιον τρόπο, τα συναισθήματα των ίδιων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κι εμείς αυτό ακριβώς στοχεύουμε ν' αναδείξουμε απ'

τη δική μας έρευνα, τα βιώματα, τις οικογενειακές σχέσεις και τις ψυχολογικές δυσκολίες των γονέων και, πρωτίστως, του ίδιου του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5ο Έρευνα

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αναφορικά με τη διαταραχή τους βάσει των συμπεριφορών και των βιωμάτων στα οποία εκθέτονται τα ίδια μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον και της αντίληψης που δημιουργείται για τις στάσεις των γονέων τους, συγκριτικά με παιδιά χωρίς κάποια ανάλογη διαταραχή.

Συγκεκριμένα, σκοπεύουμε, να διερευνήσουμε: (α) τη ποιότητα των σχέσεων και των στάσεων των γονέων απέναντί τους, όπως τις αντιλαμβάνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, (β) τα συναισθήματα/ αντιλήψεις των παιδιών με ΔΕΠΥ για τον εαυτό τους, και (γ) να συγκρίνουμε τις αντίστοιχες παραμέτρους με ομάδες παιδιών, τα οποία δεν είναι διαγνωσμένα με ΔΕΠΥ.

5.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

1. Οι θετικές στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με θετικά συναισθήματα για τον εαυτό του και θετικές συμπεριφορές του παιδιού.
2. Οι αρνητικές στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα που αναπτύσσει το παιδί για τον εαυτό του.
3. Συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναπτύσσουν λιγότερο θετικά συναισθήματα για τον εαυτό τους και βιώνουν περισσότερη απόρριψη από τους γονείς.

5.3 Μεθοδολογία της έρευνας

Για το δείγμα μας επιλέχθηκαν 45 παιδιά (14 κορίτσια και 31 αγόρια), ηλικίας 10 με 12 ετών (Δ’, Ε’ ΣΤ’ τάξη) από 4 Δημοτικά σχολεία του Νομού Ηρακλείου. Τα παιδιά αυτά είτε βάσει της διάγνωσης που έχουν λάβει ανήκουν στο φάσμα της ΔΕΠ-

Υ, είτε βάσει της εικόνας του εκπαιδευτικού που έχει μέσα στην τάξη αντιμετωπίζουν αυτή τη δυσκολία. Επιπλέον, επιλέχθηκαν τυχαία, απ' τα προαναφερόμενα Δημοτικά, 65 τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (31 κορίτσια και 34 αγόρια), της ίδιας ηλικίας, τα οποία δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή, ώστε να γίνει η σύγκριση των δύο ομάδων του δείγματος.

Αρχικά, αφού λάβαμε την άδεια από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, πήραμε την άδεια των διευθυντών των σχολείων για την πρόσβασή μας στο σχολικό περιβάλλον, αφού πρώτα βεβαιώθηκαν ότι τηρούσαμε όλα τα μέτρα προστασίας κατά του COVID-19. Έπειτα, αφού λάβαμε την έντυπη έγκριση των γονέων για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα, δόθηκε στους/στις μαθητές/-τριες σε έντυπη μορφή μία κλίμακα αυτό-αξιολόγησης σχετικά με τα συναισθήματά για τον εαυτό τους και μία κλίμακα αξιολόγησης των σχέσεων με τους γονείς τους. Τα παιδιά συμπλήρωσαν ανώνυμα τις κλίμακες σε διάστημα μισής/μίας διδακτικής ώρας παρουσία του/της εκπαιδευτικού μόνο και όχι των ερευνητών, αφού πρώτα, όμως, λάβανε τις κατάλληλες οδηγίες από την ερευνητική ομάδα (οι οδηγίες για την κάθε κλίμακα υπήρχαν και γραμμένες στα έντυπα που τους δόθηκαν). Έπειτα, οι κλίμακες δόθηκαν στους ερευνητές για ανάλυση και εξαγωγή συμπερασμάτων.

5.4 Ερευνητικά εργαλεία

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή είναι δύο κλίμακες που διερευνούν πρώτον, τις αντιλήψεις των παιδιών για τον εαυτό τους και τα συναισθήματά τους και δεύτερον, τις σχέσεις που έχουν με τους γονείς τους. Η πρώτη κλίμακα ονομάζεται ''Self Evaluation Scale for Children'' (SES-C) – Κλίμακα Αυτο-εκτίμησης για Παιδιά'' των Klimkeit, Graham, Lee, Morling και Russo (2006), είναι μία αυτο-αναφορά των παιδιών που διερευνά τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους. Αποτελείται από 21 προτάσεις και είναι 10-βάθμιας κλίμακας (από το 0 έως το 10). Έχει βρεθεί ότι πληροί όλα τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά για τον σκοπό που δημιουργήθηκε, είναι σύντομη και εύκολη για τη συμπλήρωσή της εκ μέρους των παιδιών και έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες. Τέλος, είναι εφαρμόσιμη και στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Όπως δηλώνουν και οι συγγραφείς της κλίμακας, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικό ν' ακουσθούν και ν' αναδειχθούν τα προσωπικά τους βιώματα. Η δεύτερη κλίμακα (συνοπτικής έκδοσης) ονομάζεται ''PARQ-

Ερωτηματολόγιο Γονικής Αποδοχής/ Απόρριψης'' των Rohner και Khaleque (2005) και διερευνά τις σχέσεις μεταξύ γονέων-παιδιού και τους τρόπους με τους οποίους οι γονείς συμπεριφέρονται στα παιδιά τους. Αποτελείται από 24 προτάσεις και είναι 4-βάθμιας κλίμακας (''Πάντα'', ''Μερικές φορές'', ''Σπάνια'', ''Ποτέ''). Έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 7.000 μελέτες παγκοσμίως σε όλα τα πεδία της αναπτυξιακής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας με υψηλά ποσοστά πρόβλεψης για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και ενδεχόμενων διαταραχών (βλ. Rohner, 2020). Η χρήση αυτών των εργαλείων σε παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και διαφόρων ειδών διαταραχές συνιστά μια σημαντική συμβολή στην καλύτερη κατανόηση της εξέλιξης των διαταραχών αυτών. Ακόμη, η ανάπτυξη θετικών αναπαραστάσεων και συναισθημάτων για τον εαυτό συνιστά ένα σημαντικό προστατευτικό και ενισχυτικό παράγοντα για τη ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών. Είναι, επομένως, σημαντικό να εντοπίζονται οι παράγοντες κινδύνου, όπως, η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, ο βαθμός ανάπτυξης των συμπτωμάτων της διαταραχής, οι οικογενειακές σχέσεις, οι σχέσεις με συνομηλίκους κλπ.

Κεφάλαιο 6ο Ανάλυση αποτελεσμάτων

6.1 Παραγοντική ανάλυση

Test αξιοπιστίας Cronbach's α για τις *μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου «Πως βλέπεις τον εαυτό σου»*

Μεταβλητή	Cronbach's α
Ζεστασιά/Στοργή	*.614*
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	*.785*
Αδιαφορία/Παραμέληση	*.587*
Αδιαφορία/Απόρριψη	*.496*
Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές	*.736*
Θετική αυτοεκτίμηση	*.703*
Ενδιαφέρον για τις σχολικές δεξιότητες	*.496*
Άγχος	*.620*

6.2 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση κλίμακας για τον εαυτό

Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση (Confirmatory Factor analysis) συνιστά ένα μοναδικό τρόπο για τον έλεγχο μιας θεωρίας, καθώς ο ερευνητής ξεκινά με μια υπόθεση πριν από την ανάλυση. Η υπόθεση αυτή βασίζεται σε μια ισχυρή θεωρία ή μια παρατήρηση, ενώ ορίζει ποιες μεταβλητές θα σχετίζονται με ποιους παράγοντες, όπως και ποιοι παράγοντες θα σχετίζονται μεταξύ τους. Αφού ο ερευνητής προσδιορίσει τους παράγοντες, είναι σε θέση να τους συγκρίνει με αυτούς που βρέθηκαν από μια ομάδα δεδομένων, προκειμένου να προσδιορίσει την καταλληλότητα του μοντέλου.

Στην επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση, ο ερευνητής προτείνει κάποια μοντέλα, που βασίζονται στη θεωρία ή τα υπάρχοντα δεδομένα. Στα μοντέλα αυτά, προσδιορίζονται οι συσχετίσεις των παραγόντων και των μεταβλητών με έναν ή περισσότερους παράγοντες, σύμφωνα με τις θεωρητικές προσδοκίες του ερευνητή, αφήνοντας και κάποιες παραμέτρους να τις προσδιορίσει η ίδια η ανάλυση.

Η προσαρμογή του μοντέλου αναφέρεται στο πόσο καλά το προτεινόμενο μοντέλο (σε αυτή την περίπτωση, το μοντέλο με τους δομικούς παράγοντες) αντιστοιχεί στους

συσχετισμούς μεταξύ μεταβλητών στο σύνολο δεδομένων. Εάν λαμβάνουμε υπόψη όλους τους σημαντικούς συσχετισμούς που είναι εγγενείς στο σύνολο δεδομένων (σε σχέση με τις μεταβλητές στο μοντέλο μας), τότε έχουμε καλή προσαρμογή. Αν όχι, τότε υπάρχει μια σημαντική «απόκλιση» μεταξύ των προτεινόμενων συσχετίσεων και των συσχετίσεων που παρατηρήθηκαν και έτσι έχουμε κακή προσαρμογή μοντέλου. Το προτεινόμενο μοντέλο μας δεν "ταιριάζει" στο παρατηρούμενο ή στο "εκτιμώμενο" μοντέλο (δηλ. οι συσχετίσεις στο σύνολο δεδομένων).

Οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου είναι:

Μέτρο	x^2/df	p-value for the model	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	PCLOSE
Κατώφλι	< 3 καλό, < 5 μερικές φορές επιτρεπτό	> .05	> .95 τέλειο; > .90 συμβατικό; > .80 μερικές φορές επιτρεπτό	>.95	>.80	< .05 καλό, .05 - .10 μέτριο, > .10 κακό	>.05

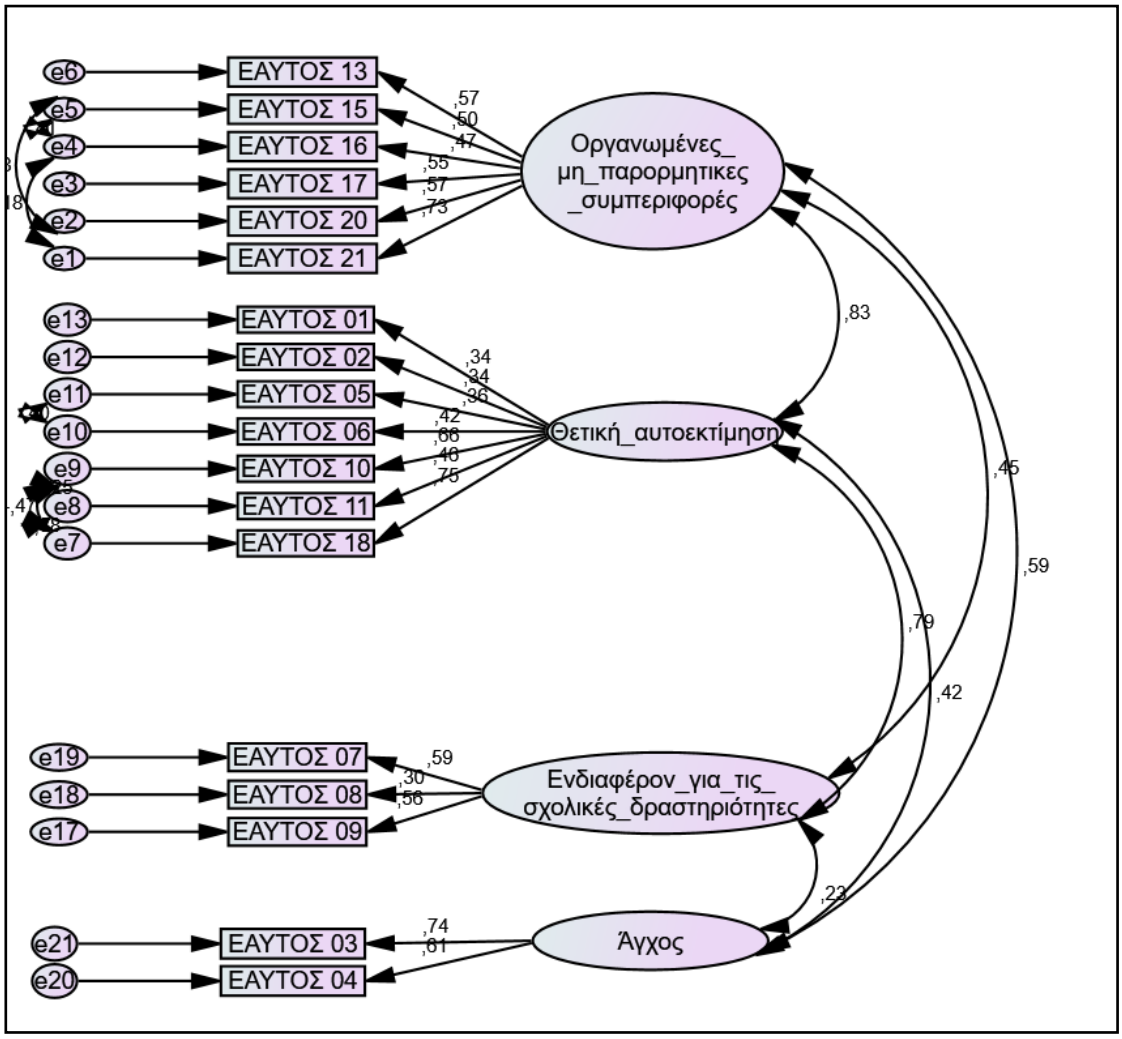
,***p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Με την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση διαπιστώσαμε την συμβολή κάθε ενός ερωτήματος στις 5 κατηγορίες- παράγοντες του Ερωτηματολογίου για τον εαυτό[1]

[1] Μείον οι μεταβλητές 12 14 19 του παράγοντα κοινωνικές επικοινωνιακές δεξιότητες

Γράφημα 1

Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση ***Διορθωμένο Μοντέλο***



Δείκτες καλής προσαρμογής του μοντέλου για τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου εαυτού (n =110)

Μοντέλο	X^2	*df*	x^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	PCLOSE
	182,12	122	1,49	0,86	0,85	0,79	0,07	0,09

,***p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Ακόμη, ο δείκτης Cronbach's α του ερωτηματολογίου για τον εαυτό έδειξε τις ακόλουθες τιμές για τους εκάστοτε παράγοντες: α) ''Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές'': 0.736, β) ''Θετική αυτοεκτίμηση'': 0.686, γ) ''Ενδιαφέρον για τις σχολικές δεξιότητες'': 0.499 και δ) ''Άγχος'': 0.620

6.3 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση κλίμακας PARQ

Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση (Confirmatory Factor analysis) συνιστά ένα μοναδικό τρόπο για τον έλεγχο μιας θεωρίας, καθώς ο ερευνητής ξεκινά με μια υπόθεση πριν από την ανάλυση. Η υπόθεση αυτή βασίζεται σε μια ισχυρή θεωρία ή μια παρατήρηση, ενώ ορίζει ποιες μεταβλητές θα σχετίζονται με ποιους παράγοντες, όπως και ποιοι παράγοντες θα σχετίζονται μεταξύ τους. Αφού ο ερευνητής προσδιορίσει τους παράγοντες, είναι σε θέση να τους συγκρίνει με αυτούς που βρέθηκαν από μια ομάδα δεδομένων, προκειμένου να προσδιορίσει την καταλληλότητα του μοντέλου.

Στην επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση, ο ερευνητής προτείνει κάποια μοντέλα, που βασίζονται στη θεωρία ή τα υπάρχοντα δεδομένα. Στα μοντέλα αυτά, προσδιορίζονται οι συσχετίσεις των παραγόντων και των μεταβλητών με έναν ή περισσότερους παράγοντες, σύμφωνα με τις θεωρητικές προσδοκίες του ερευνητή, αφήνοντας και κάποιες παραμέτρους να τις προσδιορίσει η ίδια η ανάλυση.

Η προσαρμογή του μοντέλου αναφέρεται στο πόσο καλά το προτεινόμενο μοντέλο (σε αυτή την περίπτωση, το μοντέλο με τους δομικούς παράγοντες) αντιστοιχεί στους συσχετισμούς μεταξύ μεταβλητών στο σύνολο δεδομένων. Εάν λαμβάνουμε υπόψη όλους τους σημαντικούς συσχετισμούς που είναι εγγενείς στο σύνολο δεδομένων (σε σχέση με τις μεταβλητές στο μοντέλο μας), τότε έχουμε καλή προσαρμογή. Αν όχι, τότε υπάρχει μια σημαντική «απόκλιση» μεταξύ των προτεινόμενων συσχετίσεων και των συσχετίσεων που παρατηρήθηκαν και έτσι έχουμε κακή προσαρμογή μοντέλου. Το προτεινόμενο μοντέλο μας δεν "ταιριάζει" στο παρατηρούμενο ή στο "εκτιμώμενο" μοντέλο (δηλ. οι συσχετίσεις στο σύνολο δεδομένων).

Οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου είναι:

Μέτρο	x^2/df	p-value for the	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	PCLOSE

	model					
Κατώφλι	< 3 καλό, < 5 μερικές φορές επιτρεπτό	> .05	> .95 τέλειο; > .90 συμβατικό; > .80 μερικές φορές επιτρεπτό	>.95	>.80 < .05 καλό, .05 - .10 μέτριο, > .10 κακό	>.05

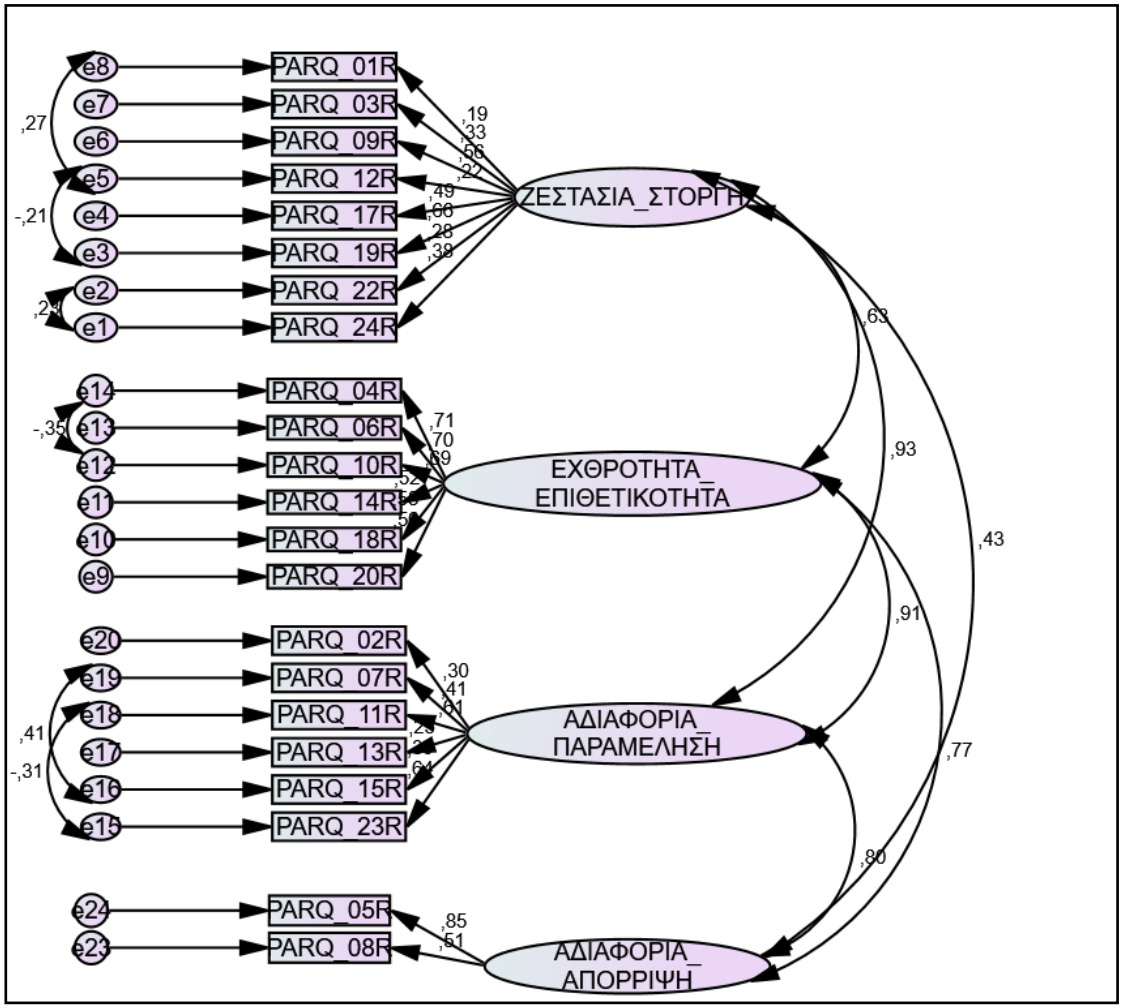
,***p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Με την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση διαπιστώσαμε την συμβολή κάθε ενός ερωτήματος στις 4 κατηγορίες- παράγοντες του PARQ[2]

[2] Μείον ερωτήματα 16 και 21

Γράφημα 2

PARQ. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση ***Διορθωμένο μοντέλο***



Δείκτες καλής προσαρμογής του μοντέλου για τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ (n =110)

Μοντέλο	X^2	*df*	x^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	PCLOSE
	286,81	197	1,46	0,84	0,82	0,76	0,07	0,08

,***p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Ακόμη, ο δείκτης Cronbach's α του ερωτηματολογίου PARQ έδειξε τις ακόλουθες τιμές για τους εκάστοτε παράγοντες: α) 'Ζεστασιά/Στοργή'': 0.601, β) 'Εχθρότητα/Επιθετικότητα'': 0.780, γ) '' Αδιαφορία/Παραμέληση'': 0.593 και δ) '' Αδιαφορία/Απόρριψη'': 0.602

6.4 Ανάλυση δεδομένων

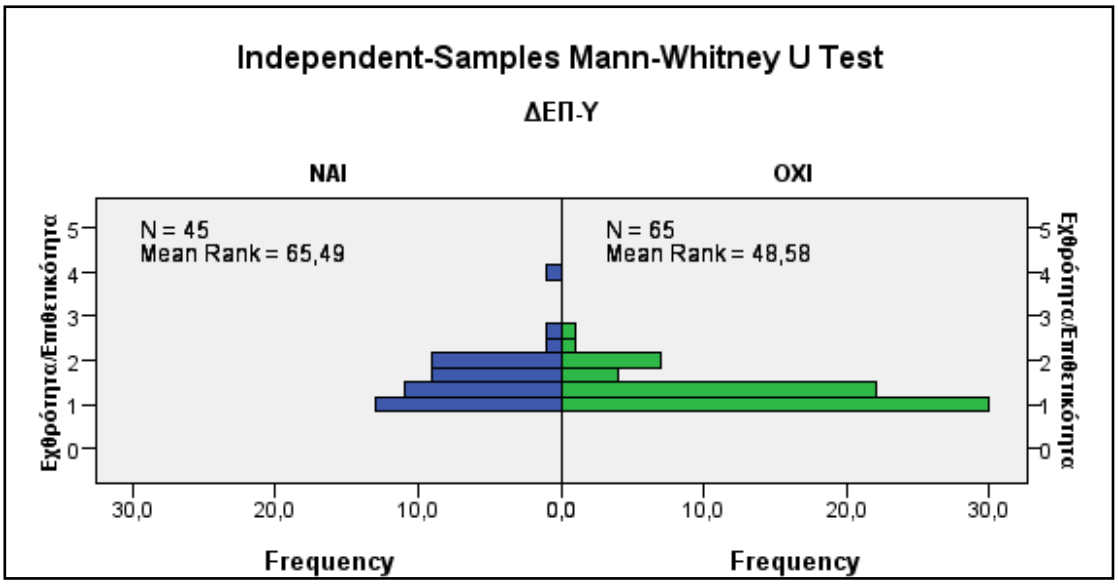
6.4.1 Στατιστικά σημαντικές ή όχι διαφορές στις μεταβλητές-παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ

Αρχικά, έγινε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών-παραγόντων του ερωτηματολογίου PARQ με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Shapiro-Wilk test of normality για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την κανονικότητα τους ως προς την ύπαρξη ΔΕΠΥ ή όχι, όπου και διαπιστώθηκε ότι οι πιο πολλές από αυτές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, αφού το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Στη συνέχεια, για λόγους συγκρισιμότητας χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney για ανεξάρτητα δείγματα, για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της ΔΕΠΥ (ναι, όχι) . Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μεταβλητή Εχθρότητα/Επιθετικότητα στις διάμεσες τιμές μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ και χωρίς ΔΕΠΥ , όπου τα παιδιά με ΔΕΠΥ (διάμεση τιμή 1.33) έχουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τα παιδιά χωρίς (διάμεση τιμή 1.17), η τιμή του κριτηρίου U είναι 1013.00 με $p= .005< .01$, δηλαδή, στατιστικά σημαντική και το μέγεθος της επίδρασης (effect size) είναι -0.27 (βλ. Διάγραμμα 1 που ακολουθεί).

Διάγραμμα 1

Ιστόγραμμα των τιμών του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney που αφορούν τις απόψεις των παιδιών για την εχθρότητα/επιθετικότητα των Γονέων ανάλογα με την ΔΕΠΥ.



Στις υπόλοιπες μεταβλητές (Ζεστασιά/Στοργή, Αδιαφορία/Παραμέληση και Αδιαφορία/Απόρριψη) δε σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠΥ και αυτών χωρίς, ωστόσο τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υψηλότερες τιμές. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1

Σύγκριση παραγόντων του ερωτηματολογίου PARQ ως προς την ύπαρξη ΔΕΠΥ ή όχι (κριτήριο Mann-Whitney U).

Παράγοντες	ΔΕΠΥ ΝΑΙ (n =45)	ΔΕΠΥ ΟΧΙ (n =65)	*U*	*p*
	Δ.Τ. (Ε.Ε.)	Δ.Τ. (Ε.Ε.)		
Ζεστασιά/Στοργή	1.38 (0.50)	1.25 (0.50)	1360.500	.530
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	1.33 (0.83)	1.17 (0.33)	**1013.000**	**.005**
Αδιαφορία/Παραμέληση	1.67 (0.67)	1.50 (0.67)	1288.500	.287
Αδιαφορία/Απόρριψη	1.50 (0.75)	1.25 (0.75)	1228.000	.140

Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ.Τ.), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Ε.Ε.), ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

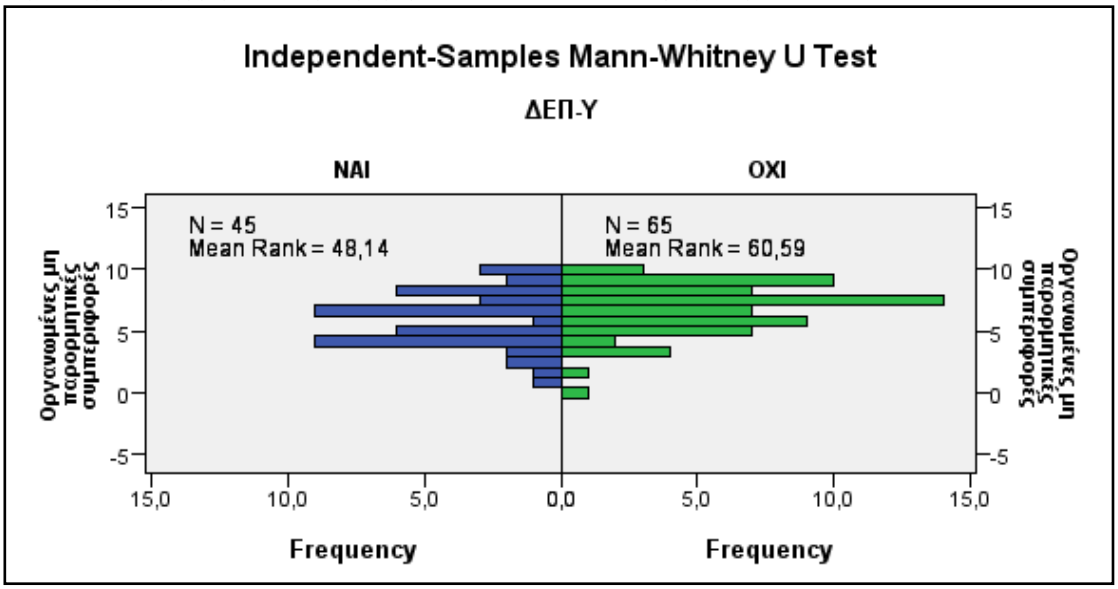
6.4.2 Στατιστικά σημαντικές ή όχι διαφορές στις μεταβλητές-παράγοντες του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου»

Αρχικά, έγινε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών-παραγόντων του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου» με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Shapiro-Wilk test of normality για ανεξάρτητα δείγματα ως προς την κανονικότητα τους ως προς την ύπαρξη ΔΕΠΥ ή όχι, όπου και διαπιστώθηκε ότι οι πιο πολλές από αυτές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, αφού το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Στη συνέχεια, για λόγους συγκρισιμότητας χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney για ανεξάρτητα δείγματα, για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο κατηγορίες της ΔΕΠΥ (ναι, όχι) . Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μεταβλητή Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές στις διάμεσες τιμές μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ και χωρίς ΔΕΠΥ , όπου τα παιδιά με ΔΕΠΥ (διάμεση τιμή 6.33) έχουν χαμηλότερες τιμές σε σχέση με τα παιδιά χωρίς (διάμεση τιμή 7.17), η τιμή του κριτηρίου U είναι 1131.00 με $p= .044< .05$, δηλαδή, στατιστικά σημαντική και το μέγεθος της επίδρασης (effect size) είναι -0.29 (βλ. Διάγραμμα 2 που ακολουθεί).

Διάγραμμα 2

Ιστόγραμμα των τιμών του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney που αφορούν τις οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές των παιδιών ανάλογα με την ΔΕΠΥ.



Στις υπόλοιπες μεταβλητές (Θετική αυτοεκτίμηση, ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες και άγχος) δε σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠΥ και αυτών χωρίς, ωστόσο τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στο άγχος σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ, ενώ χαμηλότερες όσον αφορά την θετική αυτοεκτίμηση και τον ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες. (Πίνακας 2)

Πίνακας 2

Σύγκριση παραγόντων του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου» ως προς την ύπαρξη ΔΕΠΥ ή όχι (κριτήριο Mann-Whitney U).

Παράγοντες	ΝΑΙ (n =45)	ΟΧΙ (n =65)	*U*	*p*
	Δ.Τ. (Ε.Ε.)	Δ.Τ. (Ε.Ε.)		
Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές	**6.33 (3.17)**	**7.17 (2.67)**	**1131.500**	**.044**
Θετική αυτοεκτίμηση	7.29 (2.43)	7.86 (1.86)	1277.000	.259
Ενδιαφέρον για τις σχολικές δεξιότητες	6.67 (4.33)	8.00 (2.33)	1321.000	.388
Άγχος	8.00 (4.50)	7.50 (4.00)	1286.000	.280

Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ.Τ.), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Ε.Ε.), ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο *p*-value.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

6.4.3 Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου»

6.4.3.1 παιδιά με ΔΕΠΥ

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ παρατηρείται αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές από το ερωτηματολόγιο «πώς βλέπεις τον εαυτό σου» με τις μεταβλητές Εχθρότητα/Επιθετικότητα, Αδιαφορία/Παραμέληση και Αδιαφορία/Απόρριψη από το ερωτηματολόγιο PARQ. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι τιμές της πρώτης μεταβλητής μειώνονται οι τιμές των άλλων τριών από το ερωτηματολόγιο PARQ και αντίστροφα. Παράλληλα η θετική αυτοεκτίμηση («πώς βλέπεις τον εαυτό σου») έχει αρνητική στατιστικά συσχέτιση με την εχθρότητα/επιθετικότητα (PARQ). (Πίνακας 3)

Πίνακας 3

Συσχετίσεις (Spearman's ρ) μεταξύ των μεταβλητών του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου "Πώς βλέπεις τον εαυτό σου" για τα παιδιά με ΔΕΠΥ

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. *Ζεστασιά/Στοργή*	-							
2. *Εχθρότητα/Επιθετικότητα*	.502**	-						
3. *Αδιαφορία/Παραμέληση*	.516**	.634**	-					
4. *Αδιαφορία/Απόρριψη*	.351*	.546**	.510**	-				
5. *Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές*	-.201	-.464*	-.442*	-.370*	-			
6. *Θετική αυτοεκτίμηση*	-.236	-.379*	-.180	-.123	.574**	-		
7. *Ενδιαφέρον για τις σχολικές δεξιότητες*	-.051	-.059	.889	-.018	.253	.489**	-	
8. *Άγχος*	.073	-.115	-.200	-.130	.485**	.431**	.181	-

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

6.4.3.2 παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

Στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ παρατηρείται αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές από το ερωτηματολόγιο «πώς βλέπεις τον εαυτό σου» με τις μεταβλητές Ζεστασιά/Στοργή (αντίστροφη) και Αδιαφορία/Παραμέληση από το ερωτηματολόγιο PARQ. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι τιμές της πρώτης μεταβλητής μειώνονται οι τιμές των άλλων τριών από το ερωτηματολόγιο PARQ και αντίστροφα. Παράλληλα η θετική αυτοεκτίμηση («πώς βλέπεις τον εαυτό σου») έχει αρνητική στατιστικά συσχέτιση με τις Ζεστασιά/Στοργή (αντιστρ.), Εχθρότητα/Επιθετικότητα και Αδιαφορία/Παραμέληση (PARQ). (Πίνακας 4)

Πίνακας 4

Συσχετίσεις (Spearman's ρ) μεταξύ των μεταβλητών του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου "Πως βλέπεις τον εαυτό σου" για τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. *Ζεστασιά/Στοργή*	-							
2. *Εχθρότητα/Επιθετικότητα*	.342**	-						
3. *Αδιαφορία/Παραμέληση*	.526**	.533**	-					
4. *Αδιαφορία/Απόρριψη*	.223	.422**	.257*	-				
5. *Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές*	-.289*	-.141	-.328**	-.046	-			
6. *Θετική αυτοεκτίμηση*	-.300*	-.284*	-.282*	-.101	.671**	-		
7. *Ενδιαφέρον για τις σχολικές δεξιότητες*	-.167	-.142	-.102	-.243	.328**	.401**	-	
8. *Άγχος*	.368	-.162	-.067	-.657	.453**	.439**	.216	-

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

6.4.4 Ανάλυση παλινδρόμησης ανάμεσα στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PARQ και του ερωτηματολογίου «Πώς βλέπεις τον εαυτό σου»

6.4.4.1 Εξαρτημένη μεταβλητή Οργανωμένες παρορμητικές συμπεριφορές ανεξάρτητες οι παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ

6.4.4.1.1 Παιδιά με ΔΕΠΥ

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές» μπορεί να προβλεφθεί από την μεταβλητή Αδιαφορία/παραμέληση σε ποσοστό 19% (Πίνακας 5)

Πίνακας 5 Βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση
Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή) Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές (Παιδιά με ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	9.47	1.15	
Αδιαφορία/Παραμέληση	-2.04	.65	-.43**

Note : R2=.19 , ΔR=.17 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 21%.

Πίνακας 6 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)
Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές) (Παιδιά με ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	9.06	1.44	
Ζεστασιά/Στοργή	.70	1.07	.11
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.52	.91	-.13
Αδιαφορία/Παραμέληση	-1.70	.94	-.36
Αδιαφορία/Απόρριψη	-.23	.68	-.07

Note : R2=.21 , ΔR=.13 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.1.2 Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

Στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές» μπορεί να προβλεφθεί από την μεταβλητή Αδιαφορία/παραμέληση σε ποσοστό 7% (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Βηματική πολλαπλή παλινδρόμιση

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	8.80	0.94	
Αδιαφορία/Παραμέληση	-1.25	0.56	-0.27*

Note : R2=.07 , ΔR=.06 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Εφαρμόσαμε στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 10%.

Πίνακας 8 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	8.72	1.28	
Ζεστασιά/Στοργή	-0.87	.97	-.14
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	.52	.90	.09
Αδιαφορία/Παραμέληση	-1.23	.77	-.27
Αδιαφορία/Απόρριψη	0.41	.63	.09

Note : R2=.10 , ΔR=.04 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.2 Εξαρτημένη μεταβλητή Θετική αυτοεκτίμηση ανεξάρτητες οι παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ

6.4.4.2.1 Παιδιά με ΔΕΠΥ

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «Θετική αυτοεκτίμηση» δεν μπορεί να προβλεφθεί από καμία ανεξάρτητη μεταβλητή.

Εφαρμόσαμε στα παιδιά με ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανσης της μεταβλητής «Θετική αυτοεκτίμηση» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 7%.

Πίνακας 9 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή) Θετική αυτοεκτίμηση (Παιδιά με ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	8.60	1.11	
Ζεστασιά/Στοργή	-.81	.83	-.18
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.65	.71	-.22
Αδιαφορία/Παραμέληση	.02	.73	.01
Αδιαφορία/Απόρριψη	.52	.53	.21

Note : R2=.07 , ΔR=-.02 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.2.2 Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

Στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «Θετική αυτοεκτίμηση» μπορεί να προβλεφθεί από την μεταβλητή Ζεστασιά/Στοργή (αντίστροφο) σε ποσοστό 8% (Πίνακας 10)

Πίνακας 10 Βηματική πολλαπλή παλινδρόμιση

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητήΘετική αυτοεκτίμηση) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	9.41	.73	
Ζεστασιά/Στοργή	-1.27	.53	-.29*

Note : R2=.08 , ΔR=.07 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Εφαρμόσαμε στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «Θετική αυτοεκτίμηση» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 12%.

Πίνακας 11 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Θετική αυτοεκτίμηση) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	9.86	.87	
Ζεστασιά/Στοργή	-.88	.66	-.2
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.76	.61	-.2
Αδιαφορία/Παραμέληση	-.01	.52	.00
Αδιαφορία/Απόρριψη	.00	.43	.00

Note : R2=.12 , ΔR=.06 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.3 Εξαρτημένη μεταβλητή ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες ανεξάρτητες οι παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ

6.4.4.3.1 Παιδιά με ΔΕΠΥ

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες» δεν μπορεί να προβλεφθεί από καμία ανεξάρτητη μεταβλητή.

Εφαρμόσαμε στα παιδιά με ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες» μπορεί επίσης να προβλεφθεί σε ποσοστό 6%.

Πίνακας 12 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή) Ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες (Παιδιά με ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	7.10	1.91	
Ζεστασιά/Στοργή	-1.93	1.42	-0.25
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-0.20	1.22	-0.4
Αδιαφορία/Παραμέληση	1.28	1.25	0.22
Αδιαφορία/Απόρριψη	0.23	0.91	0.5

Note : R2=.06 , ΔR=-.03 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.3.2 Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

Στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες» δεν μπορεί να προβλεφθεί από καμία ανεξάρτητη μεταβλητή.

Εφαρμόσαμε στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 3%.

Πίνακας 13 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)
Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	8.27	1.14	
Ζεστασιά/Στοργή	-.95	.86	-.17
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.20	.80	-.04
Αδιαφορία/Παραμέληση	.16	.68	.04
Αδιαφορία/Απόρριψη	.24	.56	.06

Note : R2=.03 , ΔR=-.04 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.4 Εξαρτημένη μεταβλητή Άγχος ανεξάρτητες οι παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ

6.4.4.4.1 Παιδιά με ΔΕΠΥ

Στα παιδιά με ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «άγχος» δεν μπορεί να προβλεφθεί από καμία ανεξάρτητη μεταβλητή.

Εφαρμόσαμε στα παιδιά με ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «άγχος» μπορεί επίσης να προβλεφθεί σε ποσοστό 6%.

Πίνακας 14 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)
Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή) Άγχος (Παιδιά με ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	8.10	1.62	
Ζεστασιά/Στοργή	2.41	1.21	.34
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.94	1.03	-.21
Αδιαφορία/Παραμέληση	-1.43	1.06	-.28
Αδιαφορία/Απόρριψη	-.06	.77	-.02

Note : R2=.16 , ΔR=.08 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

6.4.4.4.2 Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ

Στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ εφαρμόσαμε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση. Η διακύμανση της μεταβλητής «άγχος» μπορεί να προβλεφθεί από την μεταβλητή Ζεστασιά/Στοργή (αντίστροφο) σε ποσοστό 9% (Πίνακας 15)

Πίνακας 15 Βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Άγχος) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	10.19	1.27	
Ζεστασιά/Στοργή	-2.33	.93	-.30*

Note : R2=.09 , ΔR=.08 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Εφαρμόσαμε στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ πολλαπλή παλινδρόμηση με την είσοδο όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών (PARQ). Η διακύμανση της μεταβλητής «άγχος» μπορεί να προβλεφθεί σε ποσοστό 13% από την μεταβλητή (Έλλειψη) Ζεστασιάς Στοργής.

Πίνακας 16 Πολλαπλή Παλινδρόμηση (εισαγωγή όλων των μεταβλητών)

Πολλαπλή παλινδρόμηση (Εξαρτημένη μεταβλητή Άγχος) (Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)

	B	SE B	β
Σταθερά	9.32	1.51	
Ζεστασιά/Στοργή	-3.07	1.15	-.4**
Εχθρότητα/Επιθετικότητα	-.68	1.07	-.1
Αδιαφορία/Παραμέληση	1.16	.91	.21
Αδιαφορία/Απόρριψη	.60	.74	.11

Note : R2=.13 , ΔR=.07 ,***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Πίνακας 17 *Σύνοψη των ποσοστών πρόβλεψης της διασποράς των εξαρτημένων μεταβλητών του ερωτηματολογίου «πώς βλέπεις τον εαυτό» σου από τους παράγοντες του ερωτηματολογίου PARQ (ανεξάρτητες μεταβλητές)*

Εξαρτημένες μεταβλητές	Παιδιά με ΔΕΠΥ		Παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ	
	Βηματική παλινδρόμηση	Παλινδρόμηση με όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές	Βηματική παλινδρόμηση	Παλινδρόμηση με όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές
Οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές	19%	13%	7%	10%
Θετική αυτοεκτίμηση	-	7%	8%	12%
Ενδιαφέρον για τις σχολικές δραστηριότητες	-	-	6%	3%
Άγχος	-	16%	9%	13%

Συμπερασματικά, η μεταβλητή ‘’οργανωμένες μη παρορμητικές συμπεριφορές’’ και ‘’άγχος’’ σημειώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά πρόβλεψης στα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ από τις μεταβλητές της Κλίμακας «Γονικής Αποδοχής-Απόρριψης (PARQ)» σε σύγκριση με τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Συζήτηση

Τα πλέον σημαντικά δεδομένα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση είναι η στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων των δύο ομάδων των παιδιών για τις εχθρικές συμπεριφορές των γονέων τους. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές των γονέων τους (διάμεση τιμή 1.33) σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ (διάμεση τιμή 1.17) (βλ. διάγραμμα 1). Προφανώς, τα συμπτώματα υπερκινητικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν τις συμπεριφορές των γονέων, οπότε εκείνοι τείνουν να αναπτύσσουν αρνητικές ή και εχθρικές συμπεριφορές ως αντίδραση απέναντι στα παιδιά τους. Δημιουργείται, προφανώς ένας φαύλος κύκλος αρνητικών συμπεριφορών εκατέρωθεν, με πιθανή επιδείνωση των συμπτωμάτων των παιδιών με ΔΕΠΥ. Στην έρευνα των Gershy και Gray (2020), γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ στην κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (Negative Feelings Scale) δήλωσαν ότι λόγω της ‘έντονης’ συμπτωματολογίας των παιδιών τους τείνουν να αντιδρούν με αρνητικούς ή τιμωρητικούς τρόπους που εκλαμβάνονται από την πλευρά των παιδιών τους ως απορριπτικές στάσεις. Το ίδιο δεδομένο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Sellers και συν. (2021), οι οποίοι, μέσω της κλίμακας ‘’Iowa Family Interaction Rating Scale’’, που αφορά τους γονείς, διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ του παιδιού και στις αντιλήψεις σχετικά με τη γονική εχθρότητα.

Σχετικά με το άγχος, τη θετική αυτοεκτίμηση και το ενδιαφέρον για σχολικές δραστηριότητες, παρόλο που δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν υψηλότερες τιμές στο άγχος σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ και χαμηλότερες στη θετική αυτοεκτίμηση και στο ενδιαφέρον για σχολικές δραστηριότητες. Αυτό το δεδομένο επιβεβαιώνει και τις υποθέσεις μας, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα δηλώνουν περισσότερο άγχος και λιγότερη θετική αυτό-εικόνα, σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, παρόλο που στην κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε εμείς υπήρχαν μόνο δύο γενικές ερωτήσεις για τη μεταβλητή ‘’άγχος’’ (βλ. πίνακα 7).

Αντίθετα, σύμφωνα με τους Bishop και συν. (2019), οι οποίοι χρησιμοποίησαν μια πιο εξειδικευμένη κλίμακα παιδικού άγχους, διαπιστώθηκε πως υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ του άγχους σε παιδιά (με ΔΕΠ-Υ) και των κοινωνικών τους

δεξιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα άγχους, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα των κοινωνικών δεξιοτήτων και τόσο πιο υψηλές είναι οι τιμές τους στα καθημερινά τους προβλήματα. Μία προφανής ερμηνεία είναι ότι οι καθημερινές δυσκολίες και η αδυναμία επίτευξης των στόχων τους εντείνουν τα επίπεδα άγχους.

Αναφορικά με τη θετική αυτοεκτίμηση βρέθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ειδικά εκείνα τα οποία παρουσιάζουν έντονες γνωστικές ελλείψεις, σημειώνουν χαμηλά ποσοστά στα επίπεδα της αυτοεκτίμησής τους. Παρόμοια δεδομένα βρέθηκαν στην έρευνα των Molani και συν. (2020), στην οποία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συμπλήρωσαν την κλίμακα ‘’Coopersmith self-esteem (CSE)’’. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έρχονται αντιμέτωπα καθημερινά με διάφορα εμπόδια. Τα εμπόδια αυτά συνήθως σχετίζονται με την ακαδημαϊκή/μαθησιακή/σχολική πορεία και προσαρμογή, καθώς δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να ανταποκριθούν κατάλληλα και με τρόπο μαθησιακά επαρκή, εισπράττοντας κατά συνέπεια, λιγότερες επιβραβεύσεις και αναπτύσσοντας, επομένως, αισθήματα αποτυχίας, τα οποία πιθανόν επηρεάζουν την αυτοεκτίμησή τους. Επιπροσθέτως, οι ελλιπείς ή προβληματικές σχέσεις με τους συνομηλίκους συχνά οδηγούν σε εμπειρίες απόρριψης, αυξάνοντας τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και αρνητικής εικόνας εαυτού (Wilmshurst, 2015). Κατά συνέπεια, τα χαμηλά ποσοστά θετικής αυτοεκτίμησης, προφανώς, συνδέονται και με τις εμπειρίες αποκλεισμού από τις σχολικές και διαπροσωπικές δραστηριότητες και με τις ματαιώσεις που βιώνουν απ’ τον περίγυρό τους.

Ένα ακόμη σημαντικό δεδομένο είναι πως όσο πιο οργανωμένες συμπεριφορές παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τόσο λιγότερες είναι οι εχθρικές συμπεριφορές των γονέων απέναντί τους. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται οι τιμές της οργανωτικότητας που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην καθημερινότητά τους, τόσο λιγότερο εχθρικούς αντιλαμβάνονται τους γονείς τους (αρνητικά στατιστική σημαντική σχέση).

Επιπροσθέτως, η θετική αυτοεκτίμηση φαίνεται να έχει αρνητική στατιστική συσχέτιση με την αντίληψη εχθρότητας, που σημαίνει ότι όσο περισσότερη θετική αυτοεκτίμηση δηλώνουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τόσο χαμηλότερη είναι η αντίληψη τους για την εχθρική στάση των γονέων απέναντί τους (βλ. πίνακα 8) και το αντίστροφο.

Αναφορικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, παρατηρήθηκε αρνητικά στατιστική σημαντική συσχέτιση μεταξύ των οργανωμένων, μη παρορμητικών συμπεριφορών

τους και της μεταβλητής ‘’Αδιαφορία/Παραμέληση’’. Πιο συγκεκριμένα, οι οργανωμένες συμπεριφορές των παιδιών τυπικής ανάπτυξης, συνδέονται με χαμηλά επίπεδα γονικής αδιαφορίας/παραμέλησης, με βάση τις δηλώσεις τους (βλ. πίνακα 9). Οι επιθυμητές συμπεριφορές των παιδιών και η απουσία σοβαρών διασπαστικών ή αποδιοργανωμένων αντιδράσεων φαίνεται να συνδέονται θετικά με τις στάσεις των γονέων απέναντί τους και το αντίθετο .

Τέλος, η ανάλυση έδειξε ότι η αντίληψη των παιδιών για τη γονική αδιαφορία/παραμέληση προβλέπει σε ένα ποσοστό 19% των οργανωμένων, μη παρορμητικών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΕΠΥ. Αυτό σημαίνει ότι παρόλο που τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δηλώνουν πως βιώνουν τη γονική αδιαφορία, ένα ποσοστό των παιδιών αυτών έχουν μία οργανωμένη, μη παρορμητική συμπεριφορά. Αυτό το δεδομένο έρχεται σ’ αντίθεση με μια αναμενόμενη σύνδεση μεταξύ παραμελητικών γονικών συμπεριφορών και παρορμητικών ή αποδιοργανωμένων συμπεριφορών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (βλ. πίνακα 10).

Με βάση μία σειρά ερευνών είναι πολύ πιθανόν οι στάσεις των γονέων να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις συμπεριφορές των παιδιών, ειδικά όταν πρόκειται για περιπτώσεις παιδιών με εγγενείς διαταραχές αλλά και ότι η ίδια η συμπτωματολογία των παιδιών επηρεάζει κατά πολύ τις γονικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, με βάση παλαιότερες έρευνες (Lifford, Harold & Thapar, 2008), στις περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα φαίνεται να δημιουργούν αρνητικές συνθήκες στις σχέσεις μητέρας-παιδιού και πιο συγκεκριμένα, στάσεις απόρριψης από την πλευρά της, ενώ στη σχέση πατέρα-παιδιού, η γονική απόρριψη αυξάνει την ένταση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Να σημειωθεί ότι τα παιδιά συμπλήρωσαν την κλίμακα ‘’Child’s Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI)’’.

Επιπροσθέτως, οι Guzel, Guney και Dinc (2018) παρατήρησαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιώνουν περισσότερες απορριπτικές γονικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή, τα παιδιά συμπλήρωσαν την κλίμακα PARQ (Parental Acceptance- Rejection Questionnaire Child Form) και την PAQ (Personality Assessment Questionnaire). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τείνουν να είναι λιγότερο «θερμοί», πιο επιθετικοί και απορριπτικοί και να παραμελούν τα παιδιά τους συγκριτικά με τους γονείς παιδιών χωρίς διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Αναμενόμενο είναι πως οι γονείς, ως συνέπεια των βιωμάτων τους σχετικά με τη διαταραχή του παιδιού τους, θα έχουν αυξημένα ποσοστά άγχους. Η έρευνα, όμως, των Fernandes, Machado και Machado

(2015), αποδεικνύει πως οι περισσότεροι γονείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν την κλίμακα ‘’PARQ’’, την ‘’Parental Stress Scale’’ και την ‘’Quality Of Life Scale (QOL)’’, δήλωναν χαμηλά ποσοστά άγχους. Μία πιθανή εξήγηση είναι πως οι γονείς αυτοί είχαν παιδιά, τα οποία παρουσίαζαν ήπια συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή παρουσίαζαν μόνο έλλειψη προσοχής (τύπος της ΔΕΠ-Υ) και όχι διασπαστικές και αποδιοργανωμένες συμπεριφορές, οπότε μπορούσαν να διαχειρίζονται τη διαταραχή του παιδιού τους. Ακόμη, οι γονείς των παιδιών αυτών δήλωναν πως είχαν μία επαρκή ποιότητα ζωής, η οποία σχετίζεται με τη γονική αποδοχή και τα ποσοστά άγχους των ίδιων. Οι γονείς που πιθανόν αποδέχονται τα παιδιά τους με τις ιδιαιτερότητές τους, έχουν μία καλή ποιότητα ζωής και λιγότερο άγχος αναφορικά με τη διαταραχή του παιδιού τους, ενώ δεν γνωρίζουμε αν τα παιδιά αυτά δέχονται και εξειδικευμένη βοήθεια ή υποστήριξη στο σχολείο και κατά συνέπεια βοηθιούνται σημαντικά στη διαχείριση των ακραίων συμπτωμάτων και στην αυτορρύθμιση τους.

Συμπερασματικά, βάσει των ερμηνειών των αποτελεσμάτων μας, οι ερευνητικές μας υποθέσεις επιβεβαιώνονται και ισχύουν. Πιο συγκεκριμένα, για την πρώτη ερευνητική υπόθεση (*οι θετικές στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με θετικά συναισθήματα για τον εαυτό του και θετικές συμπεριφορές του παιδιού*), βλέπουμε πως επιβεβαιώνεται, καθώς, εάν οι γονείς τείνουν να παρουσιάζουν χαμηλές τιμές επιθετικότητας/ εχθρικής στάσης απέναντι στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τότε εκείνα παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά θετικής αυτοεκτίμησης.

Ισχύει και το αντίθετο, όπως υποθέτουμε στη συνέχεια (*οι αρνητικές στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με διάγνωση ΔΕΠ-Υ σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα που αναπτύσσει το παιδί για τον εαυτό του*). Αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερο οι γονείς εκδηλώνουν εχθρικές στάσεις απέναντι στα παιδιά τους, τα οποία παρουσιάζουν τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, τόσο λιγότερα θετικά συναισθήματα αναπτύσσουν για τον εαυτό τους.

Ακόμη, αναφορικά με την τρίτη ερευνητική μας υπόθεση (*συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναπτύσσουν λιγότερο θετικά συναισθήματα για τον εαυτό τους και βιώνουν περισσότερη απόρριψη από τους γονείς*), είδαμε ότι και αυτή ισχύει εν τέλει, καθώς συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερη θετική αυτοεκτίμηση και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές, γεγονός το οποίο οφείλεται στις συμπεριφορές των γονέων απέναντί τους.

Αξίζει να αναφερθεί και η έρευνα των Barber, Grubbs και Cottrell (2005), της οποίας το αντικείμενο μελέτης ήταν παρόμοιο με της δικής μας έρευνας, καθώς συνέκριναν τα παιδιά με και χωρίς ΔΕΠ-Υ αναφορικά με τα συναισθήματά τους. Πιο συγκεκριμένα, εξετάσθηκε μ' ένα ερωτηματολόγιο με 6 υπο-κλίμακες (1.σχολική απόδοση, 2.κοινωνική αποδοχή, 3.αθλητική απόδοση, 4.εξωτερική εμφάνιση, 5.συμπεριφορά, 6.καθολική αυτό-εκτίμηση) το τι αισθάνονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ για τον εαυτό τους σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ. Ενδιαφέρον, αποτελεί το εύρημα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ είχαν χαμηλότερες τιμές στην υπο-κλίμακα ''*διαγωγή/συμπεριφορά''*, καθώς επίσης και στις υπο-κλίμακες: *σχολική απόδοση, κοινωνική αποδοχή, εξωτερική εμφάνιση* και *καθολική αυτό-εκτίμηση*. Πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε πως σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζουν τις δυσκολίες που έχουν στην τάξη και πως δεν τα καταφέρνουν τόσο καλά, όσο οι υπόλοιποι. Επίσης, είναι γνώστες του γεγονότος πως μερικοί συνομήλικοι δεν τους αποδέχονται και τους αποκλείουν από τις ομάδες συνομηλίκων. Ακόμη, δεν είναι ευχαριστημένα με την εξωτερική τους εμφάνιση και τέλος θεωρούν πως γενικά η ζωή τους δεν είναι τόσο ευχάριστη, γεγονός που υποδηλώνει και τη χαμηλή αυτό-εκτίμηση που έχουν.

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός πως στη μόνη υπο-κλίμακα που σημείωσαν υψηλότερα σκορ είναι η αθλητική επίδοση και αυτό γιατί θεωρούν πως είναι τόσο καλοί, όσο και οι υπόλοιποι και πως ο αθλητισμός είναι ένας τομέας στον οποίο πετυχαίνουν. Αυτό, όπως αναφέρουν και οι ερευνητές, οφείλεται στο γεγονός πως πιστεύουν ότι η διαταραχή τους δεν επηρεάζει την απόδοσή τους στον αθλητισμό και το γεγονός πως είναι ενεργητικοί, λόγω της υπερκινητικότητάς τους, καθιστά τον αθλητισμό ένα δυνατό πλεονέκτημα για αυτά τα παιδιά.

Περιορισμοί

Αν και η έρευνά μας, έδωσε στοιχεία σχετικά με τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις στάσεις των γονέων απέναντί τους, κατανοούμε ότι υπάρχουν και περιορισμοί. Αρχικά, λόγω του μικρού αριθμού του δείγματός μας, οι πληροφορίες που λάβαμε ίσως να αδυνατούν να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Να τονιστεί εδώ πως το δείγμα ήταν μικρό (110 παιδιά) λόγω του είδους της έρευνάς μας, η οποία είναι πιλοτική, μικρής κλίμακας. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών (με ΔΕΠ-Υ και χωρίς ΔΕΠ-Υ) αναφορικά με τα ποσοστά άγχους, καθώς η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε θέτει μόνο δύο ερωτήματα για τη μεταβλητή ‘’άγχος’’. Αυτό προκύπτει, διότι η κλίμακα ‘’Πώς βλέπεις τον εαυτό σου’’ μας δίνει μία γενική εικόνα για κάποιους βασικούς επιμέρους τομείς της καθημερινότητας του παιδιού (οργανωμένες/μη παρορμητικές συμπεριφορές, θετική αυτό-εκτίμηση, ενδιαφέρον για σχολικές δραστηριότητες, άγχος), χωρίς να προχωρεί σε μία εις βάθος διερεύνηση αυτών. Θα ήταν χρήσιμο να γίνουν περαιτέρω έρευνες σχετικά με τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για τις στάσεις των γονέων απέναντί τους, καθώς αυτό συνιστά ένα σημαντικό πεδίο για ενδεχόμενες παρεμβάσεις.

Επιπτώσεις έρευνας για ενδεχόμενες παρεμβάσεις

Μ' αφορμή τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα αυτή, η ελληνόγλωσση βιβλιογραφία θα εμπλουτιστεί περισσότερο αναφορικά με τα συναισθήματα/βιώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετικά με το εαυτό τους και τις γονικές στάσεις/συμπεριφορές. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά είναι χρήσιμα για ενδεχόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς το ερευνητικό ενδιαφέρον θα μπορούσε να στραφεί προς τη μελέτη παρεμβάσεων, οι οποίες βασίζονται στη συστημική (ψυχο)θεραπεία. Αυτό σημαίνει πως οι μελλοντικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να βασίζονται εξ ολοκλήρου στη θεωρία των συστημάτων και οι θεραπευτές να ενεργούν υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασης των ατόμων, των ομάδων, των συστημάτων μεταξύ τους, ώστε η επίτευξη των διαφόρων παρεμβατικών στόχων να στέφεται με επιτυχία και οι θεραπευόμενοι να υποστηρίζονται με τα κατάλληλα μέσα.

Συνοπτικά, δεδομένου ότι η οικογένεια αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες διαμόρφωσης και εξέλιξης του χαρακτήρα του ατόμου, η συνέχιση μελετών στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5).* Washington, DC: Author.

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). *Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder.* [Electronic version]. VOL,20,503-520. Retrieved November 11,2020, from https://link.springer.com/article/10.1007/BF00916812

Barber, S., Grubbs, L., & Cottrell, B. (2005). *Self-Perception in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.* [Electronic version]. VOL,20,235-245. Retrieved November 11,2020, from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596305000321

Bishop, C., Mulraney, M., Rinehart, N., & Sciberras, E. (2019). *An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: A systematic review.* [Electronic version]. VOL,273,402-421. Retrieved February 20,2022, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517811830492X

Breaux, R. P., & Harvey, E. A. (2019). *A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms.* [Electronic version]. VOL,48,749-764. Retrieved November 11,2020, from https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2018.1437737?journalCode=hcap20

Brinksma, D. M., Dietrich, A., Bildt, A., Buitelaar, J. K., Hoofdakker B. J., Hoekstra, P. J., & Hartman, C. A. (2020). *ADHD symptoms across adolescence: the role of the family and school climate and the DRD4 and 5-HTTLPR genotype.* [Electronic version]. VOL,29,1049-1061. Retrieved November 13,2020, from https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-019-01424-3

Γκιόκα, Α., & Σάλμοντ, Ε. (2015). Συμβουλευτική γονέων παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες. Μελέτη περίπτωσης σε Σχολική Μονάδα της Α/βάθμιας Εκπαίδευσης. . Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2015, 373-381.

Campbell, S.B., Halperin, J.M., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2014). A Developmental Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In M. Lewis & K.D. Rudolph (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology* (3rd ed.) (pp.427-448). Heidelberg Dordrecht London: Springer New York.

Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (pp.366-400). London: Routledge.

Cheung, K., Aberdeen, K. , Ward M. A., & Theule, J. (2018). *Maternal depression in families of children with ADHD: a meta- analysis*. [Electronic version]. VOL,27,1015-1028. Retrieved November 20,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=fb88bdca-d8f8-4029-9f7b-e22964279cb4%40sdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=128506280&db=asn

Cheung, K., & Theule, J. (2016). *Parental psychopathology in families of children with ADHD: a meta-analysis.* [Electronic version]. VOL,25,3451-3461. Retrieved November 13,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=a4433613-3125-4931-be33-ee95699f35bf%40sdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=119384549&db=asn

Clarke, A. T., Marshal, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., Patterson, A., Jawad, A. F., & Power, T. J. (2015). *Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD.* [Electronic version]. VOL,44,58-67. Retrieved November 12,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=7013d4a6-fabf-47e1-8f22-bd758f87041e%40sdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=100355851&db=asn

Feranska, M., (2018). *The context of cooperation between school and family of pupils with ADHD and ADD at common primary schools.* [Electronic version]. VOL,8,61-64. Retrieved March 9,2022, from https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=1c7ba7ea-4390-4673-bc14-c5149eb36539%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=134101941&db=asn

Fernandes, S. S., Machado, M., & Machado, F. (2015). *Parental Acceptance, Parental Stress, and Quality of Life: A study with parents of ADHD children*. [Electronic version]. VOL,3,71-83. Retrieved March 3,2022, from https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/sipes/article/view/1572

Finzi-Dottan, R., Manor, I., & Tyano, S. (2017). Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, γονεϊκές πρακτικές και τύποι δεσμού στην παιδική ηλικία. Στο Η. Κουρκούτας (Επιμ.), *Σχολική συμβουλευτική και παρεμβάσεις για παιδιά με διαταραχές* (σσ.687-698). Αθήνα: Πεδίο.

Freitag, C. M., Hanig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). *Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD*. . [Electronic version]. VOL,11,1-25. Retrieved March 8,2022, from https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-011-0659-9

Gershy, N., & Gray S.A.O. (2020). *Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD*. [Electronic version]. VOL,24,2084-2099. Retrieved February 19,2022, from https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1087054718762486

Guzel, H. S., Guney, E., & Dinc, G. S. (2018). *Assessment of Perceived Parental Acceptance- Rejection and Psychological Adjustment Levels of Children Diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* [Electronic version]. VOL,31,50-60. Retrieved March 3,2022, from https://dusunenadamdergisi.org/article/94

Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση.* (Επιμ. Α Δαβάζογλου & Κ. Μ. Κόκκινος, μτφρ. Χ. Λυμπεροπούλου). (σσ. 473-513). Αθήνα: Τόπος. (Πρωτότυπη έκδοση, 2009).

Κουρκούτας, Η. (2019). ΔΕΠΥ και Προβλήματα Συμπεριφοράς: Κριτικά σχόλια για το ιατρικό μοντέλο και παρεμβάσεις σε μια ενταξιακή ψυχοδυναμική οικοσυστημική οπτική. Στο Α. Ζήση & Μ. Σαββάκης (Επιμ.), *Αναπηρία και Κοινωνία: Σύγχρονες Θεωρητικές Προκλήσεις και Ερευνητικές Προοπτικές* (σσ. 45-74). Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

Κουρκούτας, Η. (2017). Συμβουλευτικές και ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις σε οικογένειες παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες/διαταραχές: Θεωρητικά ζητήματα και πρακτικές κατευθύνσεις. Στο Η. Κουρκούτας (Επιμ.), *Σχολική συμβουλευτική και παρεμβάσεις για παιδιά με διαταραχές* (σσ.239-284). Αθήνα: Πεδίο.

Κουρκούτας, Η. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου* (σσ.35-42). Αθήνα: Τόπος.

Kandemir, H., Kiliç, B. G., Ekinci, S., & *Yüce*, M. (2014). *An evaluation of the quality of life of children with ADHD and their families.* [Electronic version]. VOL,15,265-271. Retrieved November 13,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=48ccb149-c159-4a24-b881-1c0ca4e1640a%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=108639864&db=asn

Kapke, T. L., Grace, M. A., Castro, A., & Gerdes, A. C. (2019). *Examining latino family participation in treatment for childhood ADHD: the role of parental cultural factors and perceptions.* [Electronic version]. VOL,41,84-109. Retrieved November 11,2020,from https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07317107.2019.1599260

Klimkeit, E., Graham, C., Lee P., Morling M., Russo D., & Tonge B. (2006). *Children should be seen and heard: self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD.* [Electronic version]. VOL,10,181-191. Retrieved July 15,2021, from https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054706289926?casa_token=p4xKd9Z6Ta4AAAAA:-

UUM_Iq6zsf4UEWGguBEpCSeO7YdAHoVNJGeeLaLvezqfln8j9hQLZqsFlfzMwlQ2t7VTbNVXtk8WA

Lessard, J., Normandeau, S., & Robaey, P. (2016). *Effects of the incredible years program in families of children with ADHD.* [Electronic version]. VOL,25,3716-3727. Retrieved November 14,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=51c03e03-672e-4910-85d48b152c4b21f8%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=119384573&db=asn

Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). *Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis*. [Electronic version]. VOL,36,285-296. Retrieved March 3,2022, from https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-007-9177-5

Ma, J. L. C., Lai, K.Y.C., & Lo, J.W.K. (2017). Impact of age and symptom severity on parent-child relationships and self-perception among Chinese children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Electronic version]. VOL,15,538-554. Retrieved November 11,2020, from https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332985.2016.1261752

Matson, J. L., & Estabillo, J.A., (2017). ADHD. In Matson, J.L., *Handbook of Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities Treatment* (pp.127-136).USA: Springer.

Molavi, P., Nadermohammadi, M., Ghojehbeiglou, H. S., Vicario, C. M., Nitsche, M. A., & Salehinejad, M. A. (2020). *ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem: a quantitative difference.* [Electronic version]. VOL,20,1-10. Retrieved February 20,2022, from https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02887-4

Mulya, A. P., Ropi, H., & Yani, D. I,. (2019). *Relationship between family anxiety, family support and quality of life of Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) children.* [Electronic version]. VOL,7,166-174. Retrieved March 9,2022, from http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkp/article/view/1173/0

Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., & Sanchez-Garcia M. (2017). *Family impact and parenting styles in families of children with ADHD.* [Electronic version]. VOL,26,2810-2823. Retrieved November 11,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5a2d8170-6528-4c78-a4878c0ee29f340b%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125130509&db=asn

Núñez-Jaramillo, L., Herrera-Solís, A., & Herrera-Morales, W. V. (2021). *ADHD: Reviewing the causes and evaluating solutions*. [Electronic version]. VOL,11,1-25. Retrieved March 8,2022, from https://www.mdpi.com/2075-4426/11/3/166

Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porras-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Perez-Colmenero, S., Delgado-Gómez, D., Carballo, J.J., & Baca-García, E., (2021). *Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain.* [Electronic version]. VOL,35,166-172. Retrieved November 11,2020, from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213616320300896

Rosenqvist, M. A., Sjolander, A., Ystrom, E., Larsson, H., & Reichborn-Kjennerud, T. (2019). *Adverse family life events during pregnancy and ADHD symptoms in five-year-old offspring.* [Electronic version]. VOL,60,665-675. Retrieved November 12,2020, from http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=51682f4a-ff5f-4112-a36a-46c8aa909dd0%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=136420263&db=asn

Rohner R.P., Ali S. (2020) Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ). In: Zeigler-Hill V., Shackelford T.K. (eds) Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_56

Σάλμοντ Ε., & Πουλίδα, Σ. (2016). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα: Πρόγραμμα παρέμβασης στη συμπεριφορά σε μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2016, 1138-1151.

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva D., & Coghill, D. (2017). *Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—Review of existing evidence.* . [Electronic version]. VOL,19,1-8. Retrieved March 8,2022, from https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-017-0753-2

Sellers, R., Harold, G. T., Smith, A. F.,Neiderhiser, J. M.,Reiss, D., Shaw, D., Natsuaki, M. N., Thapar, A., & Leve, L. D. (2021). *Disentangling nature from nurture in examining the interplay between parent–child relationships, ADHD, and early academic attainment.* [Electronic version]. VOL,51,645-652. Retrieved February 19,2022, from https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/disentangling-nature-from-nurture-in-examining-the-interplay-between-parentchild-relationships-adhd-and-early-academic-attainment/DA05EE9878474DA02CF817543A382587

Si, Y., Maa, J. L.C., & Zhang, J. (2020). *Factors influencing parenting stress among Chinese families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder.* [Electronic version]. VOL,116,1-7. Retrieved November 11,2020, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740919313350?via%3Dihub

Τζαμαλή, Α. & Σπυρόπουλος, Τ. (2018). Σχέδιο Ερευνητικής Πρότασης για τους τρόπους αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ από τους Εκπαιδευτικούς της Παράλληλης Στήριξης. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 8, 1068-1087.

Wilmshurst, L. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In L. Wilmshurst, *Essentials of child and adolescent phychopathology* (2nd ed.) (pp. 93-115). New Jersey: Wiley & Sons.

Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Ho ̈lling, H., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. (2019). *Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study*. [Electronic version]. VOL,14,1-19. Retrieved March 9,2022, from https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214412

Παράρτημα

Περιγραφικά δεδομένα όλων των μεταβλητών

Statistics

		ΦΎΛΟ	ΤΑΞΗ	ΔΕΠ-Υ	1. Πόσο χαρούμενος/-η είσαι;	2. Είσαι ένας θυμωμένος άνθρωπος;
N	Valid	110	110	110	110	110
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1,409	5,109	1,591	8,273	6,264
Median		1,000	5,000	2,000	9,000	6,000
Std. Deviation		,4939	,7704	,4939	2,1457	2,8241
Minimum		1,0	4,0	1,0	0,0	0,0
Maximum		2,0	6,0	2,0	10,0	10,0

3. Είσαι ένας ανήσυχος άνθρωπος;	4. Αισθάνεσαι φοβισμένος/-η;	5. Τι είδους άνθρωπος είσαι;
110	110	110
0	0	0
7,009	7,473	8,791
8,000	9,000	10,000
2,8751	2,9326	1,6595
0,0	0,0	4,0
10,0	10,0	10,0

6. Τι είδους άνθρωπος πιστεύουν οι άλλοι ότι είσαι;	7. Σου αρέσει το διάβασμα;	8. Σου αρέσει η ζωγραφική;
110	110	110
0	0	0
8,082	6,000	7,591
9,000	6,000	9,000
2,3310	3,3945	3,1134
0,0	0,0	0,0
10,0	10,0	10,0

9. Σου αρέσουν τα μαθηματικά;	10. Είσαι καθαρός/-ή και τακτικός/-ή στη γραφή;	11. Διατηρείς το δωμάτιό σου τακτοποιημένο;
110	110	110
0	0	0
7,618	7,300	7,555
9,000	8,000	9,000
2,9615	2,7480	2,6668
0,0	0,0	0,0
10,0	10,0	10,0

12. Έχεις φίλους;	13. Χάνεις αντικείμενα/πράγματα;	14. Παρενοχλείσαι από άλλους;	15. Μπαίνεις σε μπελάδες/ έχεις μπλεξίματα στο σπίτι;
110	110	110	110
0	0	0	0
8,991	5,736	7,555	7,536
10,000	6,000	9,000	9,000
2,2071	3,3254	3,0638	2,9137
0,0	0,0	0,0	0,0
10,0	10,0	10,0	10,0

16. Μπαίνεις σε μπελάδες/ έχεις μπλεξίματα στο σχολείο;	17. Κάνεις πράγματα χωρίς να το σκέφτεσαι πρώτα;	18. Είναι δύσκολο για σένα να συγκεντρώνεσαι;	19. Μιλάς πολύ;
110	110	110	110
0	0	0	0
7,318	6,009	6,745	6,300
9,000	6,000	7,000	7,000
3,2253	3,3277	3,1373	3,3085
0,0	0,0	0,0	0,0
10,0	10,0	10,0	10,0

20. Είναι δύσκολο για σένα να κάθεσαι ακίνητος/-η;	21. Μπερδεύεις τα λόγια σου;	1. Λένε καλά λόγια για μένα.
110	110	110
0	0	0
5,927	6,218	1,364
6,000	6,500	1,000
3,5651	3,4171	,6016
0,0	0,0	1,0
10,0	10,0	4,0

2. Δε μου δίνουν καθόλου σημασία.	3. Με διευκολύνουν με τον τρόπο τους να τους μιλώ για πράγματα που είναι σημαντικά για μένα.	4. Με χτυπούν ακόμη κι αν μερικές φορές δεν το αξίζω.
110	110	110
0	0	0
3,409	1,782	3,782
4,000	2,000	4,000
,8272	,8392	,5647
1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	4,0

5. Με βλέπουν ως μεγάλο μπελά.	6. Με τιμωρούν πολύ αυστηρά όταν θυμώνουν.	7. Είναι πάντοτε πολύ απασχολημένοι για να απαντήσουν στις ερωτήσεις μου.	8. Φαίνεται να με αντιπαθούν.
110	110	110	110
0	0	0	0
3,455	3,473	2,945	3,627
4,000	4,000	3,000	4,000
,8528	,7628	,8656	,8659
1,0	1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	4,0	4,0

9. Δείχνουν πραγματικά ενδιαφέρον για τις δραστηριότητές μου.	10. Μου λένε πολλά σκληρά λόγια.	11. Με αγνοούν όταν τους ζητώ βοήθεια.	12. Με κάνουν να νιώθω ότι με θέλουν και με χρειάζονται.
110	110	110	110
0	0	0	0
1,273	3,582	3,591	1,327
1,000	4,000	4,000	1,000
,5570	,7342	,7816	,7182
1,0	1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	4,0	4,0

13. Μου δίνουν πολλή σημασία.	14. Προσπαθούν με διάφορους τρόπους να με στεναχωρούν.	15. Ξεχνούν σημαντικά πράγματα που νομίζω θα έπρεπε να θυμούνται.	16. Με κάνουν να νιώθω ότι δε μ' αγαπούν, αν κάνω κάποια αταξία.
110	110	110	110
0	0	0	0
1,373	3,845	3,136	3,545
1,000	4,000	3,000	4,000
,5562	,4919	,8618	,8199
1,0	1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	4,0	4,0

17. Με κάνουν να αισθάνομαι ότι τα πράγματα που κάνω είναι σημαντικά.	18. Με φοβερίζουν ή με απειλούν όταν κάνω κάποιο λάθος.	19. Ενδιαφέρονται για τη γνώμη μου και θέλουν να την ακούσουν.	20. Ό,τι και αν κάνω, νομίζουν ότι τα άλλα παιδιά συμπεριφέρνονται καλύτερα από μένα.
110	110	110	110
0	0	0	0
1,391	3,727	1,336	3,473
1,000	4,000	1,000	4,000
,7051	,6761	,5294	,7747
1,0	1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	3,0	4,0

21. Μου δείχνουν ότι δεν είμαι επιθυμητός/ή.	22. Μου δείχνουν την αγάπη τους.	23. Με αγνοούν, όσο δεν κάνω κάτι που τους ενοχλεί.	24. Μου συμπεριφέρονται με στοργή και καλοσύνη.
110	110	110	110
0	0	0	0
3,436	1,164	3,373	1,245
4,000	1,000	4,000	1,000
1,0538	,5507	,8659	,6235
1,0	1,0	1,0	1,0
4,0	4,0	4,0	4,0

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αγόρι	65	59,1	59,1	59,1
	Κορίτσι	45	40,9	40,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ΤΑΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δ'	27	24,5	24,5	24,5
	Ε'	44	40,0	40,0	64,5
	ΣΤ'	39	35,5	35,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ΔΕΠ-Υ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	45	40,9	40,9	40,9
	OXI	65	59,1	59,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

1. Πόσο χαρούμενος/-η είσαι;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	1	,9	,9	,9
	1,0	2	1,8	1,8	2,7
	4,0	4	3,6	3,6	6,4
	5,0	7	6,4	6,4	12,7
	6,0	4	3,6	3,6	16,4
	7,0	10	9,1	9,1	25,5
	8,0	19	17,3	17,3	42,7
	9,0	19	17,3	17,3	60,0
	10,0	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

2. Είσαι ένας θυμωμένος άνθρωπος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	4	3,6	3,6	3,6
	1,0	2	1,8	1,8	5,5
	2,0	6	5,5	5,5	10,9
	3,0	7	6,4	6,4	17,3
	4,0	8	7,3	7,3	24,5
	5,0	20	18,2	18,2	42,7
	6,0	11	10,0	10,0	52,7
	7,0	13	11,8	11,8	64,5
	8,0	5	4,5	4,5	69,1
	9,0	15	13,6	13,6	82,7
	10,0	19	17,3	17,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

3. Είσαι ένας ανήσυχος άνθρωπος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	3	2,7	2,7	2,7
	1,0	2	1,8	1,8	4,5
	2,0	3	2,7	2,7	7,3
	3,0	7	6,4	6,4	13,6
	4,0	8	7,3	7,3	20,9
	5,0	15	13,6	13,6	34,5
	6,0	5	4,5	4,5	39,1
	7,0	10	9,1	9,1	48,2
	8,0	10	9,1	9,1	57,3
	9,0	15	13,6	13,6	70,9
	10,0	32	29,1	29,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

4. Αισθάνεσαι φοβισμένος/-η;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	4	3,6	3,6	3,6
	1,0	2	1,8	1,8	5,5
	2,0	4	3,6	3,6	9,1
	3,0	2	1,8	1,8	10,9
	4,0	5	4,5	4,5	15,5
	5,0	12	10,9	10,9	26,4
	6,0	8	7,3	7,3	33,6
	7,0	8	7,3	7,3	40,9
	8,0	8	7,3	7,3	48,2
	9,0	12	10,9	10,9	59,1
	10,0	45	40,9	40,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

5. Τι είδους άνθρωπος είσαι;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,0	3	2,7	2,7	2,7
	5,0	6	5,5	5,5	8,2
	6,0	4	3,6	3,6	11,8
	7,0	7	6,4	6,4	18,2
	8,0	14	12,7	12,7	30,9
	9,0	20	18,2	18,2	49,1
	10,0	56	50,9	50,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

6. Τι είδους άνθρωπος πιστεύουν οι άλλοι ότι είσαι;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	2	1,8	1,8	1,8
	1,0	1	,9	,9	2,7
	2,0	1	,9	,9	3,6
	3,0	2	1,8	1,8	5,5
	4,0	2	1,8	1,8	7,3
	5,0	8	7,3	7,3	14,5
	6,0	6	5,5	5,5	20,0
	7,0	12	10,9	10,9	30,9
	8,0	15	13,6	13,6	44,5
	9,0	18	16,4	16,4	60,9
	10,0	43	39,1	39,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

7. Σου αρέσει το διάβασμα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	10	9,1	9,1	9,1
	1,0	7	6,4	6,4	15,5
	2,0	3	2,7	2,7	18,2
	3,0	9	8,2	8,2	26,4
	4,0	4	3,6	3,6	30,0
	5,0	17	15,5	15,5	45,5
	6,0	10	9,1	9,1	54,5
	7,0	5	4,5	4,5	59,1
	8,0	8	7,3	7,3	66,4
	9,0	10	9,1	9,1	75,5
	10,0	27	24,5	24,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

8. Σου αρέσει η ζωγραφική;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	6	5,5	5,5	5,5
	1,0	2	1,8	1,8	7,3
	2,0	4	3,6	3,6	10,9
	3,0	3	2,7	2,7	13,6
	4,0	3	2,7	2,7	16,4
	5,0	9	8,2	8,2	24,5
	6,0	6	5,5	5,5	30,0
	7,0	6	5,5	5,5	35,5
	8,0	9	8,2	8,2	43,6
	9,0	11	10,0	10,0	53,6
	10,0	51	46,4	46,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

9. Σου αρέσουν τα μαθηματικά;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	2	1,8	1,8	1,8
	1,0	5	4,5	4,5	6,4
	2,0	4	3,6	3,6	10,0
	3,0	3	2,7	2,7	12,7
	4,0	5	4,5	4,5	17,3
	5,0	7	6,4	6,4	23,6
	6,0	5	4,5	4,5	28,2
	7,0	11	10,0	10,0	38,2
	8,0	6	5,5	5,5	43,6
	9,0	14	12,7	12,7	56,4
	10,0	48	43,6	43,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

10. Είσαι καθαρός/-ή και τακτικός/-ή στη γραφή;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	4	3,6	3,6	3,6
	1,0	1	,9	,9	4,5
	2,0	2	1,8	1,8	6,4
	3,0	2	1,8	1,8	8,2
	4,0	8	7,3	7,3	15,5
	5,0	14	12,7	12,7	28,2
	6,0	9	8,2	8,2	36,4
	7,0	8	7,3	7,3	43,6
	8,0	12	10,9	10,9	54,5
	9,0	16	14,5	14,5	69,1
	10,0	34	30,9	30,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

11. Διατηρείς το δωμάτιό σου τακτοποιημένο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	1	,9	,9	,9
	1,0	1	,9	,9	1,8
	2,0	4	3,6	3,6	5,5
	3,0	3	2,7	2,7	8,2
	4,0	7	6,4	6,4	14,5
	5,0	14	12,7	12,7	27,3
	6,0	9	8,2	8,2	35,5
	7,0	6	5,5	5,5	40,9
	8,0	9	8,2	8,2	49,1
	9,0	13	11,8	11,8	60,9
	10,0	43	39,1	39,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

12. Έχεις φίλους;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	2	1,8	1,8	1,8
	1,0	2	1,8	1,8	3,6
	2,0	1	,9	,9	4,5
	4,0	1	,9	,9	5,5
	5,0	1	,9	,9	6,4
	6,0	5	4,5	4,5	10,9
	7,0	5	4,5	4,5	15,5
	8,0	6	5,5	5,5	20,9
	9,0	7	6,4	6,4	27,3
	10,0	80	72,7	72,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

13. Χάνεις αντικείμενα/πράγματα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	13	11,8	11,8	11,8
	1,0	3	2,7	2,7	14,5
	2,0	7	6,4	6,4	20,9
	3,0	5	4,5	4,5	25,5
	4,0	7	6,4	6,4	31,8
	5,0	17	15,5	15,5	47,3
	6,0	11	10,0	10,0	57,3
	7,0	9	8,2	8,2	65,5
	8,0	6	5,5	5,5	70,9
	9,0	11	10,0	10,0	80,9
	10,0	21	19,1	19,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

14. Παρενοχλείσαι από άλλους;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	5	4,5	4,5	4,5
	1,0	2	1,8	1,8	6,4
	2,0	2	1,8	1,8	8,2
	3,0	4	3,6	3,6	11,8
	4,0	7	6,4	6,4	18,2
	5,0	10	9,1	9,1	27,3
	6,0	8	7,3	7,3	34,5
	7,0	3	2,7	2,7	37,3
	8,0	7	6,4	6,4	43,6
	9,0	10	9,1	9,1	52,7
	10,0	52	47,3	47,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

15. Μπαίνεις σε μπελάδες/ έχεις μπλεξίματα στο σπίτι;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	4	3,6	3,6	3,6
	1,0	3	2,7	2,7	6,4
	2,0	3	2,7	2,7	9,1
	3,0	3	2,7	2,7	11,8
	4,0	4	3,6	3,6	15,5
	5,0	10	9,1	9,1	24,5
	6,0	6	5,5	5,5	30,0
	7,0	6	5,5	5,5	35,5
	8,0	12	10,9	10,9	46,4
	9,0	19	17,3	17,3	63,6
	10,0	40	36,4	36,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

16. Μπαίνεις σε μπελάδες/ έχεις μπλεξίματα στο σχολείο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	6	5,5	5,5	5,5
	1,0	3	2,7	2,7	8,2
	2,0	3	2,7	2,7	10,9
	3,0	9	8,2	8,2	19,1
	4,0	3	2,7	2,7	21,8
	5,0	7	6,4	6,4	28,2
	6,0	5	4,5	4,5	32,7
	7,0	2	1,8	1,8	34,5
	8,0	13	11,8	11,8	46,4
	9,0	16	14,5	14,5	60,9
	10,0	43	39,1	39,1	100,0

Total	110	100,0	100,0	

17. Κάνεις πράγματα χωρίς να το σκέφτεσαι πρώτα;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	11	10,0	10,0	10,0
	1,0	5	4,5	4,5	14,5
	2,0	4	3,6	3,6	18,2
	3,0	6	5,5	5,5	23,6
	4,0	6	5,5	5,5	29,1
	5,0	18	16,4	16,4	45,5
	6,0	7	6,4	6,4	51,8
	7,0	9	8,2	8,2	60,0
	8,0	8	7,3	7,3	67,3
	9,0	13	11,8	11,8	79,1
	10,0	23	20,9	20,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

18. Είναι δύσκολο για σένα να συγκεντρώνεσαι;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	8	7,3	7,3	7,3
	1,0	5	4,5	4,5	11,8
	3,0	3	2,7	2,7	14,5
	4,0	7	6,4	6,4	20,9
	5,0	14	12,7	12,7	33,6
	6,0	7	6,4	6,4	40,0
	7,0	12	10,9	10,9	50,9
	8,0	14	12,7	12,7	63,6
	9,0	8	7,3	7,3	70,9
	10,0	32	29,1	29,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

19. Μιλάς πολύ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	11	10,0	10,0	10,0
	1,0	4	3,6	3,6	13,6
	2,0	3	2,7	2,7	16,4
	3,0	4	3,6	3,6	20,0
	4,0	6	5,5	5,5	25,5
	5,0	19	17,3	17,3	42,7
	6,0	3	2,7	2,7	45,5
	7,0	10	9,1	9,1	54,5
	8,0	11	10,0	10,0	64,5
	9,0	14	12,7	12,7	77,3
	10,0	25	22,7	22,7	100,0

Total	110	100,0	100,0	

20. Είναι δύσκολο για σένα να κάθεσαι ακίνητος/-η;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	11	10,0	10,0	10,0
	1,0	7	6,4	6,4	16,4
	2,0	9	8,2	8,2	24,5
	3,0	3	2,7	2,7	27,3
	4,0	9	8,2	8,2	35,5
	5,0	12	10,9	10,9	46,4
	6,0	7	6,4	6,4	52,7
	7,0	5	4,5	4,5	57,3
	8,0	7	6,4	6,4	63,6
	9,0	11	10,0	10,0	73,6
	10,0	29	26,4	26,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

21. Μπερδεύεις τα λόγια σου;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	14	12,7	12,7	12,7
	1,0	1	,9	,9	13,6
	2,0	2	1,8	1,8	15,5
	3,0	5	4,5	4,5	20,0
	4,0	9	8,2	8,2	28,2
	5,0	20	18,2	18,2	46,4
	6,0	4	3,6	3,6	50,0
	7,0	8	7,3	7,3	57,3
	8,0	5	4,5	4,5	61,8
	9,0	12	10,9	10,9	72,7
	10,0	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

1. Λένε καλά λόγια για μένα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	75	68,2	68,2	68,2
	Μερικές φορές	32	29,1	29,1	97,3
	Σπάνια	1	,9	,9	98,2
	Ποτέ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

2. Δε μου δίνουν καθόλου σημασία.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	5	4,5	4,5	4,5
	Μερικές φορές	9	8,2	8,2	12,7
	Σπάνια	32	29,1	29,1	41,8
	Ποτέ	64	58,2	58,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

3. Με διευκολύνουν με τον τρόπο τους να τους μιλώ για πράγματα που είναι σημαντικά για μένα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	49	44,5	44,5	44,5
	Μερικές φορές	40	36,4	36,4	80,9
	Σπάνια	17	15,5	15,5	96,4
	Ποτέ	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

4. Με χτυπούν ακόμη κι αν μερικές φορές δεν το αξίζω.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	2	1,8	1,8	1,8
	Μερικές φορές	2	1,8	1,8	3,6
	Σπάνια	14	12,7	12,7	16,4
	Ποτέ	92	83,6	83,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

5. Με βλέπουν ως μεγάλο μπελά.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	4	3,6	3,6	3,6
	Μερικές φορές	14	12,7	12,7	16,4
	Σπάνια	20	18,2	18,2	34,5
	Ποτέ	72	65,5	65,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

6. Με τιμωρούν πολύ αυστηρά όταν θυμώνουν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	1	,9	,9	,9
	Μερικές φορές	15	13,6	13,6	14,5
	Σπάνια	25	22,7	22,7	37,3
	Ποτέ	69	62,7	62,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

7. Είναι πάντοτε πολύ απασχολημένοι για να απαντήσουν στις ερωτήσεις μου.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	5	4,5	4,5	4,5
	Μερικές φορές	29	26,4	26,4	30,9
	Σπάνια	43	39,1	39,1	70,0
	Ποτέ	33	30,0	30,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

8. Φαίνεται να με αντιπαθούν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	7	6,4	6,4	6,4
	Μερικές φορές	7	6,4	6,4	12,7
	Σπάνια	6	5,5	5,5	18,2
	Ποτέ	90	81,8	81,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

9. Δείχνουν πραγματικά ενδιαφέρον για τις δραστηριότητές μου.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	85	77,3	77,3	77,3
	Μερικές φορές	21	19,1	19,1	96,4
	Σπάνια	3	2,7	2,7	99,1
	Ποτέ	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

10. Μου λένε πολλά σκληρά λόγια.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	2	1,8	1,8	1,8
	Μερικές φορές	10	9,1	9,1	10,9
	Σπάνια	20	18,2	18,2	29,1
	Ποτέ	78	70,9	70,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

11. Με αγνοούν όταν τους ζητώ βοήθεια.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	4	3,6	3,6	3,6
	Μερικές φορές	8	7,3	7,3	10,9
	Σπάνια	17	15,5	15,5	26,4
	Ποτέ	81	73,6	73,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

12. Με κάνουν να νιώθω ότι με θέλουν και με χρειάζονται.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	85	77,3	77,3	77,3
	Μερικές φορές	19	17,3	17,3	94,5
	Σπάνια	1	,9	,9	95,5
	Ποτέ	5	4,5	4,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

13. Μου δίνουν πολλή σημασία.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	72	65,5	65,5	65,5
	Μερικές φορές	36	32,7	32,7	98,2
	Σπάνια	1	,9	,9	99,1
	Ποτέ	1	,9	,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

14. Προσπαθούν με διάφορους τρόπους να με στεναχωρούν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	1	,9	,9	,9
	Μερικές φορές	3	2,7	2,7	3,6
	Σπάνια	8	7,3	7,3	10,9
	Ποτέ	98	89,1	89,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

15. Ξεχνούν σημαντικά πράγματα που νομίζω θα έπρεπε να θυμούνται.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	5	4,5	4,5	4,5
	Μερικές φορές	19	17,3	17,3	21,8
	Σπάνια	42	38,2	38,2	60,0
	Ποτέ	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

16. Με κάνουν να νιώθω ότι δε μ' αγαπούν, αν κάνω κάποια αταξία.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	6	5,5	5,5	5,5
	Μερικές φορές	5	4,5	4,5	10,0
	Σπάνια	22	20,0	20,0	30,0
	Ποτέ	77	70,0	70,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

17. Με κάνουν να αισθάνομαι ότι τα πράγματα που κάνω είναι σημαντικά.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	79	71,8	71,8	71,8
	Μερικές φορές	21	19,1	19,1	90,9
	Σπάνια	8	7,3	7,3	98,2
	Ποτέ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

18. Με φοβερίζουν ή με απειλούν όταν κάνω κάποιο λάθος.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	3	2,7	2,7	2,7
	Μερικές φορές	5	4,5	4,5	7,3
	Σπάνια	11	10,0	10,0	17,3
	Ποτέ	91	82,7	82,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

19. Ενδιαφέρονται για τη γνώμη μου και θέλουν να την ακούσουν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	76	69,1	69,1	69,1
	Μερικές φορές	31	28,2	28,2	97,3
	Σπάνια	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

20. Ό,τι και αν κάνω, νομίζουν ότι τα άλλα παιδιά συμπεριφέρνονται καλύτερα από μένα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	2	1,8	1,8	1,8
	Μερικές φορές	13	11,8	11,8	13,6
	Σπάνια	26	23,6	23,6	37,3
	Ποτέ	69	62,7	62,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

21. Μου δείχνουν ότι δεν είμαι επιθυμητός/ή.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	13	11,8	11,8	11,8
	Μερικές φορές	8	7,3	7,3	19,1
	Σπάνια	7	6,4	6,4	25,5
	Ποτέ	82	74,5	74,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

22. Μου δείχνουν την αγάπη τους.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	99	90,0	90,0	90,0
	Μερικές φορές	6	5,5	5,5	95,5
	Σπάνια	3	2,7	2,7	98,2
	Ποτέ	2	1,8	1,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

23. Με αγνοούν, όσο δεν κάνω κάτι που τους ενοχλεί.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	3	2,7	2,7	2,7
	Μερικές φορές	19	17,3	17,3	20,0
	Σπάνια	22	20,0	20,0	40,0
	Ποτέ	66	60,0	60,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

24. Μου συμπεριφέρονται με στοργή και καλοσύνη.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πάντα	91	82,7	82,7	82,7
	Μερικές φορές	14	12,7	12,7	95,5
	Σπάνια	2	1,8	1,8	97,3
	Ποτέ	3	2,7	2,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	