



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ, ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

Π.Μ.Σ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση της κοινωνικό-συναισθηματικής κατάστασης των
μητέρων παιδιών με πιθανή ΔΕΠΥ και Μαθησιακές Δυσκολίες»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Αναστασία Τζουβάρα

Υπό την εποπτεία των: Αναπληρ. Καθηγήτριας, Φωτεινής Πολυχρόνη

Επικ. Καθηγήτρια, Ίσαρη Φιλία

Επικ.Καθηγητής, Πέτρος Ρούσσος

Αθήνα

Οκτώβριος 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα έρευνα, διερευνάται η ψυχική υγεία μητέρων παιδιών με πιθανή ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες και πιο συγκεκριμένα οι ψυχολογικές δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν, οι στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος, καθώς και τα επίπεδα αυτοεκτίμησης τους, μέσω των αντίστοιχων σταθμισμένων ερωτηματολογίων. Στην έρευνα συμμετείχαν 30 μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες. Οι μητέρες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο «Γενικής Υγείας», το ερωτηματολόγιο μέτρησης των «Στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων» και το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για γονείς «Τι πιστεύω για τον εαυτό μου», όπως και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Η επιλογή του δείγματος και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τις μητέρες πραγματοποιήθηκε στον χώρο του ΚΕΔΔΥ Νέας Ιωνίας. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι γονείς και περισσότερο οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες είναι επιρρεπείς σε συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, έχει σημειωθεί ότι ενδέχεται να κατηγορούν τον εαυτό τους, να αισθάνονται αισθήματα άρνησης, θυμού, απογοήτευσης, ματαιώσης, αλλά και χαμηλής αυτοεκτίμησης μη μπορώντας να ελέγξουν την συμπεριφορά των παιδιών τους. Μάλιστα, συχνά νιώθουν λιγότερο σίγουρες για τον γονικό τους ρόλο και εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους με έρευνες να επισημαίνουν ότι βιώνουν περισσότερο άγχος και πίεση συγκριτικά με μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Τα πορίσματα της έρευνας έδειξαν πως οι μητέρες εμφάνισαν επιβαρυνμένη ψυχοπαθολογία, όσον αφορά το άγχος, τα σωματικά ενοχλήματα και την κοινωνική δυσλειτουργικότητα, αλλά όχι ως προς την κατάθλιψη. Επιπλέον, οι μητέρες παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών μόνο με Ελλειμματική Προσοχή ή μόνο με Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα. Αναφορικά με τη χρήση των ΣΑΑΚ ανάμεσα στις μητέρες φάνηκε πως ακολουθούν κυρίως υγιείς τρόπους αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων, με τις μητέρες παιδιών Υπερκινητικού και Συνδυαστικού τύπου συγκριτικά, να τείνουν να χρησιμοποιούν και μη προσαρμοστικές στρατηγικές, ωστόσο δεν έπαιξε ιδιαίτερο ρόλο το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων για την προτίμηση χρήσης τους. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συζητούνται με βάση τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, διατυπώνονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας, οι προτάσεις για

μελλοντική έρευνα, καθώς και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βέλτιστη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες από τους γονείς.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ), Μαθησιακές Δυσκολίες (Μ.Δ.), μητέρες, ψυχική υγεία, στρατηγικές, άγχος, αυτοεκτίμηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1-2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3-4
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας	
1.1 Ιστορική Ανασκόπηση ΔΕΠ/Υ	5
1.2 Περιγραφή ΔΕΠ/Υ	9
1.3 Επιδημιολογία ΔΕΠ/Υ	13
1.3.1 Διαφορές φύλου	15
1.3.2 Ηλικιακός Παράγοντας και Ενήλικη ζωή	17
1.4 Αιτιολογία ΔΕΠ/Υ	20
1.4.1 Γενετικοί Κληρονομικοί Παράγοντες	21
1.4.2 Νευρολογικοί Παράγοντες	23
1.4.3 Περιβαλλοντικοί Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	25
1.5 Διάγνωση ΔΕΠ/Υ	28
1.6 Συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ	30
1.7 Διαφορική Διάγνωση ΔΕΠ/Υ	32
Μαθησιακές Δυσκολίες	32
1.8 Ταξινόμηση Μαθησιακών Δυσκολιών	34
1.9 Αιτιολογία Μαθησιακών Δυσκολιών	35
1.10 Διάγνωση Μαθησιακών Δυσκολιών	36
1.11 Συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακών Δυσκολιών	37
1.12 ΔΕΠ/Υ, Μαθησιακές Δυσκολίες και Οικογενειακό Περιβάλλον	41
1.13 Ψυχική Υγεία μητέρων παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες	44
1.14 Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικές Υποθέσεις	47
2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
2.1 Δείγμα Έρευνας	49
2.2 Μέσα συλλογής Δεδομένων	50
2.2.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίων	50
2.2.2 Ανάλυση Δεδομένων	54
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
3.1 Ανάλυση της εμφάνισης ΔΕΠ/Υ	56
3.2 Εκτίμηση της επίδρασης ΔΕΠ/Υ στην ψυχική υγεία των μητέρων	57

3.3 Συσχέτιση παραγόντων ΕΓΥ-28	59
3.4 Εκτίμηση της επίδρασης ΔΕΠ/Υ στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων καταστάσεων.....	60
3.5 Συσχέτιση παραγόντων ΣΑΑΚ.....	63
3.6 Μορφωτικό επίπεδο και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων.....	65
3.7. Αυτοεκτίμηση και παρουσία ΔΕΠΥ.....	66
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	68
4.1 Περιορισμοί	72
4.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	94

1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

1.1. Ιστορική Ανασκόπηση ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ - διεθνώς ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder) είναι μία από τις περισσότερο μελετημένες και τεκμηριωμένες κλινικές διαταραχές παγκοσμίως. Αναμφισβήτητα, αποτελεί την συχνότερη διάγνωση μάθησης και συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία, καθιστώντας την μία από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (3-7% των παιδιών σχολικής ηλικίας).

Ο τρόπος εκδήλωσης της ποικίλει, ωστόσο, εμφανίζεται με συμπτώματα δυσκολίας στη συγκέντρωση της προσοχής, υπερβολική κινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά σε βαθμό ασύμβατο με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού ή του εφήβου, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και συχνότητα, με την παρατήρηση τους στο σχολικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Σε αυτή την ενότητα, επιχειρείται μια σύντομη επισκόπηση του ιστορικού της Διαταραχής Ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ), ένα ιστορικό που περιλαμβάνει ενός αιώνα κλινικές και επιστημονικές δημοσιεύσεις. Αυτή η ιστορική αναδρομή δείχνει ότι, στην προσπάθεια των επιστημόνων για την πληρέστερη και ακριβέστερη κατανόηση της ουσίας αυτής της ψυχοπαθολογικής κατάστασης (Barkley, 1998), πολλά από τα θέματα που αφορούν τη φύση της διαταραχής, εμφανίζονται κατ' επανάληψη στη διάρκεια του εικοστού και τις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα.

Αναφορές σε περιπτώσεις παιδιών με χαρακτηριστικά ΔΕΠ/Υ υπάρχουν ήδη από την εποχή της αρχαιότητας και συγκεκριμένα από τον Γαληνό (Goodman&Gilman, 1975). Όμως, ήταν στα τέλη του δέκατου όγδοου αιώνα, όταν άρχισε η μελέτη των διαφορετικών μορφών συμπεριφοράς των παιδιών (Everett, & Everett, 1999, Jones, 1998) και μάλιστα τότε, εντοπίστηκαν για πρώτη φορά συμπτώματα παρόμοια με αυτά της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής από τον Σκωτσέζο ιατρό Sir Alexander Crichton (1798), στα πλαίσια επιστημονικής περιγραφής του για μια συγκεκριμένη ψυχική κατάσταση (Bertios, 2006).

Ωστόσο, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παλαιότερες, αλλά και πιο σαφείς περιγραφές συμπτωμάτων ΔΕΠ/Υ που έχουν καταγραφεί, χρονολογούνται στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα. Συγκεκριμένα, η ελλειμματική προσοχή και τα τυπικά

συμπτώματα της υπερκινητικότητας απεικονίστηκαν κυρίως μέσω της συμπεριφοράς και των περιπετειών ενός ζωντανού αγοριού, του «Ανήσυχου Philip» («Zappel-Philipp»). Η ιστορία αυτή δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1846, σε ένα δημοφιλές γερμανικό παιδικό βιβλίο, υπό τη μορφή ποιήματος, γραμμένο από το παιδίατρο Heinrich Hoffmann, με τίτλο «Struwwelpeter» (Thome & Jacobs, 2004; Accardo και συν., 2000).

Παρά τις πρώτες αυτές αναφορές στο βιβλίο του H. Hoffmann, πολύ αργότερα, ο γιατρός και συγγραφέας George Frederick Still και μετέπειτα ο Alfred Tredgold, ήταν εκείνοι, οι οποίοι καθιερώθηκαν ως οι πρώτοι που επικέντρωσαν σοβαρά το επιστημονικό ενδιαφέρον σε εκδηλώσεις συμπεριφοράς παιδιών, διαπιστώνοντας συμπτώματα που προσομοιάζουν περισσότερο με αυτά που είναι σήμερα γενικώς αποδεκτά και χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ/Υ.

Ειδικότερα, το 1902 ο Άγγλος παιδίατρος George Still, αναφέρεται επίσημα και με επιστημονικά δεδομένα σε προβλήματα συμπεριφοράς και συγκέντρωσης στα παιδιά σε μια σειρά διαλέξεων στο Βασιλικό Ιατρικό Κολέγιο (Royal College of Physicians), στο Λονδίνο. Στις διαλέξεις αυτές περιέγραψε μία ομάδα παιδιών, τα οποία παρουσίαζαν έντονη επιθετικότητα, ανυπακοή και άρνηση στην πειθαρχία, υπερβολική κινητικότητα και ελλιπή συγκέντρωση. Τα χαρακτηριστικά αυτά τα περιγράφει ως μία χρόνια κατάσταση, τα αίτια των οποίων αλλά και της ίδιας της διαταραχής, τα αποδίδει σε βιολογικούς παράγοντες. Κατά τον Still, τα παιδιά αυτά ήταν άτομα με έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο» (Still, 1902).

Στη διάρκεια των αρχών της δεκαετίας του 1920, υπήρξε μία σημαντική μετατόπιση στην προσπάθεια κατανόησης των υπερκινητικών παιδιών. Κατά την περίοδο αυτή, η διαταραχή άρχισε να θεωρείται οργανικής αιτιολογίας. Αυτό ήταν αποτέλεσμα, εν μέρει, μιας επιδημίας εγκεφαλίτιδας που ξέσπασε στις Η.Π.Α το 1917 και διήρκησε μέχρι το 1918. Τα παιδιά που επέζησαν αυτής της εγκεφαλικής λοίμωξης καθώς και οι ασθενείς με διάφορα είδη εγκεφαλικών τραυματισμών, παρουσίαζαν σοβαρές δυσλειτουργίες στον τομέα της συμπεριφοράς, αλλά και στο γνωστικό τομέα (Barkley, 1998a, Cantwell, 1981, Levy, 2001, Stewart, 1970).

Αναρίθμητες αναφορές περιέγραψαν τις συνέπειες της εγκεφαλίτιδας (Ebaugh, 1923· Strecker & Ebaugh, 1924), οι οποίες περιελάμβαναν πολλά από τα χαρακτηριστικά που τώρα ενσωματώνουμε στην εικόνα της ΔΕΠ/Υ. Αυτά τα παιδιά περιγράφονταν με ελλείμματα στην προσοχή, στη ρύθμιση της δραστηριότητας και

τον παρορμητισμό, καθώς και σε άλλες γνωστικές ικανότητες, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης. Αυτά τα αρχικά συμπτώματα αποτέλεσαν τη βάση για τη διάγνωση μιας διαταραχής, η οποία ονομάστηκε *διαταραχή συμπεριφοράς μετά από εγκεφαλική κάκωση* (*postencephalitic behavioral disorder*).

Στη Μεγάλη Βρετανία, ο Lewin το 1938 άσκησε μεγάλη επιρροή αναγνωρίζοντας και περιγράφοντας τη σχέση μεταξύ σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης και κινητικής ανησυχίας σε παιδιά και ενήλικους με νοητική υστέρηση, καθώς και μία παρόμοια σχέση σε εργαστηριακές μελέτες με πειραματόζωα.

Την επόμενη δεκαετία, στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Strauss & Lehtinen έδωσαν έμφαση στην υπόθεση οργανικής αιτιολογίας, περιγράφοντας παιδιά με καθυστέρηση που παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα και ελλείμματα στις γνωστικές λειτουργίες. Η αντίληψη του «παιδιού με εγκεφαλική βλάβη» γεννήθηκε αυτήν την εποχή και αφορούσε τα παιδιά με τα συγκεκριμένα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, πολλά εκ των οποίων, ωστόσο, είχαν ανεπαρκή ή στερούνταν πλήρως στοιχεία εγκεφαλικής παθολογίας και μπορεί να οφειλόταν σε τραυματισμούς κατά τη γέννηση, έλλειψη οξυγόνου, χτύπημα στο κεφάλι κ.τ.λ. Αργότερα, την δεκαετία του 50', ο Strauss υποστήριξε ότι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και διαταραγμένης συμπεριφοράς μπορούν επίσης να υπάρχουν ανεξάρτητα από συγκεκριμένη νευρολογική κάκωση (Barkley, 1998a, Everett & Everett, 1999). Οι διάφορες μελέτες και παρατηρήσεις οι οποίες ακολούθησαν μετονόμασαν το σύνδρομο σε *ελάχιστη εγκεφαλική κάκωση/βλάβη* (*minimal brain damage*) και αργότερα σε *ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία* (*minimal brain disfunction*) (Kessler, 1980)

Τη δεκαετία του 1950, οι ερευνητές άρχισαν μια σειρά από έρευνες στους νευρολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι θεωρούνταν υπεύθυνοι για τις διαταραχές συμπεριφοράς. Μία από τις έρευνες αυτές, ενδεχομένως και η σπουδαιότερη, ήταν αυτή των Laufer και συν.(1957), οι οποίοι υποστήριξαν ότι τα υπερκινητικά παιδιά εμφάνιζαν Υπερκινητική Παρορμητική Διαταραχή και εντόπισαν την ανεπάρκεια του κεντρικού νευρικού συστήματος στην περιοχή του θαλάμου.

Προς το τέλος αυτής της εποχής, φαινόταν απολύτως αποδεκτό ότι η υπερκινητικότητα αποτελούσε ένα σύνδρομο εγκεφαλικής βλάβης, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου έλειπαν οι αποδείξεις της βλάβης.

Η υπόθεση του όρου της εγκεφαλικής βλάβης κράτησε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960. Ήδη από τις αρχές τις ίδιες δεκαετίας άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα δημοσιεύματα που αμφισβητούσαν την ύπαρξη αυτού του συνδρόμου.

Συγκεκριμένα, σε άρθρο του με τίτλο «Ελάχιστη Εγκεφαλική Βλάβη: Μία έννοια εγκαταλελειμμένη», ο MacKeith (1963) προειδοποιούσε ότι ο καινούριος όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», αν και αποτελούσε πρόοδο σε σχέση με τον προηγούμενο, περιελάμβανε μία ετερογενή ομάδα παιδιών που θα έπρεπε στο μέλλον να περιληφθούν σε διαφορετικές υπο-ομάδες. Έτσι, η δυσαρέσκεια και για την έννοια της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας εκδηλώνονταν ολοένα και περισσότερο, όπου άρχισε σιγά σιγά να φθίνει και κατά τη δεκαετία του 70' εγκαταλείφθηκε οριστικά .

Ωστόσο, την ίδια χρονική περίοδο εμφανίστηκε η έννοια του συνδρόμου του υπερκινητικού παιδιού, το οποίο περιγραφόταν στις κλασικές ανακοινώσεις των Laufer & Denhoff και Chess , καθώς και σε άλλες ανακοινώσεις της εποχής.

Νέες θεωρίες άρχισαν να εμφανίζονται σχετικά με τα αίτια της ΔΕΠ/Υ , οι οποίες την απέδιδαν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, διατροφικές συνήθειες , τοξικές ουσίες, λανθασμένη αγωγή των παιδιών, κ.α. (Block, 1977).

Παράλληλα, οι προσπάθειες για τη δημιουργία μίας περισσότερο έγκυρης και αξιόπιστης επιστημονικά ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ξεκίνησαν με τη δεύτερη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition/DSM-II) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA,1968). Την εποχή αυτή, η διαταραχή αποτελούσε μία διαγνωστική κατηγορία που περιγραφόταν με τη φράση «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία».

Γενικότερα λοιπόν, τη χρονική περίοδο της δεκαετίας του 70', αναπτύχθηκε στους επιστημονικούς κύκλους κάποια απογοήτευση σχετικά με τη διαταραχή που επικεντρώθηκε αποκλειστικά στα συμπτώματα της υπερκινητικότητας. Αυτή την κρίσιμη εποχή, σπουδαίο ρόλο επρόκειτο να διαδραματίσει η προεδρική ομιλία της Virginia Douglas στην Καναδική Ψυχολογική Εταιρεία, στην οποία υποστήριξε ότι, όχι μόνο η υπερκινητικότητα, αλλά τα ελλείμματα στη διατήρηση της προσοχής και στον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς ήταν οι κύριες αιτίες για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν αυτά τα παιδιά.

Έτσι, η εξέλιξη της Γνωστικής Ψυχολογίας κατά τη δεκαετία του 80' που επακολούθησε, βοήθησε στον επαναπροσδιορισμό της ΔΕΠ/Υ. Σε αυτό το σημείο

παράλληλα με την εστίαση στην υπερκινητικότητα, δόθηκε έμφαση και στην παρορμητικότητα και την έλλειψη προσοχής, *καταλήγοντας σε τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: την διαταραχή προσοχής, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα*. Με την τροποποιημένη έκδοση του εγχειριδίου DSM, το DSM-III (APA, 1980) αποτέλεσε μία σημαντική εξέλιξη. Η «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία», όπως ονομαζόταν στην δεύτερη έκδοση (APA, 1968) μετονομάστηκε σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Ως κυρίαρχα χαρακτηριστικά του συνδρόμου περιγράφονται αυτά που αναφέρονται στην διαταραχή την προσοχής και την παρορμητικότητα.

Όμως, πολλοί ειδικοί εξέφρασαν επιφυλάξεις για τον υποβιβασμό του ρόλου της υπερκινητικότητας. Έτσι στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM (DSM-III-R (1987) (Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδας, 1992) επαναφέρεται ο όρος της υπερκινητικότητας στην ονομασία και καθιερώνεται ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα».

Η δεκαετία του 1990 σηματοδοτήθηκε και αυτή από σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της ιστορικής πορείας της ΔΕΠ/Υ. Η πιο σημαντική από αυτές υπήρξε η αύξηση των ερευνών σχετικά με τη νευρολογική και γενετική βάση του υπερκινητικού συνδρόμου. Συγκεκριμένα, το 1994 διατυπώθηκαν καινούργια διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή στο DSM-IV (APA, 1994). Η ονομασία της διαταραχής παρέμεινε η ίδια, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ), και η ΔΕΠ/Υ μαζί με την εναντιωματική προκλητική διαταραχή και τη διαταραχή διαγωγής εντάχθηκαν στην κατηγορία των «Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής κα Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία».

Το εγχειρίδιο του DSM επανεκδόθηκε το 2000 στην τέταρτή του έκδοση (DSM-IV-TR) και μέχρι και σήμερα χρησιμοποιείται η ενημερωμένη και ανανεωμένη έκδοση του DSM-IV-TR, δηλαδή η πέμπτη, το DSM-V (2013), όπου η ΔΕΠ/Υ διατηρεί την ονομασία της και τα αναθεωρημένα κριτήρια που περιλαμβάνει μέχρι πρότινος θα αναλυθούν λεπτομερώς παρακάτω.

1.2 Περιγραφή Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας

Κατά τη διάρκεια των πιο πρόσφατων δεκαετιών οι επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με τον όρο Διαταραχή της Ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα και έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί, οι οποίοι πολλές φορές οδηγούν τους ειδικούς, που προβαίνουν σε διάγνωση και αξιολόγηση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, σε λανθασμένα συμπεράσματα (Barkley, 1990b).

Ωστόσο, πέρα από την εξέλιξη και τις διαφοροποιήσεις της ορολογίας, καθώς και των διαγνωστικών κριτηρίων που προσαρμόζονται και διαφοροποιούνται ακόμα και σήμερα, οι περιγραφές σχετικά με την ίδια τη φύση της διαταραχής έχουν αλλάξει ελάχιστα, αν όχι καθόλου, από τις περιγραφές εκείνες που δίνονταν για τη συγκεκριμένη διαταραχή σχεδόν έναν αιώνα πριν (Barkley, 2003a).

Έτσι, είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι μεταξύ των επιστημόνων υπάρχει ευρύτερη συμφωνία ότι η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική προσοχή και η παρορμητικότητα αποτελούν μια χρόνια διαταραχή (International Consensus Statement on ADHD, 2002), όπως επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τα επιστημονικά ευρήματα, ότι η συχνότητα και η διάρκεια με την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα της, θα καθορίσουν την διάγνωση σε αυτά της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα, ή αλλιώς ΔΕΠ/Υ (APA, 1994). Επίσης, μπορεί σε ένα άτομο να υπερισχύουν τα συμπτώματα της μιας ή της άλλης κατηγορίας, είτε της ελλειμματικής προσοχής ή της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, ή σε άλλες περιπτώσεις να συνυπάρχουν τα συμπτώματα και των δύο αυτών κατηγοριών.

Έτσι λοιπόν, “Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα θεωρείται η συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία είναι παρούσα εκ γενετής, όπου πιο συχνά παρατηρείται χρονολογικά μεταξύ 2 έως 6 ετών, διαρκεί εφ’ όρου ζωής και παρουσιάζει ποικιλομορφία από άτομο σε άτομο, γι’ αυτό και συναντάται δυσκολία, όσον αφορά την διάγνωση της. (Whalen, 1993· 1989; Barkley 1990· 1998). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα εστίασης προσοχής, ελέγχου παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας σε επίπεδα που θεωρούνται δυσπροσαρμοστικά και ακατάλληλα για την ηλικία των παιδιών ή το στάδιο της φυσιολογικής τους ανάπτυξης (Clare, 1998), με αποτέλεσμα να ασκείται αρνητική επίδραση σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητάς τους.

Οι γονείς και στην συνέχεια οι εκπαιδευτικοί είναι εκείνοι που συναναστρέφονται καθημερινά με τα παιδιά, επομένως είναι και τα άτομα που πιο

συχνά παρατηρούν την όποια ασυνήθη, για το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, συμπεριφορά.

Μάλιστα, έχει φανεί ότι και άλλοι παράγοντες ασκούν επίδραση στον τρόπο που συμπεριφέρεται ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ, όπως το φύλο και η ηλικία του, οι συνθήκες μέσα στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά του, αλλά και οι συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά αυτή (Barkley, 2003a).

Σ' αυτό το σημείο, οφείλουμε να εξετάσουμε αναλυτικότερα την ελλειμματική προσοχή, καθώς και τα άλλα δύο βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα.

Αρχικά, η προσοχή αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια και σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να αφορά στην εγρήγορση, στην επιλεκτικότητα, στην ικανότητα συγκέντρωσης και διατήρηση αυτής της προσοχής, στην απόσπαση της προσοχής, καθώς και στη διάρκεια της κατανόησης (Barkley, 1988a, Mirsky, 1996). Επομένως, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ είναι πιθανό να παρουσιάζουν προβλήματα προσοχής διαφορετικής φύσεως (Barkley, 2001).

Πιο συγκεκριμένα, η έννοια της προσοχής, ορίζεται ως η παρατεταμένη εστίαση της προσοχής σε μια προκαθορισμένη αισθητηριακή οδό (ακουστική, οπτική-συντηρούμενη προσοχή), η ικανότητα επιλεκτικής επεξεργασίας προκαθορισμένων στοιχείων ενός ερεθίσματος με ταυτόχρονη παραμέληση άλλων μη σχετικών ιδιοτήτων (επιλεκτική προσοχή), καθώς και η βραχύχρονη συγκράτηση μιας σειράς δεδομένων στη συνείδηση με σκοπό την ενσωμάτωσή του σε προηγούμενα δεδομένα (εύρος προσοχής).

Η ικανότητα προσοχής ενός παιδιού αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς δείκτες για την ομαλή σχολική ένταξη, κοινωνικοποίηση και πορεία του. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ όμως, εμφανίζουν μεγάλες δυσκολίες στο κομμάτι της προσοχής στην καθημερινότητά τους και γίνεται εμφανές σε κάθε πλευρά της καθημερινής τους ζωής, είτε πρόκειται για το σχολείο, είτε για το σπίτι. Συνοπτικά αυτό που συχνά παρατηρείται είναι η έλλειψη επιμονής στις δραστηριότητες, ο προσανατολισμός σε ενασχόληση με πράγματα άσχετα προς τη στιγμή ή το περιβάλλον, συχνές εναλλαγές στις δραστηριότητες καθώς και μεγάλες περίοδοι χωρίς σαφή ενασχόληση με κάτι (Sandberg, Day&Trott, 1996).

Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες καταλήγουν ότι η διάσπαση της προσοχής, στην οποία τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν ελλείμματα, αναφέρεται ιδιαίτερα στη

μειωμένη ικανότητά τους για διατήρηση της προσπάθειας ή της εγρήγορσης για μεγάλη χρονική περίοδο (Douglas, 1983).

Στην συνέχεια, αναφορικά με την υπερκινητικότητα παρατηρείται ότι τα παιδιά κατά την προσχολική ηλικία διακρίνονται από έντονη κινητική δραστηριότητα και ανησυχία, οι οποίες, όμως, θεωρούνται αντιπροσωπευτικές της αναπτυξιακής τους πορείας. Θεωρείται λοιπόν, αναμενόμενο πολλά από αυτά τα παιδιά να παρουσιάζουν συμπτώματα που προσομοιάζουν με αυτά της ελλειμματικής προσοχής– υπερκινητικότητας όπως, μειωμένη διάρκεια προσοχής, παρορμητικότητα και ιδιαίτερα έντονη κινητική δραστηριότητα.

Μέχρι ενός σημείου η συμπεριφορά αυτών των παιδιών θεωρείται φυσιολογική και αντιμετωπίζεται ως εκ τούτου υπ’ αυτό το πρίσμα, όσον αφορά την παιδαγωγική τους αντιμετώπιση. Ωστόσο, ήδη από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης ορισμένων παιδιών, ηλικίας 2-6 ετών, φαίνεται να υπάρχουν κάποιες ενδείξεις, οι οποίες διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους από τους συνομήλικους τους και εντάσσονται μέσα στα πλαίσια των συμπτωμάτων της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής–υπερκινητικότητας.

Η έννοια της υπερκινητικότητας αναφέρεται στην υπερβολικού βαθμού κινητικότητα του παιδιού σε σχέση με την κινητικότητα που απαιτείται σε κάθε δεδομένη περίπτωση, και σε σύγκριση με αυτήν που αναμένεται από παιδιά της ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας, αποτελώντας το πιο εμφανές σύμπτωμα της διαταραχής. Συγκεκριμένα, η κινητική ανησυχία, η νευρική κίνηση και γενικότερα οι άσκοπες αδρές σωματικές κινήσεις, υπερβολικές για την περίπτωση, παρατηρούνται πολύ συχνά σε αυτά τα παιδιά (Barkley, 1998a) και εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, που όμως δεν έχει αποδειχτεί με πλήρη σαφήνεια ποιες ακριβώς μορφές υπερκινητικής συμπεριφοράς επιτρέπουν τη διάκριση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ από «τυπικές» ομάδες.

Κατά γενική ομολογία, γονείς και εκπαιδευτικοί επιβεβαιώνουν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ βρίσκονται σε διαρκή κίνηση και ενεργούν σαν «κινούμενη μηχανή», δεν μπορούν να παραμείνουν ήσυχα παρά για μικρό χρονικό διάστημα, έστω και αν γνωρίζουν ότι μπορεί να έρθουν αντιμέτωπα με την επιβολή τιμωρίας. Τρέχουν και σκαρφαλώνουν αψηφώντας τον κίνδυνο με συνέπεια να εμπλέκονται συχνά σε ατυχήματα. Ερευνητικές μαρτυρίες έχουν καταδείξει ότι τα παιδιά αυτά κινούνται περισσότερο σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (Shelton και συν., 1998), συναντούν σημαντική δυσκολία να διακόψουν τη συμπεριφορά που έχουν ήδη

ξεκινήσει (Schachar και συν., 1993; Nigg, 1999) και μιλούν περισσότερο σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά (Berk & Potts, 1991).

Ένα επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής ελλειμματικής προσοχής— υπερκινητικότητας είναι η παρορμητικότητα, για την οποία έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί. Παρορμητική, λοιπόν, μπορεί να οριστεί η συμπεριφορά χωρίς επαρκή σκέψη ή η τάση να δρα κάποιος με ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Επιστημονικά, ορίζεται ως ένας τρόπος συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από γρήγορη, ανακριβή ανταπόκριση σε δραστηριότητες (Brown & Quay, 1977). Σύμφωνα με τον Barratt, η παρορμητικότητα είναι μέρος της συμπεριφοράς και «προδιάθεση» για γρήγορη μη σχεδιασμένη αντίδραση, αδιαφορώντας για τις συνέπειες τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους, λιγότερη πρόνοια των συνεπειών απ' ότι άλλα άτομα με ανάλογες ικανότητες και γνώσεις. Ακόμα, σύμφωνα με τον L'Abate, είναι «μαθημένη συμπεριφορά» της παιδικής ηλικίας. Ο Eysenck την συσχέτισε με την έλλειψη σχεδιασμού, ενώ οι Patton και συνεργάτες, με την αυξημένη δραστηριότητα, τη μειωμένη προσοχή και την ελλιπή ικανότητα σχεδιασμού.

Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, η έννοια αναφέρεται, κυρίως στον ελλιπή έλεγχο της συμπεριφοράς του παιδιού να αναστέλλει ανάρμοστες συμπεριφορές, όπως στην ομιλία και στις πράξεις του, σε σχέση με τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και περιστάσεις (Barkley, 1998, Dietz & Montague, 2006). Η «βιασύνη» αυτή οδηγεί σε προβλήματα μαθησιακής επίδοσης, αλλά και δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους.

Παράλληλα προς αυτά τα δεδομένα, η πλειονότητα των μέχρι τώρα μελετών αποδεικνύει ότι αυτά τα ελλείμματα στην αναστολή της παρορμητικής αντίδρασης δεν αποτελούν λειτουργία άλλων ψυχικών διαταραχών που μπορεί να αλληλοεπικαλύπτονται με τη ΔΕΠ/Υ (Nigg, 1999).

1.3 Επιδημιολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας

Ο όρος επιδημιολογία αναφέρεται στην εκτίμηση της συχνότητας και της κατανομής των νόσων ή των διαταραχών στους ανθρώπινους πληθυσμούς, καθώς και των παραγόντων που σχετίζονται με τη διακύμανση αυτής της συχνότητας και της κατανομής.

Η διαταραχή της ΔΕΠ/Υ, όπως διαπιστώθηκε και παραπάνω, επηρεάζει σημαντικά την προσωπική, κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη ενός παιδιού και είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και άλλων διαταραχών. Μάλιστα, είναι η πρώτη σε συχνότητα αναφερόμενη διαταραχή στα σχολεία, γι' αυτό και είναι επιτακτική η ανάγκη για ακριβή διάγνωση και οργανωμένη παρέμβαση.

Η αυξανόμενη προσοχή των επιστημόνων ψυχικής υγείας για τη διαταραχή αυτή κατά την τελευταία δεκαετία, αύξησε τον εντοπισμό των περιπτώσεων, η μελέτη των οποίων οδήγησε σε επιδημιολογικές και διαχρονικές έρευνες. Η συχνότητα εμφάνισης της λοιπόν, είναι ένα θέμα το οποίο έχει απασχολήσει πολύ τους ερευνητές, διότι στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, η εκτίμηση της συχνότητας της έχει φανεί ότι ποικίλει σημαντικά και υπάρχουν πολλοί λόγοι στους οποίους οφείλεται αυτή η ασυμφωνία.

Αρχικά, ένας από αυτούς τους λόγους είναι ότι ο ορισμός της ΔΕΠ/Υ έχει υποστεί κάποιες αλλαγές από την εμφάνιση της διαταραχής μέχρι σήμερα, με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφορετική εννοιολογική αντίληψη της από την πλευρά των ερευνητών. Επίσης, οι κλίμακες ή οι δοκιμασίες-μέθοδοι δεν είναι πάντοτε ακριβείς και αντικειμενικές και σε κάθε περίπτωση χρησιμοποιούνται διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια (Polanczyk, 2007). Ακόμα πολύ συχνά μπορεί να εμφανίζεται ασυμφωνία μεταξύ των μετρήσεων των γονέων, των εκπαιδευτικών και των ειδικών. Τέλος, ο μαθητικός πληθυσμός προς εξέταση, διαφέρει από περιοχή σε περιοχή, αναφορικά με παράγοντες, όπως η εθνικότητα, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και κυρίως το φύλο και την ηλικία. Έτσι, συνοπτικά οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών υπολογίζουν την συχνότητα της ΔΕΠΥ σε ένα εύρος 2% έως και 18% (Rowland και συν., 2002)

Με βάση τις πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες, αναφέρεται ότι το ποσοστό επικράτησης της ΔΕΠ/Υ κυμαίνεται ανάμεσα στο 5% με 7% του γενικού πληθυσμού (Polanczyk και συν., 2007), μεταξύ 3%-10% του παιδικού πληθυσμού παρουσιάζει κάποιον από τους υπότυπους της ΔΕΠ/Υ (Κουμούλα, 2012; Faraone και συν., 2003), ενώ το 3,4-5% των ενηλίκων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου (Faraone, 2004; Kessler και συν., 2005; Fayyad και συν., 2008).

1.3.1 Διαφορές φύλου

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το φύλο αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την συχνότητα της διαταραχής. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής –υπερκινητικότητας φαίνεται να εμφανίζεται στα αγόρια με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι στα κορίτσια (Biederman και συν., 2002· Voeller, 2004· Arnold, 1996). Σύμφωνα με τους Sagvolden και Archer (1989), το 90% των παιδιών που λαμβάνουν διάγνωση διαταραχών προσοχής είναι αγόρια. Οι Williams, Wright & Partridge (1999) ισχυρίζονται ότι τα αγόρια είναι 5-9 φορές περισσότερο πιθανά να προσβληθούν από ΔΕΠ/Υ παρά τα κορίτσια.

Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με κλινικό δείγμα παιδιών, η αναλογία αγοριών/κοριτσιών ανέρχεται σε 6:1 έως 12:1. Αντίθετα, οι επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες αφορούν συνήθως ένα τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού, καταδεικνύουν ότι η αναλογία σε αγόρια και κορίτσια περιορίζεται σε 3:1 ως 6:1 (Batsche & Knoff, 1994; Arnold, 1996· Gaub και Carlson, 1997), παρέχοντας σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας στα κορίτσια περνούν συχνά απαρατήρητα και δεν διαγιγνώσκονται. Μερικές μελέτες μάλιστα, εκτιμούν ότι ποσοστό 50% έως 75% των κοριτσιών με τη διαταραχή ξεφεύγουν της διάγνωσης.

Μεταγενέστερες έρευνες κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα και υποστηρίζουν ότι η αναλογία αγοριών-κοριτσιών με ΔΕΠ/Υ κυμαίνεται από 1,5:1 έως 12:1 (Parr και συν., 2003; Pineda και συν., 1999; Swanson και συν., 1998a). Επίσης, στην έρευνα της Σκουντή και των συνεργατών της (2007) που βασίστηκε σε μια μεγάλη ομάδα ερευνών παγκοσμίως, η αναλογία αγοριών-κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ στα κοινοτικά δείγματα κυμαίνεται από 1:1 έως 3:1.

Η σύγχρονη έρευνα υποστηρίζει αυτή την ποιοτική διαφοροποίηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των δύο φύλων. Μίας μεγάλης έκτασης έρευνα αναγνώρισε ότι τα κορίτσια με ΔΕΠΥ διέφεραν ως προς την κλινική τους εικόνα εκδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής. Επιπλέον, εμφάνιζαν χαμηλότερη επίδοση στις νοομετρικές κλίμακες, αντιμετώπιζαν λιγότερα μαθησιακά προβλήματα και συμμετείχαν σε περισσότερες δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο τους σε σύγκριση με τα αγόρια του κλινικού δείγματος (Biederman και συν., 2002).

Οι επιστημονικές έρευνες των Nadeau, Quinn και Littman αποκάλυψαν τη σημασία του φύλου στη διάγνωση και στην παρέμβαση της ΔΕΠ/Υ και κυρίως σε αυτούς οφείλεται ότι γνωρίζουμε ως τώρα σχετικά με τα κορίτσια και την υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ έχουν περισσότερο εσωτερικευμένα παρά εξωτερικευμένα συμπτώματα, περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μάθηση, βιώνουν απόρριψη από τους συνομηλίκους τους και εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες από τα αγόρια για να εκδηλώσουν υπερβολική ομιλητικότητα παρά υπερκινητικότητα. Ένας άλλος σημαντικός λόγος που τα κορίτσια λανθάνουν της διάγνωσης είναι πως τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια προϋποθέτουν ότι τα συμπτώματα έχουν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των επτά ετών, αλλά στα κορίτσια τα συμπτώματα εκδηλώνονται αργότερα. Μάλιστα, τείνουν να αυξάνονται παρά να μειώνονται στην εφηβεία, λόγω της σημαντικής επίδρασης των ορμονών.

Άλλοι ερευνητές, επίσης, υποστηρίζουν ότι οι κανόνες συμπεριφοράς που ισχύουν στις περισσότερες κοινωνίες για τα κορίτσια, οδηγούν συνήθως εκείνα που έχουν τη διαταραχή να συμβιβαστούν με τους κανόνες αυτούς, δίνοντας έμφαση στη συνεργατικότητα, στην υπακοή, στην εκδήλωση ενδιαφέροντος για συγκεκριμένες δραστηριότητες, στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, με αποτέλεσμα να μην εκδηλώνουν ιδιαίτερα έντονα τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Τα κορίτσια με υπερκινητικότητα είναι πιθανότερο να εμφανίσουν καθυστέρηση στις λεκτικές, τις γνωστικές και τις κινητικές δεξιότητες. Επίσης, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν μειωμένο νοητικό πηλίκιο, να αναπτύξουν διαταραχή διαγωγής και να απορριφθούν από την ομάδα των συνομηλίκων (Sandberg, 1996). Ωστόσο, συνήθως εμφανίζουν λιγότερα νευροψυχολογικά ευρήματα (Seidman και συν., 1997).

Ακόμα μια άλλη ερμηνεία, όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο, μπορεί να θεωρηθεί η υποκειμενική άποψη που μπορεί να έχουν οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί όταν παραπέμπουν άτομα προς εξέταση (Glod και συν., 1996; Taylor, 1994). Σύμφωνα με τον Breton (1999) οι αναφορές των εκπαιδευτικών έχουν οδηγήσει σε μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο, απ' ότι οι αναφορές των γονέων. Οι εκπαιδευτικοί συνήθως συγκρίνουν τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ με τα αγόρια με ΔΕΠ/Υ και επηρεάζονται περισσότερο από τα αγόρια γιατί αυτά εκδηλώνουν εντονότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Οι McGee και Frehan (1992) υποστηρίζουν ότι έχουν την τάση να μην αναγνωρίζουν τα συμπτώματα ΔΕΠ/Υ στα

κορίτσια γιατί έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν προβλήματα διαχείρισης συμπεριφοράς. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι οι γονείς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναγνωρίσουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ στις κόρες τους, γιατί τις συγκρίνουν με άλλα κορίτσια της ηλικίας τους που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ.

Λαμβάνοντας υπόψη όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια εμφανίζουν και τους τρεις τύπους της ΔΕΠ/Υ, με την έρευνα της Skounti και των συνεργατών της (2007), να το επιβεβαιώνει, διαπιστώνοντας παράλληλα ότι ο πιο συνήθης εμφανιζόμενος τύπος είναι η ΔΕΠ/Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο και να ακολουθούν ο Συνδυασμένος Τύπος και τελευταίος η ΔΕΠ/Υ, με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο.

Όσον αφορά τα κορίτσια, οι μελέτες υποστηρίζουν ότι εμφανίζουν ΔΕΠ/Υ Απρόσεκτου Τύπου σε υψηλότερο ποσοστό από τους άλλους δύο τύπους της ΔΕΠ/Υ (Baumgaertel και συν., 1995; Gomez και συν., 1999; Hudziak και συν., 1998) και μάλιστα σε ποσοστό υψηλότερο από το αντίστοιχο των αγοριών (Carlson και συν., 1999; Milich και συν., 2001). Έτσι, σύμφωνα με την βιβλιογραφία και κυρίως με την εικόνα που έχει δημιουργηθεί από το έργο των Nadeau, Quinn και Littman (1999), διαπιστώνουμε ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ/Υ εκδηλώνουν τα συμπτώματα εκείνα της διαταραχής που σχετίζονται με το συναισθηματικό τομέα, ενώ τα αγόρια με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν περισσότερες δυσκολίες που αφορούν τη συμπεριφορά τους.

1.2.2 Ηλικιακός παράγοντας και Ενήλικη ζωή

Προχωρώντας, θα δοθεί έμφαση στον παράγοντα της ηλικίας, καθώς έχει φανεί ότι η φαινοτυπική εκδήλωση των κλινικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ/Υ, τροποποιείται καθώς το παιδί αναπτύσσεται, με μακροχρόνιες μελέτες να έχουν αποδείξει την ύπαρξη της ΔΕΠ/Υ, σ' όλα τα στάδια ανάπτυξης του ατόμου.

Βέβαια, η πορεία της διαταραχής με την πάροδο του χρόνου, εξαρτάται όχι μόνο από τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Μπορεί να είναι μια δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ωστόσο αυτοί οι παράγοντες θα προσδιορίσουν τον βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Κάποιοι από τους προγνωστικούς παράγοντες πρώιμης έναρξης και εμμονής της ΔΕΠ/Υ στα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχει φανεί ότι είναι η ύπαρξη ιστορικού

γονεϊκής ψυχοπαθολογίας, η χρήση νικοτίνης και αλκοόλ από τη μητέρα, οι δυσμενείς προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες, η μονογονεϊκή σύνθεση οικογένειας, η κακή κατάσταση της υγείας του βρέφους και η αναπτυξιακή καθυστέρηση, τα αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας, ήδη από τη βρεφική ηλικία και η επικριτική και αρνητική συμπεριφορά της μητέρας (Barkley, 1998).

Από την άλλη πλευρά, ως προστατευτικοί παράγοντες που μπορεί να εμποδίσουν την εκδήλωση και επιμονή της ΔΕΠ/Υ στη σχολική ηλικία, σύμφωνα με έρευνες, είναι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, η υγιής κατάσταση του βρέφους, η ανάπτυξη του προφορικού λόγου στο νήπιο, και η σταθερότητα στις πρακτικές που οι γονείς υιοθετούν (Campbell & Ewing, 1990; Palfrey και συν., 1985). Επιπλέον, το περιβάλλον του σχολείου μπορεί να λειτουργήσει παράλληλα ως παράγοντας κινδύνου ή ως προστατευτικός παράγοντας που θα ευνοήσει ή θα αναστείλει αντίστοιχα τη δυσμενή εξέλιξη του παιδιού στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

Η εκτίμηση της συχνότητας της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ποικίλει σημαντικά και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μελέτες. Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων, ήδη από την νηπιακή ηλικία εμφανίζουν μείζονα ελλείμματα στο γνωστικό και συναισθηματικό τομέα. Συγκεκριμένα, αναφέρονται δυσκολίες σχετικά με: τη φυσική κατάσταση και το συντονισμό σε δραστηριότητες που απαιτούν αδρή και λεπτή κινητικότητα (Kadesjo & Gillberg, 1999), τη λεκτική και μη λεκτική μνήμη εργασίας και τους νοερούς υπολογισμούς (Murphy και συν., 2001), την αφήγηση μιας ιστορίας (Lorch και συν., 2000), τη λεκτική ευχέρεια και τη χρήση επιχειρημάτων κατά τη διαπροσωπική επικοινωνία (Grodzinsky & Diamond, 1992), την ανάπτυξη, εφαρμογή και τον αυτοέλεγχο στρατηγικών οργάνωσης (Clark και συν., 2000; Purvis & Tannock, 1997) και την αυτορρύθμιση των συναισθημάτων τους (Maedgen&Garlson, 2000).

Μπαίνοντας στο στάδιο της εφηβείας στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρατηρείται μια σχετική μείωση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας τους, όμως η μεγάλη πλειοψηφία των διαγνωσμένων παιδιών (60-85%), θα συνεχίσουν να πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής κατά τη διάρκεια της εφηβείας μέχρι και την ενήλικη ζωή. Όταν μάλιστα, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας εφάρμοσαν συστηματικά τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής, διαπιστώθηκε ότι 58% των εφήβων με ΔΕΠ/Υ συνέχισε να πληρεί τα κριτήρια μέχρι και το 21ο έτος. Οι περισσότερες νευροψυχολογικές

μελέτες συμφωνούν στο ότι οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα στις γνωστικές και εκτελεστικές λειτουργίες προκαλώντας προβλήματα και συγκρούσεις στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον (Brocki & Bohlin, 2006; Clark, Prior & Kinsella, 2000; Seidman κα συν., 1997; Hinshaw, 2002).

Είναι εντούτοις, γενικά παραδεκτό ότι η εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία συνιστά παράγοντα κινδύνου για πολυάριθμες αρνητικές εκβάσεις στην ενήλικη ζωή, ιδίως όταν η εν λόγω διαταραχή συνυπάρχει με άλλες (Barkley και συν., 2004; Fischer και συν., 2002; Biederman και συν., 1996b). Οι περισσότερες από τις μελέτες αναφέρουν ότι 30-66% των ατόμων, που έχουν διαγνωστεί από τα πρώτα παιδικά χρόνια με ΔΕΠ/Υ, συνεχίζουν να παρουσιάζουν κλινικά σημαντικά συμπτώματα της διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Weiss & Hechtman, 1993; Rasmussen & Gillberg, 2000).

Προοπτικές μελέτες σε καλά διαγνωσμένα περιστατικά από τα πρώτα παιδικά χρόνια δείχνουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ που φαίνεται να αντέχουν περισσότερο στο χρόνο, είναι η δυσκολία στη συγκέντρωση και αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων, καθώς και η δυσκολία στην οργάνωση. Η έρευνα των Weiss και Hechtman (1993) έδειξε ότι ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός υπερκινητικών ατόμων ως ενήλικες είχαν εμπλακεί σε τροχαία ατυχήματα και είχαν πάρει κλήσεις για παράβαση του ορίου ταχύτητας, συγκριτικά με τον αριθμό των υποκειμένων της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, οι ενήλικες με ΔΕΠ/Υ έχουν υψηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής και εγκληματικής συμπεριφοράς (Barkley και συν., 2004), περισσότερους τραυματισμούς, βιώνουν συχνά επαγγελματικές δυσκολίες, προβλήματα στις συζυγικές τους σχέσεις και τα ποσοστά διαζυγίων είναι ιδιαίτερα υψηλά στον πληθυσμό αυτό (Barkley, 1998). Επίσης είχαν περισσότερες εγκυμοσύνες στην εφηβεία (Barkley και συν., 2006), και γεννήσεις εκτός γάμου (Johnston, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την πορεία της ΔΕΠ/Υ σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια, καταλήγουμε σε κάποια γενικά συμπεράσματα. Καταρχήν, η συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ είναι εμφανής ήδη από τη βρεφική και τη νηπιακή ηλικία. Επιπλέον, κοινό χαρακτηριστικό των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ/Υ, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, είναι ότι παρουσιάζουν ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες. Τα ερευνητικά δεδομένα στην πλειονότητά τους έχουν επισημάνει ακόμα ότι στα άτομα με ΔΕΠ/Υ,

ανεξαρτήτως ηλικίας, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Αν και συνήθως τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, καθώς και τα δευτερογενή προβλήματα που απορρέουν από αυτά, επιμένουν στην ενήλικη ζωή, είναι καλό να έχει κανείς υπόψη του ότι η μετέπειτα πορεία και έκβαση της διαταραχής εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά, από παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες που μπορεί να επιταχύνουν ή να εμποδίσουν αντίστοιχα την εκδήλωση και επιμονή της ΔΕΠ/Υ σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια.

Για τους παραπάνω λόγους, ο έγκαιρος εντοπισμός των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ ήδη από την προσχολική ηλικία, καθώς και η γνώση των εκπαιδευτικών στην προσχολική αγωγή σχετικά με τις διαφορετικές μορφές της διαταραχής σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, μπορούν να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την εφαρμογή της κατάλληλης μεθόδου αντιμετώπισης της διαταραχής και κατά συνέπεια να συμβάλλουν στη μείωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά.

1.4 Αιτιολογία Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας

Από την αρχή της εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ, ως νευροβιολογικής διαταραχής, οι επιστήμονες προβληματίστηκαν για τα αίτια που την προκαλούν. Παρά το γεγονός ότι έχει παραχθεί ένας σημαντικός όγκος ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής, υπάρχουν παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνισή της που δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς και παραμένουν σε μεγάλο μέρος, ασαφείς, είτε δεν γίνονται πλήρως κατανοητοί. Σε αυτό το γεγονός συνετέλεσε, αφενός ο μεγάλος αριθμός των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, και αφετέρου ο βαθμός εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων, σε συνδυασμό με τη κατηγοριοποίηση της ΔΕΠ/Υ σε τρεις τύπους κατά το DSM-V.

Αρχικά, οι επιστημονικές έρευνες βασίστηκαν μονομερώς σε ένα παράγοντα ως γενεσιουργό αιτία της εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ. Αργότερα όμως οι επιστήμονες συμφώνησαν ότι η διαταραχή της ΔΕΠ/Υ είναι μια σύνθετη διαταραχή, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας (Berlin, Bohlin, Nyberg & Janols, 2004; Biederman, 2005; Bradley & Golden, 2001).

Με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία, φαίνεται ότι η σύνθετη διαμεσολάβηση, αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών παραγόντων όπως, γενετικών(κληρονομικών),

νευρολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών, συμβάλλει στην εκδήλωση της ΔΕΠ/Υ.

Ωστόσο, βασιζόμενοι στα επιστημονικά αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών σχετικά με τα αίτια της διαπιστώθηκε ότι οι πρωταρχικοί παράγοντες εμφάνισής της διαταραχής είναι οι γενετικοί και νευρολογικοί παράγοντες. Επομένως, συγκεντρωτικά θα λέγαμε ότι πρόκειται για μια νευροβιολογική διαταραχή που αποδίδεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες, με κληρονομικό χαρακτήρα λαμβάνοντας υπόψη και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επιτείνουν την ελλοχεύουσα προδιάθεση στη διαταραχή (Khan&Faraone, 2005).

1.4.1 Γενετικοί –Κληρονομικοί Παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια, καινούρια δεδομένα από το πεδίο της γενετικής έχουν συμβάλει στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών συμπεριφοράς του ανθρώπου. Γενετικές και βιοχημικές μελέτες σε πολλές χώρες έχουν καταδείξει την ύπαρξη κληρονομικότητας για το σύνδρομο της ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (Faraone&Doyle, 2001· Faraone και συν., 2005). Οι Goodman &Stevenson υπολόγισαν τους κληρονομικούς παράγοντες της ΔΕΠ/Υ σε ποσοστό 30-50%, ενώ άλλοι ερευνητές ανεβάζουν αυτό το ποσοστό στο 80% (Barkley, 1998).

Σημαντικές αποδείξεις για τη γενετική βάση της διαταραχής, προέρχονται από ποικίλες μελέτες του τρόπου μετάδοσης της ΔΕΠ/Υ μέσα σε οικογένειες από γενιά σε γενιά, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στην οικογενή μεταβίβαση της ΔΕΠ/Υ (Faraone&Doyle, 2001· Biederman, 2005· Aron & Poldrack, 2005; Bradley & Golden, 2001; Castellanos & Tannock, 2002; Faraone et al., 2005).

Χαρακτηριστικά, οι έρευνες κατέγραψαν σημαντικά υψηλά ποσοστά κληρονομικότητας (50%-75%) στις οικογένειες με γονέα ή αδερφό με τη διαταραχή (Biederman, 2005, Faraone και συν., 2005; Faraone, Biederman & Friedman, 2000). Το 30-35% των παιδιών που είχαν αδερφό με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, ένα ποσοστό που είναι σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό που βρέθηκε στον κανονικό πληθυσμό.

Στην περίπτωση των υιοθετημένων παιδιών, ήταν πιο εύκολο για τους ερευνητές να διαχωρίσουν τους γενετικούς παράγοντες από τις επιδράσεις του

περιβάλλοντος. Έτσι, το ποσοστό της κληρονομικότητας, σύμφωνα με έρευνες επιβεβαιώθηκε από τις ομοιότητες που είχαν τα παιδιά με τους βιολογικούς τους γονείς, σε σύγκριση με τους θετούς (Barkley, 1998) και κυμαίνεται από το 0,5 έως το 0,9% (Eaves και συν., 1997). Μάλιστα, οι Morrison και Stewart, όπως και ο Pauls, σε μελέτες τους αναφέρουν ότι τα επίπεδα υπερκινητικότητας στους βιολογικούς γονείς των παιδιών με ΔΕΠ/Υ είναι υψηλότερα σε σύγκριση με τους θετούς γονείς.

Οι Biederman και Faraone, συνοψίζοντας τα αποτελέσματα είκοσι ερευνών σε πληθυσμούς διδύμων που διενεργήθηκαν στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία, τη Σκανδιναβία και την Ε.Ε., κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ/Υ υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε 76%. Μερικές μελέτες που ασχολήθηκαν πιο συγκεκριμένα, με μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους υποστήριξαν ότι το ποσοστό των μονοζυγωτικών διδύμων που διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ είναι 50-80%, ενώ για τους διζυγωτικούς διδύμους το ποσοστό κυμαίνεται από 29- 33% (Faraone και συν., 2005).

Σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί ότι ήδη από το 1973 ήταν γνωστό (Willerman) και επιβεβαιώθηκε και από μεταγενέστερες μελέτες (Faraone και συν., 2005) ότι η ΔΕΠ/Υ είναι οικογενής και κληρονομική. Ωστόσο, μόνο οι πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα της μοριακής γενετικής και αποκρυπτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος επέτρεψαν τον εντοπισμό των χρωμοσωμικών περιοχών των γονιδίων που προφανώς σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ.

Πολλοί ερευνητές, για παράδειγμα, προτίμησαν την πλήρη ανάλυση του DNA όλων των μελών των οικογενειών των ατόμων με τη διαταραχή, προκειμένου να εντοπίσουν συγκεκριμένα μοντέλα γονιδίων και διαφορές μεταξύ τους. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι η ΔΕΠ/Υ είναι μια σύνθετη γενετικά διαταραχή και η εκδήλωσή της σχετίζεται με τα χρωμοσώματα 5, 6, 8, 11, 16 και 17 (Muenke, 2004; Smalley και συν., 2004).

Τα τελευταία χρόνια, οι γενετικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε συγκεκριμένα γονίδια που εντόπισαν να εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, και αυτά αφορούν τα γονίδια που εμπλέκονται στη ρύθμιση της λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών, ιδιαίτερα της ντοπαμίνης, με πρόσφατες έρευνες να αναγνωρίζουν ως επικρατέστερα 8 γονίδια για τα οποία υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αποδείξεις συσχέτισης με τη ΔΕΠ/Υ, που είναι τα εξής: οι 4 και 5 υποδοχείς ντοπαμίνης, το γονίδιο μεταφορέας ντοπαμίνης και το ένζυμο ντοπαμίνηβ-

υδροξυλάση, αλλά και το γονίδιο μεταφορέας σεροτονίνης, το γονίδιο 1B- υποδοχέας σεροτονίνης και το γονίδιο συναπτοσωμική πρωτεΐνη 25 (Biederman & Faraone, 2005; Faraone και συν., 2005).

Εύλογα, λοιπόν, στην εκδήλωση ενός σύνθετου κλινικού συνδρόμου, όπως η ΔΕΠ/Υ που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια, αναμένεται συνήθως να υπάρχει επιρροή περισσότερων γονιδίων από ένα (Daley, 2006· Faraone και συν., 2005) με ορισμένους ερευνητές να έχουν υποστηρίξει ότι είναι πιο πιθανό η ΔΕΠ/Υ να οφείλεται στην αλληλεπίδραση διαφορετικών γονιδίων που εμπλέκονται στη λειτουργία διαφορετικών νευροδιαβιβαστών (Voeller, 2004).

Τέλος, αναφορικά με τη σχέση της επίδρασης των γενετικών παραγόντων στα δύο φύλα, υποστηρίχθηκε ότι οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν όμοια και τα δύο φύλα, αγόρια και κορίτσια από τη γέννηση τους μέχρι την ενήλικη ζωή (Gjone et al., 1996).

1.4.2 Νευρολογικοί Παράγοντες

Η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ και οι διαφορετικές απόψεις των ειδικών σχετικά με τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών με αυτή τη διαταραχή, έχουν οδηγήσει την έρευνα στη διερεύνηση της νευροφυσιολογικής βάσης με στόχο την αναγνώριση των γνωστικών και φυσιολογικών ορίων για μια αντικειμενική διάγνωση της διαταραχής. Μία από τις επικρατέστερες θεωρίες που αναφέρονται στην αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ, υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα της διαταραχής είναι το αποτέλεσμα σημαντικών ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες (Barkley, 1998; Sergeant και συν., 2003). Η ανομοιογενής λίστα των σύνθετων αυτών νοητικών ικανοτήτων μπορεί να συμπεριλαμβάνει το σχεδιασμό και την οργάνωση, την κατοχή και τη διατήρηση μιας ομάδας μεθόδων απαραίτητων για την επίλυση προβλημάτων με σκοπό την επίτευξη ενός μελλοντικού στόχου, την αναστολή μιας ακατάλληλης αντίδρασης, τη νοητική αναπαράσταση μιας δραστηριότητας καθώς και την επαγωγική και αφαιρετική σκέψη, βασισμένη σε περιορισμένη πληροφορία (Loring, 1999).

Οι έρευνες της Douglas ήταν από τις πρώτες που επιχείρησαν να ανακαλύψουν την εκτελεστική λειτουργία, η οποία ενδεχομένως ευθύνεται για τα γνωστικά και συμπεριφερολογικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ. Το πειραματικό έργο της Douglas την οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών σχετίζονταν με μία ασυνήθιστα ισχυρή τάση αναζήτησης

άμεσης ικανοποίησης καθώς και με ελλείμματα στη ρύθμιση των επιπέδων εγρήγορσης, στη διατήρηση της προσπάθειας και του κινήτρου για την ολοκλήρωσή της και στην αναστολή της παρορμητικής αντίδρασης. Η ερευνήτρια ομαδοποίησε όλες τις παραπάνω δυσκολίες κάτω από μία βασική θέση: η ΔΕΠ-Υ αντιπροσώπευε ένα έλλειμμα της αυτορρύθμισης (Douglas, 1988).

Συνοπτικά, οι πρόσφατες νευροψυχολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα με ΔΕΠ/Υ εμφανίζουν ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, η μετα-ανάλυση 83ων μελετών με 6.000 άτομα δείχνει, ότι οι ασθενείς με ΔΕΠ/Υ, εμφανίζουν βλάβες στις περιοχές της εκτελεστικής λειτουργίας όπως την αναστολή αντίδρασης, την εγρήγορση, τη μνήμη εργασίας και στην οργάνωση (Willcutt και συν., 2005).

Οι νευροβιολογικοί παράγοντες από την άλλη, ιστορικά έχουν διερευνηθεί διεξοδικότερα. Η νευροανατομική έρευνα έχει καταδείξει τη σημασία εξειδικευμένων κέντρων του εγκεφάλου (πρόσθιος κροταφικός λοβός, δεξί ημισφαίριο, περιοχή κερκοφόρου πυρήνα, γωνιώδης έλικας κλπ.) στη ρύθμιση της προσοχής, στην παρορμητικότητα και στην υπερκινητικότητα. (McMullen, Painter & Casey, 1994, Biederman, 2005; Bradley & Golden, 2001; Barkley, Dulcan, και συν, 2002; Bush, Valera & Seidman, 2005; Casey και συν., 2005). Τα πλέον πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έρχονται να στηρίξουν την υπόθεση ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δομικές βλάβες και διαφορές σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για την εκδήλωση ΔΕΠ-Υ, καθώς επιδρούν αρνητικά στην προσοχή και στον έλεγχο της συμπεριφοράς.

Πιο συγκεκριμένα ερευνητές εντόπισαν δομικές διαφορές, όπως το μικρότερο μέγεθος εγκεφάλου συνολικά, αλλά και πιο εξειδικευμένα της παρεγκεφαλίδας (Castellanos και συν., 1996, Hynd και συν., 1991, Seidman και συν., 2005.), μειωμένη δραστηριότητα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως στον πρόσθιο λοβό και τις συνδέσεις του με τα βασικά γάγγλια και την παρεγκεφαλίδα, συγκρινόμενα με τα φυσιολογικά (Sowell και συν., 2003). Επίσης, έχει φανεί να εμφανίζεται μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή και ηλεκτροχημική δραστηριότητα, μειωμένος μεταβολισμός της γλυκόζης, καθώς και λιγότερη ποσότητα φαιάς ουσίας στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, ανεξάρτητα από το αν δέχονταν ή όχι, φαρμακευτική παρέμβαση (Castellanos, 2003; Imperio, 2004).

Η νευροχημική έρευνα, ακόμα, έχει αποδείξει τη σημασία των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη- νορεπινεφρίνη) για την προσοχή, την αναστολή της

συμπεριφοράς και την κινητική δραστηριότητα. Έτσι, εντοπίστηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χημική ανισορροπία των ουσιών αυτών, γεγονός που πλήττει άμεσα τη λειτουργία συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε πως μεγάλος αριθμός γενετικών, νευροχημικών, νευροσυμπεριφοριστικών και νευροαπεικονιστικών μελετών, ανέφεραν μια βιολογική προδιάθεση στη ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1990; Goodman & Stevenson, 1989; Hynd, Hem, Voeller & Marshall 1991), παρόλο που η αιτιολογία αυτή καθαυτή, είναι ακόμα άγνωστη.

1.4.3 Περιβαλλοντικοί(Ψυχοκοινωνικοί) Παράγοντες

Από όλες τις μελέτες που ασχολήθηκαν με την αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ συμπεραίνουμε ότι οι γενετικοί και νευρολογικοί παράγοντες έχουν τον πρωτεύοντα ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ. Ωστόσο, η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει στρέψει την προσοχή της στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση είτε επιτείνουν την ελλοχεύουσα προδιάθεση στη διαταραχή.

Οι επιβλαβείς βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την παθογένεια της ΔΕΠ/Υ. Αυτοί περιλαμβάνουν μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της προγεννητικής και περιγεννητικής περιόδου, όπως και της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Οι παράγοντες αυτοί δε λειτουργούν μεμονωμένα, αλλά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το αλκοόλ ή η χρήση ναρκωτικών ουσιών, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση (προωρότητα), εγκεφαλικά τραύματα, ασθένειες όπως διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς, εγκεφαλίτιδες, μόλυνση από την έκθεση σε μόλυβδο, η πνευματική και ψυχική υγεία των γονέων καθώς και δυσμενείς κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες (Biederman, 2005)

Σύγχρονες βιβλιογραφικές αναφορές μελετούν εκτενώς τη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ/Υ και τις προ-, περί- και μεταγεννητικές επιπλοκές που μπορεί να συμβούν και να προκαλέσουν βλάβες στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο του εμβρύου και έχουν υποστηρίξει ότι οι επιπλοκές της κύησης και του τοκετού προδιαθέτουν τα παιδιά να εμφανίσουν τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ. Συνεπώς, οποιαδήποτε γεγονότα πριν ή μετά τη γέννηση που διαταράσσουν τη ροή του αίματος ή του οξυγόνου στον

εγκέφαλο, θα μπορούσαν να αποτελέσουν αιτία για εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ αργότερα (Voeller, 2004).

Σχετικά με τους συναισθηματικούς παράγοντες οι πιο σημαντικοί από αυτούς που διαφοροποιούν τις δύο ομάδες παιδιών είναι το επίπεδο άγχους κατά την περίοδο κύησης και η προγραμματισμένη ή μη εγκυμοσύνη (Spadafore, 1998).

Αναφορικά με τη προγενετική έκθεση του εμβρύου σε περιβαλλοντικές τοξίνες, όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη έχει φανεί να συνδέονται με τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας. Μελέτες σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ συμπεραίνεται ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτά τα παιδιά να είχαν εκτεθεί σε τοξικές ουσίες, όπως το αλκοόλ και την νικοτίνη, όταν βρίσκονταν στο εμβρυϊκό στάδιο (Mick και συν., 2002). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι μητέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ και καπνίζουν περισσότερο, συγκρινόμενες με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου, ακόμη και όταν δεν βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης (Gunningham και συν., 1988).

Αντιθέτως κάποιες απόψεις ερευνητών αναφορικά με τα περιβαλλοντικά αίτια της διαταραχής, δεν έχουν στηριχθεί επιστημονικά επαρκώς. Μία τέτοια άποψη αφορά τα επίπεδα μολύβδου στο αίμα παιδιών, όπου παρατηρήθηκε να εμφανίζουν κάποια στοιχεία των συμπτωμάτων της διαταραχής (Χατζηδάκη και Γιαννακοπούλου, 2001· Thomson και συν., 1989). Στην συνέχεια, η θεωρία ότι τα συντηρητικά των τροφών διεγείραν το κεντρικό νευρικό σύστημα των παιδιών με υπερκινητικότητα έχει εξεταστεί και απορριφθεί (Conners, 1980), όπως και η θεωρία ότι η υπερβολική πρόσληψη ζάχαρης προκαλεί τη ΔΕΠ/Υ (Wolraich, Wilson & White, 1995).

Για την προσπάθεια προσέγγισης της αιτιοπαθογένειας μιας σύνθετης διαταραχής, όπως είναι η ΔΕΠ/Υ, θα ήταν αδύνατο σε αυτό το σημείο να μην γίνει αναφορά και στο θεμελιώδη ρόλο που παίζουν οι γονείς και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον στην ανάπτυξη-εμφάνιση της διαταραχής με τους ερευνητές Johnston και Mash (2001) να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που έχουν μια γενετική προδιάθεση θα εκδηλώσουν τη διαταραχή όταν βρεθούν μέσα σ' ένα χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Ωστόσο, η καλύτερη απόδειξη της επιρροής των περιβαλλοντικών συνθηκών στη ΔΕΠ/Υ έρχεται, από τις μελέτες παρέμβασης, οι οποίες καταδεικνύουν ότι η μείωση των υπερκινητικών συμπτωμάτων στα παιδιά οφείλεται στην εκπαίδευση των γονέων σε εναλλακτικούς τρόπους γονεϊκής συμπεριφοράς (Sonuga – Barke και συν., 2001· Bor και συν., 2002). Ουσιαστικά, η αποτελεσματικότητα αυτών των

παρεμβάσεων γίνεται κατανοητή μέσα από ένα σύστημα δυναμικής αλληλεπίδρασης. Η σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ/Υ και τη γονεϊκή συμπεριφορά φαίνεται να προκύπτει αφ' ενός από την αρνητική επίδραση που έχει η ίδια η συμπεριφορά του παιδιού στη συμπεριφορά των γονέων και αφ' ετέρου από την αρνητική επίδραση που έχει η αντίδραση των γονέων στη συμπεριφορά του παιδιού (Daley, 2006· Καραγιάννης, 1992).

Συνεπώς, από τη μία πλευρά, η ίδια η συμπτωματολογία της υπερκινητικής διαταραχής μπορεί να θεωρηθεί ως αιτία της δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος κάτι που επιβεβαιώνεται και από μια διαχρονική επιδημιολογική μελέτη με αγόρια, τα οποία διαγνώστηκαν με ΔΕΠ/Υ στην ηλικία των 7 ετών και παρακολουθήθηκαν συστηματικά μέχρι την ηλικία των 17 ετών (Taylor και συν., 1996). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μειωμένη ικανότητα να επεξεργαστούν οι γονείς εναλλακτικούς τρόπους στο χειρισμό των καταστάσεων, η έλλειψη φροντίδας και ζεστασιάς προς το παιδί, αλλά και η έκφραση επικριτικής στάσης και αρνητικών συναισθημάτων στην ηλικία των 7 ετών, αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες δυσμενούς έκβασης της διαταραχής, ειδικά στην περίπτωση που τα παιδιά αυτά εκδήλωναν και συμπτώματα διαταραχών διαγωγής στην ηλικία των 17 ετών.

Συμπληρωματικά, λαμβανοντας υπόψη και των ευρημάτων από τις γενετικές μελέτες που υποστηρίζουν την οικογενή φύση της διαταραχής (Biederman, 2005· Smalley και συν., 2000), είναι πιθανό τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ να έχουν ένα γονέα με την ίδια διαταραχή. Οι σχετικές έρευνες δείχνουν ότι όχι μόνο επηρεάζονται οι αντιλήψεις και τα επίπεδα ανοχής των γονέων, αλλά και ότι υπάρχει υψηλή σύνδεση μεταξύ ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών των γονέων και αντίστοιχων εκδηλώσεων στα παιδιά (Spieker και συν., 1999).

Οι αξιολογικές μελέτες του Rutter και συν., που διεξήχθησαν στη νήσο Wight αποκάλυψαν τους παρακάτω έξι ενδο-οικογενειακούς παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται σημαντικά με ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία: α) την χαμηλή κοινωνική τάξη, β) την σοβαρή συζυγική διαμάχη, γ) την πολυμελή οικογένεια, δ) το ιστορικό εγκληματικότητας του πατέρα, ε) το ιστορικό ψυχοπαθολογίας της μητέρας, καθώς και τον τόπο ανατροφής. Η σύνθεση όλων αυτών των παραγόντων φαίνεται να ευθυνόταν για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών πολύ περισσότερο από την παρουσία ενός και μόνο παράγοντα. Οι

Biederman, Milberger και συν. (1995a) με έρευνές τους, κατέδειξαν πράγματι μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στους έξι παράγοντες κινδύνου του Rutter και τη ΔΕΠ/Υ.

Συμπερασματικά και σύμφωνα με τη σύντομη ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι η αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ είναι πολυσύνθετη και πολυπαραγοντική στη φύση της. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο.

1.5 Διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας

Το Μάιο του 2013, στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, κυκλοφόρησε, μετά από μακρόχρονη δημόσια διαβούλευση, η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Στόχος αυτού του εγχειρίματος ήταν η καθιέρωση μιας παγκόσμια αποδεκτής δέσμης κριτηρίων διάγνωσης των Ψυχικών Διαταραχών.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι παρόμοια με εκείνα του προηγούμενου εγχειριδίου, της τέταρτης δηλαδή έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 1994), του DSM-IV. Επομένως, παραμένουν 18, κατανεμημένα στους δυο τομείς: τον τομέα της Ελλειμματικής Προσοχής και αυτόν της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας.

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες άλλες διαφοροποιήσεις στη διάγνωση της ΔΕΠΥ και αφορούν στην ηλικία εμφάνισης της διαταραχής. Συγκεκριμένα, η ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας αλλάζει από τα 7 έτη στα 12 έτη, δηλαδή πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των 12 ετών, και για τους μεγαλύτερους εφήβους, ηλικίας πάνω από 17 ετών, και τους ενήλικες απαιτείται παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας, από τα έξι και πάνω που ήταν αρχικά.

Η αλλαγή στην ηλικία εμφάνισης υποδηλώνει καταρχήν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθούν με σαφήνεια μέχρι τα πρώτα εφηβικά χρόνια. Η αλλαγή στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό των συμπτωμάτων για τους ενήλικες αναγνωρίζει την εξελικτική πορεία της διαταραχής με την ηλικία. Οι συγκεκριμένες μεταβολές οδηγούν σε διαφορετική

διάγνωση σε ενήλικες, για τους οποίους, με βάση τα προηγούμενα κριτήρια, ίσχυε ο προσδιορισμός της διαταραχής «σε μερική ύφεση», ενώ με βάση το DSM5, είναι άτομα με ΔΕΠ/Υ.

Οι διαφοροποιήσεις αυτές βέβαια αφορούν στους ειδικούς και η νεαρή ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων παραμένει το σημαντικότερο διαγνωστικό στοιχείο και για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων.

Πέραν των ηλικιακών κριτηρίων, προκειμένου να τεθεί διάγνωση τα συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζονται σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. σχολείο, σπίτι, εξωσχολικές δραστηριότητες, κ.τ.λ), να παρεμβαίνουν ή να μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, σχολικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου και τέλος να μην εντάσσεται το άτομο σε άλλη ψυχιατρική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013). Τα συμπτώματα δηλαδή δεν θα πρέπει να εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωσικής Διαταραχής και να μην εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Αποσυνδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).

Σύμφωνα με το DSM-V, στον τομέα της Έλλειψης Προσοχής ενδεικτικά αναφέρονται τα συμπτώματα της αδυναμίας του παιδιού να δώσει προσοχή σε λεπτομέρειες και να επικεντρωθεί σε καθήκοντα, να δείχνει να μην ακούει όταν του απευθύνονται άμεσα, να δυσκολεύεται στην οργάνωση δραστηριοτήτων και να αποφεύγει καθήκοντα που απαιτούν πνευματική προσπάθεια για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (π.χ. σχολικές εργασίες), όπως και να αποσπάται εύκολα, να είναι αφηρημένος.

Όσον αφορά τα συμπτώματα που κατατάσσονται στον τομέα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας το παιδί δεν κατορθώνει να κάθεται φρόνιμα στη θέση του και κουνάει μηχανικά τα χέρια και τα πόδια του, σηκώνεται από τη θέση του και τρέχει χωρίς να υπάρχει λόγος, δεν λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες με ησυχία, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του και μιλάει σε υπερβολικό βαθμό καθώς και απαντά χωρίς να ολοκληρωθεί η ερώτηση που του κάνουν.

Τέλος, με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα της διαταραχής καθώς και η εμφάνισή τους μπορεί να αλλάζουν (American Psychiatric Association, 2004).

1.6 Συννοσηρότητα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας

Τα τελευταία χρόνια η προσοχή των ειδικών έχει στραφεί στην ανομοιογένεια των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και μάλιστα παρατηρείται να κατέχει τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, όπως έχει καταδειχθεί σε κλινικά και επιδημιολογικά δείγματα παιδιών με ΔΕΠ/Υ (Barkley, 1998· Hechtman, 2000, 3. Biederman και συν., 1991)

Η ΔΕΠ/Υ μπορεί να συνυπάρχει σε άτομα οποιουδήποτε επιπέδου ευφυΐας, άλλης ψυχοπαθολογίας και ψυχοκοινωνικής κατάστασης και δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη νοητικής υστέρησης ή οριακής νοημοσύνης, τεμπελιάς ή έλλειψης κινήτρου, εσκεμμένα κακής συμπεριφοράς ή πλήρους απουσίας της ικανότητας προσήλωσης της προσοχής.

Ειδικότερα, το ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ/Υ που παρουσιάζουν μια επιπλέον διαταραχή κυμαίνεται περίπου στο 44%, το ποσοστό που παρουσιάζουν δύο επιπλέον διαταραχές κυμαίνεται περίπου στο 32%, και το ποσοστό που παρουσιάζουν τρεις επιπλέον διαταραχές κυμαίνεται περίπου στο 11% (Szatmari και συν., 1989a).

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών, η έννοια της συννοσηρότητας έχει διαφοροποιηθεί αρκετά και στη διαχρονική αυτή προσπάθεια ορισμού της έννοιας, παρατηρείται ότι ο ρόλος της διάγνωσης μετατοπίζεται από την ασθένεια με τα κύρια χαρακτηριστικά της, στη διάγνωση που επικεντρώνεται ειδικότερα στο ίδιο το άτομο. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο υπογραμμίζεται η πολυπλοκότητα και η ποικιλομορφία της διάγνωσης από θεωρητική και κλινική άποψη στις ιατρικές επιστήμες και ιδιαίτερα όσον αφορά στη νευρολογία και στην ψυχιατρική (Mezzich & Salloum, 2008).

Η ΔΕΠ/Υ, όντας διαταραχή της συμπεριφοράς, συνυπάρχει με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Όπως έχει υποστηριχθεί το 50-60% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ συμπεριλαμβανόμενων και παιδιών νηπιαγωγείου παρουσιάζουν συννοσηρότητα με Εναντιωματική και Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής (Kadesjo και συν., 2001), περίπου το 33% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν Αγχώδεις Διαταραχές (Bird και συν., 1994, MTA Cooperative Group, 1999), περίπου το 57% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν Διαταραχές της Διάθεσης (Busch και συν., 2002), περίπου το 50-70% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν σύνδρομο Tourette (Comings & Comings, 1987a, Freeman και συν., 2000, Sukhodolsky και συν., 2003), καθώς και συννοσηρότητα με την Αναπτυξιακή Διαταραχή του Ψυχοκινητικού

Συντονισμού, και άλλες διαταραχές, όπως του λόγου και της ομιλίας (Beitchman και συν.,1990, Love & Thompson, 1988), κάτι που θα αναλυθεί λεπτομερειακά σε επόμενο κεφάλαιο (βλ. Συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ-Μαθησιακές Δυσκολίες).

Πέραν της κλινικής εικόνας της ΔΕΠ/Υ και των διαταραχών που μπορεί να συνυπάρχουν, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν και κάποια συνοδά προβλήματα που επηρεάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ και κατ' επέκταση την λειτουργικότητά τους, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα πλαίσια της καθημερινής τους ζωής. Τέτοια προβλήματα εντοπίζονται στις γνωστικές λειτουργίες, στην συμπεριφορά και την συναισθηματική τους ανάπτυξη, αναπτυξιακές και ακαδημαϊκές δυσκολίες, καθώς και προβλήματα τυγχείας. Δημιουργείται η εντύπωση ότι πιθανόν η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, να δημιουργούν προδιάθεση στα παιδιά με ΔΕΠ/Υ για την αντιμετώπιση αυτών των επιπρόσθετων δυσκολιών, οι οποίες πολλές φορές παρουσιάζονται με μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας από τα κύρια συμπτώματα.

Αν και, αυτές οι επιπρόσθετες δυσκολίες δεν παρουσιάζονται σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ, έχει φανεί να είναι περισσότερο πιθανόν να συνυπάρχουν στα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ/Υ, παρά στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Όμως, φυσικά και τα συμπτώματα αυτά δεναποτελούν προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής, ούτε καθορίζουν τη διάγνωση της, όταν είναι παρόντα. Αυτό που όντως συμβαίνει είναι ότι η παρουσία αυτών των δυσκολιών επιβαρύνει επιπλέον την απόδοση και την προσαρμογή τους στα δομημένα πλαίσια του σχολείου, της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα, όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω.

Σύμφωνα με την πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων, η συννοσηρότητα αποτελεί αφενός το κλειδί για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κυρίαρχης διαταραχής και κατ' επέκταση των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων που συνήθως την επηρεάζουν και παρουσιάζουν την εικόνα συνύπαρξης διαφορετικών διαταραχών (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2000). Επομένως είναι ένας κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας για την ανταπόκριση σε θεραπευτικές παρεμβάσεις (Pliszka και συν., 1999) καθώς και την αποτελεσματικότητα της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Briggs-Gowan και συν., 2003).

1.7 Διαφορική Διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας

Δεδομένου του υψηλού ποσοστού συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ με άλλες διαταραχές, κρίνεται απαραίτητος ο ρόλος της διαφοροδιάγνωσης. Ο ρόλος αυτός επαφίεται στους ειδικούς, οι οποίοι είναι απαραίτητο να αναγνωρίσουν την περίπτωση συννοσηρότητας και να διακρίνουν το κυρίαρχο πρόβλημα σε κάθε περίπτωση.

Όταν ο ειδικός καλείται να κάνει διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ κατά την παιδική ηλικία, εστιάζεται κυρίως στις εξής διαταραχές: Διάχυτες Διαταραχές στην Ανάπτυξη, Αγχώδεις Διαταραχές, Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή της Διαγωγής και τέλος Διαταραχές της Διάθεσης.

Στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης συμβάλλει σημαντικά το ιστορικό του παιδιού, το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται με πολύ προσοχή. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να συνυπολογίζεται ότι ένα παιδί με υψηλό νοητικό επίπεδο, ίσως να παρουσιάζει την κλινική εικόνα της ΔΕΠ/Υ, λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος ή της αναζήτησης νέων ενδιαφερόντων.

Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα σημαντικό για την διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ/Υ, καταρχάς, να εντοπίζονται, τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής, χωρίς όμως να αγνοούνται τα πιθανά συμπτώματα άλλων διαταραχών που συνυπάρχουν. Επίσης να ερευνάται ο τρόπος που τα συμπτώματα της κυρίαρχης διαταραχής αλληλεπιδρούν με τους διάφορους παράγοντες που επιδεινώνουν και δυσκολεύουν την κάθε περίπτωση. Με αυτόν τον τρόπο, οι ειδικοί θα καταστούν ικανοί να προβούν στο σχεδιασμό της καταλληλότερης θεραπευτικής παρέμβασης για να εξασφαλίσουν, όσο είναι δυνατό, την έκβαση της διαταραχής με συννοσηρότητα ή χωρίς συννοσηρότητα.

Μαθησιακές Δυσκολίες

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες αποτελούν τομέα μελέτης και έρευνας των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Αφορά μια ομάδα ατόμων τα οποία ενώ δεν παρουσιάζουν εμφανείς νοητικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή άλλα προβλήματα στην ανάπτυξη, εντούτοις δεν είναι σε θέση να επωφεληθούν από την τυπική διδασκαλία, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται σε μαθησιακά και γνωστικά επιτεύγματα και να οδηγούνται σε σχολική υποεπίδοση ή και αποτυχία (Τζουριάδου,

1995). Οι Μαθησιακές Δυσκολίες συνιστούν τη μεγαλύτερη κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών και σύμφωνα με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία το 50% των μαθητών που φοιτούν σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής, έχουν διάγνωση Μαθησιακών Δυσκολιών. Μάλιστα, το 80% από αυτές αφορούν δυσκολίες στην ανάγνωση (Παντελιάδου, Μποτσας, 2007). Επιστήμονες από διαφορετικούς τομείς όπως ιατρική, ψυχολογία, παιδαγωγική, ασχολήθηκαν με την μελέτη των Μαθησιακών Δυσκολιών και δημιουργήθηκαν διαφορετικοί όροι και ορισμοί για την περιγραφή τους, οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή κριτική ανάλυση και προσαρμογή (Ysseldyke, 2005), χωρίς όμως να σημειωθεί ομοφωνία μεταξύ τους. (Κασσωτάκη-Μαριδάκη, 2009),

Επομένως, η διατύπωση ενός ορισμού είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς οι Μαθησιακές Δυσκολίες δεν αποτελούν σαφή νοσολογική οντότητα με τυπικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα, έτσι ώστε ένας και μόνο ορισμός να καλύπτει το σύνολο των σχετικών περιπτώσεων. Ωστόσο, όλοι οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί φαίνεται να έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους (Δράκος, 1998).

Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι ότι ο όρος αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα ατόμων και η ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων είναι ανομοιογενής στο άτομο. Επιπλέον, συμφωνούν στο ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο μαθητής χαρακτηρίζουν όλο το φάσμα της ζωής του και όχι μόνο τις ακαδημαϊκές του επιδόσεις και μάλιστα, όσον αφορά τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις, υστερούν σημαντικά από το μέσο όρο της τάξης τους και δεν μπορούν να επωφεληθούν από το «κανονικό» εκπαιδευτικό πρόγραμμα του σχολείου. Ακόμα, υποστηρίζουν ότι η διάγνωση πρέπει να αποκλείει άλλου τύπου δυσκολίες ή δυσλειτουργίες ως πρωταρχικές αιτίες, αλλά να μην αποκλείει την ταυτόχρονη εμφάνιση και άλλων δυσλειτουργιών ή διαταραχών. Ομοφωνία υπήρξε αναφορικά με τα κριτήρια της διάγνωσης, τα οποία θα πρέπει να αναφέρονται στο παιδαγωγικό μοντέλο παρέμβασης, όπως και το ότι πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια αποκλεισμού. Η τελική διάγνωση βγαίνει σε συνδυασμό με τις ψυχοεκπαιδευτικές επιδόσεις του παιδιού σε σχέση πάντα με τις αναμενόμενες για την τάξη και την ηλικία του.

Γενικότερα, ο όρος Μαθησιακές Δυσκολίες εισήχθη στην Αμερική το 1963 από τον ψυχολόγο και ειδικό παιδαγωγό Samuel Kirk, όμως ο ορισμός ο οποίος χρησιμοποίησε το National Joint Committee on Learning Disabilities το 1994, αποτελεί μέχρι σήμερα έναν από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς των μαθησιακών δυσκολιών. Ο ορισμός αυτός χαρακτηριστικά αναφέρει: «(Ειδικές) Μαθησιακές

Δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος, ο οποίος αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα διαταραχών, που εκδηλώνονται μέσω σημαντικών δυσκολιών στην απόκτηση και χρήση του προσληπτικού και εκφραστικού λόγου, της ανάγνωσης, της γραφής, της λογικής σκέψης ή των μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενείς, θεωρείται ότι οφείλονται σε δεισλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορούν να εμφανιστούν καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Προβλήματα στην αυτορυθμιζόμενη συμπεριφορά, στην αντίληψη κοινωνικών φαινομένων και στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να συνυπάρχουν με τις Μαθησιακές Δυσκολίες, αλλά δεν συνιστούν από μόνα τους Μαθησιακή Δυσκολία. Αν και οι Μαθησιακές Δυσκολίες μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα με άλλες συνθήκες ανεπάρκειας (π.χ. αισθητηριακές βλάβες, νοητική υστέρηση, σοβαρή συναισθηματική διαταραχή) ή με εξωτερικές επιδράσεις (όπως πολιτιστικές διαφορές, ανεπαρκής ή ακατάλληλη διδασκαλία), δεν είναι αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων ή επιδράσεων» (NJCLD,1994).

1.8 Ταξινόμηση Μαθησιακών Δυσκολιών

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες διακρίνονται σε δύο ομάδες παιδιών με διαφορετική συμπτωματολογία που πρέπει να πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, ώστε να οδηγηθεί ο ειδικός στα αίτια που τις προκαλούν. Οι ομάδες αυτές είναι οι Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες και οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες.

Οι Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες αναφέρονται στις δυσκολίες που εμφανίζει ένα παιδί στην πρόσκτηση και χρήση σχολικών δεξιοτήτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την αποκωδικοποίηση και κατανόηση του γραπτού και προφορικού λόγου και περιγράφει γενικά τις δυσκολίες του παιδιού στη σχολική μαθησιακή διαδικασία, δηλαδή έχουν μειωμένη ικανότητα να επικοινωνήσουν, να κατανοήσουν και να εκφραστούν. Οι Γενικές Μαθησιακές Δυσκολίες οφείλονται σε οργανικά, εκπαιδευτικά ή περιβαλλοντικά αίτια και περιλαμβάνουν όλες τις διαταραχές που προκαλούν μόνιμο έλλειμμα στη λειτουργία του εγκεφάλου. Ο όρος περιλαμβάνει τη διανοητική καθυστέρηση, επίκτητες διαταραχές (π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση), διαταραχές που αφορούν στο συντονισμό της κινητικότητας, αισθητηριακές διαταραχές, χρόνια νοσήματα, κοινωνικές-ψυχολογικές διαταραχές, καθώς και τη ΔΕΠ/Υ. Είναι ευρύτερος του όρου Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και χρησιμοποιείται πολλές φορές καταχρηστικά (Πολυχρόνη, 2011).

Από την άλλη, οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες δεν μπορούν να αποδοθούν σε οργανικά, εκπαιδευτικά ή περιβαλλοντικά αίτια, εφόσον δεν παρουσιάζουν εμφανείς νοητικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά και αναπτυξιακά προβλήματα. Αναφέρονται σε μια κατηγορία διαταραχών (που πιθανότατα έχουν νευροβιολογική βάση), οι οποίες προκαλούν δυσκολία πρόσκτησης ενός ή περισσότερων μαθησιακών τομέων που σχετίζονται με την επεξεργασία του λόγου στη γλώσσα και τα μαθηματικά (όπως στην ανάγνωση, στα μαθηματικά, στην κατανόηση του γραπτού λόγου κ.λ.π.)(Πολυχρόνη, 2011). Επομένως, τα άτομα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν από την τυπική διδασκαλία, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται σε μαθησιακά και γνωστικά επιτεύγματα και να οδηγούνται σε σχολική επίδοση και αποτυχία (Τζουριάδου,1995). Κάτι που κρίνεται σημαντικό να διευκρινιστεί είναι ότι συχνά ο όρος των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών γενικεύεται και ταυτίζεται με τον όρο «Δυσλεξία». Ωστόσο, ο όρος αυτός αναφέρεται μόνο σε μία κατηγορία Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών, αυτή της δυσκολίας στην εκμάθηση της αναγνωστικής διαδικασίας και της ορθογραφημένης γραφής (Αλεξόπουλος, 2005)

Πιο συγκεντρωτικά, οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες συνήθως επηρεάζουν πέντε γενικούς τομείς στα παιδιά (U.S.A. Child Development Institute). Στην ομιλούμενη γλώσσα, όπου παρατηρείται καθυστέρηση λόγου, διαταραχές και αποκλίσεις στην ακρόαση και την ομιλία, στην γραπτή γλώσσα, όπου παρατηρούνται δυσκολίες στο διάβασμα το γράψιμο και την ορθογραφία, στην αριθμητική, με δυσκολίες στην εκτέλεση μαθηματικών υπολογισμών ή και στην κατανόηση βασικών εννοιών, στην αιτιολόγηση με ελλείμματα στην οργάνωση και την ενσωμάτωση σκέψεων, καθώς και στην μνήμη με δυσκολίες στην απομνημόνευση πληροφοριών και οδηγιών.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-V) κατανέμονται σε πέντε κατηγορίες: στην Διαταραχή της Ανάγνωσης/ Δυσλεξία, στην Διαταραχή Μαθηματικών, στην Διαταραχή γραπτής έκφρασης, στην Μαθησιακή Διαταραχή με προσδιοριζόμενη αλλιώς και Ειδική Διαταραχή της Μάθησης.

1.9 Αιτιολογία Μαθησιακών Δυσκολιών

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες, όπως και η ΔΕΠ/Υ ανάγονται σε σε πολυπαραγοντική αιτιολογία και μπορούν να κατανοηθούν περισσότερο περιγραφικά

και αναλυτικά και λιγότερο αιτιοκρατικά (Αλεξόπουλος, 2005). Η έρευνα για την αιτιολογία τους αρχικά περιστράφηκε γύρω από τη νευρολογική θεωρία ενοχοποιώντας βλάβες ελάχιστης έκτασης. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν ως αιτιακοί παράγοντες οπτικά και ακουστικά αντιληπτικο-κινητικά ελλείμματα, γενετικές αιτίες, αλλά και προβλήματα σε συγκεκριμένα εγκεφαλικά μέρη, όπως η παρεγκεφαλίδα. Ο βασικότερος αιτιακός παράγοντας που μέχρι στιγμής είναι ισχυρός, είναι τα προβλήματα στη γλωσσική επεξεργασία (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007). Το έλλειμμα στην φωνολογική επίγνωση, τη γνώση και τη χρήση φωνημάτων της γλώσσας, θεωρούνται ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας, του κυριότερου τύπου Μαθησιακών Δυσκολιών, των αναγνωστικών. Η ελλειμματική φωνολογική επίγνωση οδηγεί σε δυσκολίες αποθήκευσης ή και ανάκλησης και επεξεργασίας των λέξεων ως ενοποιημένων συνόλων και διακριτών ορθογραφικών αναπαραστάσεων. Υπάρχει δυσκολία να δημιουργηθούν σύνδεσμοι γραπτής και προφορικής αναπαράστασης της λέξης και επομένως έλλειψη άνεσης και ευχέρειας αποκωδικοποίησης (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007). Τέλος, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες είναι εγγενείς και θεωρείται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (NJCLD,1994).

1.10 Διάγνωση Μαθησιακών Δυσκολιών

Σύμφωνα με το DSM-V οι Μαθησιακές Διαταραχές ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες: α)τη Διαταραχή της Ανάγνωσης, β)τη Διαταραχή των Μαθηματικών, γ)τη Διαταραχή της Γραπτής Έκφρασης δ)τη Μαθησιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και ε)την Ειδική Διαταραχή της Μάθησης και παρακάτω θα αναφερθούν τα διαγνωστικά τους κριτήρια.

Αρχικά, η Διαταραχή της Ανάγνωσης και των Μαθηματικών, μπορούν να παρατηρηθούν από την αναγνωστική επίδοση και την μαθηματική επίδοση του παιδιού αντίστοιχα, και μετριοούνται με ατομικά χορηγούμενες σταθμισμένες δοκιμασίες. Όταν οι επιδόσεις των παιδιών είναι σημαντικά κάτω από το αναμενόμενο, δεδομένης της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου, του δείκτη νοημοσύνης και της εκπαίδευσης που αντιστοιχεί στην ηλικία και ταυτόχρονα παρεμποδίζουν σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν αναγνωστικές και μαθηματικές δεξιότητες, τότε μπορούν να δωθούν οι παραπάνω διάγνωσης. Ακόμα, αναφέρεται ότι αν υπάρχει αισθητηριακό

έλλειμμα, οι αναγνωστικές δυσκολίες και οι δυσκολίες στην μαθηματική ικανότητα φαίνεται να είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως το συνοδεύουν. Αντίστοιχα, όλα τα παραπάνω ισχύουν και για την Διαταραχή της Γραπτής Έκφρασης, όπου μετρώνται οι δεξιότητες του παιδιού στην γραφή και τη σύνθεση γραπτών κειμένων.

Στην συνέχεια, στην Μαθησιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς εντάσσονται διαταραχές στη μάθηση που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάθε συγκεκριμένη διαταραχή μάθησης. Η κατηγορία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει προβλήματα και στους τρεις τομείς (ανάγνωση, τα μαθηματικά, γραπτή έκφραση), που μαζί παρεμβαίνουν σημαντικά στην ακαδημαϊκή επίδοση, ακόμη και αν στις επιδόσεις των τεστ μέτρησης κάθε ατομική ικανότητα δεν είναι ουσιαστικά κάτω από το αναμενόμενο της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου.

Τέλος, η Ειδική Διαταραχή της Μάθησης είναι μια νέα προσθήκη στο DSM-V, επειδή οι δυσκολίες μάθησης στις περιοχές της ανάγνωσης, της γραπτής έκφρασης και των μαθηματικών συνυπάρχουν συχνά, και έτσι στο νέο εγχειρίδιο περιλαμβάνεται χωριστή κωδικοποίηση για αυτή τη διαταραχή, η οποία συνδυάζει τα κριτήρια του DSM-IV της Διαταραχής της Ανάγνωσης, της Διαταραχής των Μαθηματικών, της Διαταραχής της Γραπτής Έκφρασης και της Μαθησιακής Διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς. Τα διαγνωστικά αυτά κριτήρια παραμένουν τα ίδια για την καθεμία διαταραχή και στο DSM-V και είναι τα παρακάτω:

A) Όταν παρουσιάζονται δυσκολίες μάθησης αλλά και χρήσης ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, με την παρουσία τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία θα διαρκούν για τουλάχιστον 6 μήνες, παρά την παροχή παρεμβάσεων που στοχεύουν σε αυτές τις δυσκολίες:

- Ανακριβής ή αργή και εμφατική ανάγνωση λέξεων(π.χ. το άτομο διαβάζει φωναχτά, εσφαλμένα μεμονωμένες λέξεις ή αργά και διστακτικά και δυσκολεύεται να προφέρει τις λέξεις).
- Δυσκολία στην κατανόηση και στην έννοια του τι διαβάζεται(π.χ. μπορεί να διαβάσει το κείμενο με ακρίβεια αλλά δεν καταλαβαίνει την αλληλουχία , τις σχέσεις , συμπεράσματα , ή τα βαθύτερα νοήματα από αυτό που διαβάζει).
- Δυσκολίες στην ορθογραφία(π.χ. μπορεί να προσθέσει, να παραλείψει ή υποκαταστήσει φωνήεντα ή σύμφωνα).
- Δυσκολίες στη γραπτή έκφραση.

- Κεντρική δυσκολία στην αίσθηση των αριθμών ή υπολογισμού(π.χ.έχει κακή κατανόηση των αριθμών, το μέγεθός τους, και τις σχέσεις τους, μετράει με τα δάχτυλα για να προσθέσει μονοψήφια νούμερα, κλπ).
- Δυσκολίες με τη μαθηματική λογική (π.χ. έχει σοβαρή δυσκολία εφαρμογής μαθηματικών εννοιών, γεγονότων, ή διαδικασιών για την επίλυση ποσοτικών προβλημάτων).

Β) Όταν οι επηρεαζόμενες ακαδημαϊκές δεξιότητες είναι ποσοτικώς σημαντικά κάτω από τις αναμενόμενες για την χρονολογική ηλικία του ατόμου επιδόσεις, γεγονός που προκαλεί σημαντική δυσκολία στην ακαδημαϊκή ή επαγγελματική απόδοση ή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και αυτό επιβεβαιώνεται και από μεμονωμένα σταθμισμένα τεστ κλινικής αξιολόγησης.

Γ) Όταν οι μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται κατά τη σχολική ηλικία, αλλά ίσως δεν γίνονται πλήρως ορατές έως ότου αυξηθούν οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις.

Δ) Όταν οι μαθησιακές δυσκολίες δεν εξηγούνται καλύτερα από τη διανοητική αναπηρία, τη μη διορθωμένη οπτική ή ακουστική οξύτητα, από άλλες ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες, από την έλλειψη επάρκειας στη γλώσσα της ακαδημαϊκής διδασκαλίας, ή ακόμα και από την ανεπαρκή εκπαιδευτική διδασκαλία. (American Psychiatric Association, 2013).

1.11 Συννοσηρότητα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας και Μαθησιακών Δυσκολιών

Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν συχνά μαθησιακές δυσκολίες (Kamphaus & Frick, 1996, Stanford & Hynd, 1994) και μάλιστα έχει φανεί πως μεμονωμένα για την καθεμία, το 80% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, αλλά και το 60% των παιδιών με διαταραχές της ανάγνωσης πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον μία επιπλέον διάγνωση (Willcut, E, G, Pennington, B, F. 2000). Σύμφωνα με το DSM-IV-TR(APA, 2000) η διαταραχή της ανάγνωσης (δυσλεξία) , και η ΔΕΠΥ είναι δύο από τις διαταραχές με την συχνότερη διάγνωση κατά την παιδική ηλικία. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η κάθε μία είναι 5% στο γενικό πληθυσμό. Τα παιδιά που έχουν διαταραχή της ανάγνωσης, της γραφής και της αριθμητικής σε συνδυασμό με ΔΕΠ/Υ έχουν περισσότερες δυσκολίες μάθησης και προσοχής σε σύγκριση με τα παιδιά που έχουν μόνο μία από τις δύο διαταραχές(Mayes, S,D, Calhoun, S.L., 2007).

Τα ποσοστά συνύπαρξης ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακών Δυσκολιών κυμαίνονται από 7% (August & Holmes, 1984), μέχρι 70% (Mayes και συν., 2000) έως και 92% (Silver, 1981), ανάλογα με τον καθορισμό της διαφοράς ανάμεσα στα αποτελέσματα των τεστ νοημοσύνης και της ακαδημαϊκής απόδοσης των παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Εάν ληφθεί υπόψη, ο μεγαλύτερος βαθμός διαφοράς (20 μονάδες) σε αυτά τα τεστ, τα αποτελέσματα κάποιων μελετών καταδεικνύουν ότι 16% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάγνωση και 21% των παιδιών αυτών παρουσιάζουν δυσκολίες στα μαθηματικά, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που τα ποσοστά κυμαίνονται στο 5% και 7% για τους αντίστοιχους τομείς (Frick και συν., 1991). Εάν όμως, ορισθεί μικρότερος βαθμός διαφοράς (10 μονάδες) στα τεστ νοημοσύνης και της ακαδημαϊκής απόδοσης των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, το 38% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάγνωση και το 55% των παιδιών αυτών παρουσιάζουν δυσκολίες στα μαθηματικά (Semrud-Clikeman και συν., 1992).

Γενικά, έχει υποστηριχθεί ότι εάν ακολουθηθεί ο πιο αυστηρός ορισμός των Μαθησιακών δυσκολιών, περίπου το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάγνωση, το 12-30% παρουσιάζουν δυσκολίες στα μαθηματικά και 12-27% παρουσιάζουν δυσκολίες στην ορθογραφία (Barkley, 1998a). Επίσης, στην έρευνα του Frick και των συνεργατών του (1991) διαπιστώθηκε ότι παιδιά με διαταραχή Διαγωγής παρουσίαζαν παρόμοια ποσοστά Μαθησιακών δυσκολιών με αυτά των παιδιών με ΔΕΠ/Υ στις προαναφερθείσες έρευνες. Οι Μαθησιακές δυσκολίες, όμως σε αυτή την περίπτωση, αποδόθηκαν στην συννοσηρότητα της διαταραχής της διαγωγής με τη ΔΕΠ/Υ.

Λαμβάνοντας υπόψη την επιμονή της μειωμένης ακαδημαϊκής απόδοσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των εμπλεκόμενων μαθησιακών δυσκολιών έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς διάφορες απόψεις και υποθέσεις, αναφορικά με τη σχέση της ΔΕΠ/Υ και των ελλειμμάτων των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων. Από την ανασκόπηση των ερευνητικών πορισμάτων σχετικά με τη ΔΕΠ/Υ και τα προβλήματα μάθησης, διαφαίνονται τρεις τουλάχιστον πιθανές αιτιώδεις σχέσεις:

Η πρώτη άποψη υποστηρίζει ότι τα προβλήματα στις ακαδημαϊκές δεξιότητες έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ (Mc Gee & Share, 1988, McGee και συν., 1989). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, οι μαθησιακές δυσκολίες συντελούν στη χρόνια ακαδημαϊκή αποτυχία και ως εκ τούτου, στη δημιουργία χαμηλής αυτοεκτίμησης. Εξαιτίας αυτής της χαμηλής αυτοεκτίμησης στις ακαδημαϊκές τους ικανότητες, τα παιδιά δεν ενδιαφέρονται να ακολουθήσουν

κανόνες και οδηγίες για την εκτέλεση μιας εργασίας. Αυτά είναι προφανώς μερικά από τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, που υποβοηθούν την περαιτέρω μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση και έτσι συντηρούν ένα φαύλο κύκλο δυσλειτουργικότητας. Με αυτά τα δεδομένα οι McGee & Share υποστηρίζουν ότι ο πρωταρχικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης πρέπει να είναι οι μαθησιακές δυσκολίες και όχι τα συμπτώματα συμπεριφοράς.

Η δεύτερη άποψη θεωρεί ότι τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα εμποδίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ να αποκτήσουν ακαδημαϊκές δεξιότητες ή να επιδείξουν τις γνώσεις τους σε μια οργανωμένη μορφή (Keogh, 1971, Silver, 1990). Πιο συγκεκριμένα, Ο Keogh διατύπωσε τη θεωρία ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, εμπλέκονται στη μαθησιακή διαδικασία με δύο τουλάχιστο τρόπους: αρχικά Το υψηλό επίπεδο διέγερσης του παιδιού αποσπά την προσοχή του από την καθοδήγηση του δασκάλου και έτσι ελαχιστοποιείται η επεξεργασία των πληροφοριών και την πρόσκτηση της γνώσης και παράλληλα η παρορμητικότητα, τα οδηγεί σε γρήγορη και χωρίς έλεγχο ολοκλήρωση των εργασιών τους με αποτέλεσμα την ελλιπή επίδοση στις αυτόνομες εργασίες μελέτης. Την άποψη αυτή υποστηρίζουν τα πορίσματα των ερευνών σχετικά με τη φαρμακευτική παρέμβαση της ΔΕΠ/Υ. Σε αυτές τις μελέτες, οι επιστήμονες θεωρούν ότι τα διεγερτικά φάρμακα βελτιώνουν τη διάρκεια της προσοχής και τον έλεγχο της συμπεριφοράς, και κατά συνέπεια την αύξηση της παραγωγικότητας τους στις σχολικές εργασίες, ενοχοποιώντας έμμεσα τη ΔΕΠ/Υ ως την αιτία των ακαδημαϊκών δυσκολιών αυτών των παιδιών (Rapport & Kelly, 1991). Όμως, και αυτή η άποψη δεν μπορεί να εξηγήσει το γεγονός ότι η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ δεν παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες (Cantwell & Baker, 1991).

Η τρίτη άποψη θεωρεί ότι η αιτία εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ και των μαθησιακών δυσκολιών είναι κάποια πιθανή κοινή νευρολογική ανεπάρκεια ή άλλα οργανικά και περιβαλλοντικά αίτια (Douglas, 1980, Hinshaw, 1992). Οι δύο προηγούμενες υποθέσεις πρότειναν μία άμεση αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακών δυσκολιών. Είναι επίσης πιθανό, και τα δύο προβλήματα να πηγάζουν από μία τρίτη ανεξάρτητη μεταβλητή. Η πιο κοινή υπόθεση αφορά την ύπαρξη μη συγκεκριμένων νευρολογικών βλαβών που μπορεί, σε μερικές περιπτώσεις παιδιών να δημιουργεί τη συγκεκριμένη συννοσηρότητα (4.G. DuPaul, & G. Stoner, 2003). Μία πληθώρα άλλων οργανικών και περιβαλλοντικών μεταβλητών έχουν επίσης

ενοχοποιηθεί ως αιτίες εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ και των Μαθησιακών δυσκολιών όπως π.χ. γλωσσικές διαταραχές και αποδιοργανωμένο οικογενειακό πλαίσιο. Οι σχετικές έρευνες αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τη συγκεκριμένη υπόθεση, λόγω της ετερογένειας των ομάδων των παιδιών που εμφάνιζαν ΔΕΠ/Υ και/ή Μαθησιακές δυσκολίες. Απαιτείται να μελετηθεί μία πληθώρα άλλων μεταβλητών προκειμένου να επαληθευτεί η συγκεκριμένη υπόθεση (Hinshaw, 1992). Είναι γεγονός, ότι διαφορετικοί αιτιολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται σε διαφορετικές υποομάδες παιδιών. Όπως διαπιστώνουμε από τα παραπάνω, απαιτούνται διαχρονικές μελέτες που να αξιολογούν όλες τις υποτιθέμενες αναπτυξιακές διαστάσεις που διαφοροποιούνται στις υποομάδες των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και/ή μαθησιακά προβλήματα, προκειμένου να περιγραφούν λεπτομερώς όλες οι εμπλεκόμενες μεταβλητές (G. DuPaul, & G. Stoner, 2003), όπως αναγκάια κρίνεται και η περαιτέρω διερεύνηση του βαθμού και της φύσης της σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠ/Υ και τις μαθησιακές δυσκολίες, με μελέτες στις οποίες θα λαμβάνονται υπόψη οι υποκατηγορίες των δύο διαταραχών, καθώς και άλλα πιθανά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ/Υ.

1.12 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητας, Μαθησιακές Δυσκολίες και Οικογενειακό περιβάλλον

Από τη διεθνή βιβλιογραφία είναι γνωστό ότι ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός αναφορικά με τις μαθησιακές, καθώς και τις ευρύτερες δυσκολίες, τις οποίες βιώνει ένα παιδί με οποιαδήποτε διαταραχή. Η ψυχολογική υγεία των γονέων μάλιστα επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της ανατροφής και την ανάπτυξη του παιδιού (AlYagon 2007).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ΔΕΠ/Υ, αλλά και οι Μαθησιακές Δυσκολίες έχουν αρνητική επίδραση στην οικογενειακή λειτουργικότητα (Peters & Jackson, 2008). Οι Pfeiffer, Gerber και Reiff, θεωρούν πως οι Μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζουν έντονα, εκτός από την γνωστική και συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού και την ψυχολογική υγεία όλης της οικογένειας. Οι συγκρούσεις, η ένταση και η ευερεθιστότητα κατά την οικογενειακή συναλλαγή, τα υψηλά ποσοστά συμπτωμάτων εξάντλησης στη μητέρα, σημαντικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας και αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες, αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά των οικογενειών που

βιώνουν καθημερινά τα προβλήματα στη συμπεριφορά και την μαθησιακή επίδοση των παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες (Kendall και συν., 2005).

Σε έρευνα των Baker και McCal (1995), παρατηρήθηκε πως η συμπεριφορά ενός παιδιού που χαρακτηρίζεται ως παρορμητικό απρόσεκτο και υπερκινητικό είναι συχνά δύσκολο να το διαχειριστεί κανείς και συσχετίστηκε με αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις. Την παραπάνω έρευνα επιβεβαιώνει και ο Fischer (2010) επισημαίνοντας ότι η ΔΕΠ/Υ συνδέεται με αυξημένα ποσοστά γονεϊκών συγκρούσεων και διαζυγίων, είτε με την νομική έννοια, είτε με την έννοια της συναισθηματικής απομάκρυνσης των γονέων.

Μελέτες, οι οποίες εξέτασαν τη δυαδική σχέση μητέρας-παιδιού, κατέδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ δημιουργούν περισσότερες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, δεν υπακούουν τους γονείς τους και δυσκολεύονται περισσότερο να παραμείνουν σε δραστηριότητες που απαιτούν διαρκή προσπάθεια, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου που δεν είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ (Befera & Barkley, 1985· Mash & Johnston, 1982). Από την άλλη πλευρά, η διασπαστική συμπεριφορά που εκδηλώνει το υπερκινητικό παιδί είναι πιθανό να πηγάζει, να συντηρείται ή και να ενισχύεται από τα δυσλειτουργικά πρότυπα επικοινωνίας που χαρακτηρίζουν την οικογένεια μέσα στην οποία μεγαλώνει (Gardner, 1994).

Η γονεϊκή συμπεριφορά, όσο και η συνοχή του οικογενειακού πλαισίου αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία, την συμπεριφορά, καθώς και την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού (Γεωργίου, 2000). Ταυτόχρονα το νόημα, που προσδίδουν οι γονείς στη μαθησιακή και συμπεριφορική δυσκολία, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης που υιοθετούν, επιδρούν έντονα στην εξέλιξη της δυσκολίας αυτής, είτε πηγάζει από τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, είτε αποτελεί μια ειδική μαθησιακή δυσκολία, πόσο μάλλον όσον αφορά μια συννοσηρή κατάσταση.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αρνητική αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού δημιουργεί στο παιδί αισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης, τα οποία αναστέλλουν την θετική έκβαση των προσπαθειών του για ικανοποιητική σχολική απόδοση (Chapman και Boersma, 1979). Όταν όμως οι γονείς διαπιστώνουν πως το παιδί τους εμφανίζει αδυναμίες στο να μάθει να διαβάζει, συχνά αισθάνονται απογοήτευση και εκδηλώνουν την αποδοκιμασία τους για τις χαμηλές του επιδόσεις (Fijalkow, 1998). Μάλιστα, οι γονείς παιδιών που εμφανίζουν ελλείμματα είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη, από ότι οι υπόλοιποι γονείς.

Ορισμένες έρευνες βρήκαν ότι το γονεϊκό στρες συνδέεται με τη σοβαρότητα της «δυσκολίας» του παιδιού τους (Hassall,Rose,McDonald, 2005).

Όπως και να 'χει οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά που εμφανίζουν δυσκολίες με την υγεία τους, αλλά και με έντονα εξωτερικευμένα συμπεριφορικά προβλήματα, όπως η επιθετικότητα και η υπερκινητικότητα, σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες (Anastopoulos και συν. 1992)

Μια εξήγηση που δίνεται από τον Dyson για το στρες των γονιών παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες είναι ότι το στρες που εμφανίζουν μπορεί να σχετίζεται μερικώς με ένα βασικό χαρακτηριστικό των μαθησιακών δυσκολιών, δηλαδή το γεγονός ότι δεν είναι ορατή αναπηρία. Ουσιαστικά σημειώνει, ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζονται χωρίς κάποιο εμφανές πρόβλημα, όμως οι συνέπειες μιας κρυφής «αναπηρίας» μπορεί να περιλαμβάνουν καθυστερημένες και αντικρουόμενες διαγνώσεις, καθυστερημένη παρέμβαση, και έλλειψη ανοχής απέναντι στο παιδί και στους γονείς από εκείνους που δεν μπορούν να δουν και να κατανοήσουν την φύση των μαθησιακών δυσκολιών. Μια άλλη πηγή άγχους για τους γονείς, όσον αφορά την μαθησιακή πορεία του παιδιού τους και την εξέλιξη της προσωπικότητάς του, είναι η άγνοια των γονέων για την φύση και την αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών (Thomson,1995)

Το άγχος που νιώθουν οι γονείς παιδιών με Μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Όπως αναφέρουν οι Brock και Shute, τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι κάποιοι που σχετίζονται με το παιδί, όπως χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες, δυσκολίες του παιδιού που σχετίζονται με τους τρόπους αντιμετώπισης των μαθησιακών του δυσκολιών και προβλήματα συμπεριφοράς, όπως ΔΕΠ/Υ, αλλά και εξωτερικοί παράγοντες, στους οποίους οι γονείς δεν έχουν ιδιαίτερο έλεγχο. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση με τους εκπαιδευτικούς ή και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.OWikler αναφέρει επίσης ότι υπάρχει η τάση για αυξημένο άγχος σε κάποιες μεταβατικές περιόδους, όπως είναι ο πρώτος καιρός αμέσως μετά την διάγνωση, η έναρξη του σχολείου, η εφηβεία και η αποφοίτηση από το σχολείο.

Τέλος, αναφέρονται οι ικανότητες των γονέων να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις του γονεϊκού τους ρόλου. Συχνά μπορεί να νιώθουν ένταση, τύψεις, εξάντληση,χαμηλή αυτοεκτίμηση αλλά ίσως και δυσκολία να αποδεχτούν τα ελλείμματα του παιδιού τους, ανησυχία για το μέλλον τους και την επίδραση στα

άλλα μέλη της οικογένειας και κυρίως στην περίπτωση που μπορεί να υπάρχουν και άλλα αδέρφια.

Παράλληλα, σε μελέτη 880 οικογενειών παιδιών με μέτριες και σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές, οι Smith και συν.πρότειναν ως προγνωστικούς παράγοντες για το στρες των γονέων το εισόδημα, τον διαθέσιμο χρόνο που είχαν οι γονείς για αλληλεπίδραση με το παιδί και την κοινωνική υποστήριξη και όχι τόσο την λειτουργικότητα του παιδιού.

Ακόμα, σε μελέτη που εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά της οικογένειας με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες σε σύγκριση με οικογένειες παιδιών τυπικής ανάπτυξης, φάνηκε πως οι πρώτες είναι εξίσου λειτουργικές με τις οικογένειες παιδιών τυπικής ανάπτυξης, με τη διαφορά να παρουσιάζουν έναν ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας. Στην ίδια έρευνα αναδεικνύεται και ο δυναμικός ρόλος της μητέρας, εφόσον αναλαμβάνει πολλούς αλλά και διαφορετικούς ρόλους και εμφανίζονται να είναι περισσότερο υποστηρικτικές και θετικές ως προς την ανάπτυξη των παιδιών τους και την αποκατάσταση του εκάστοτε προβλήματος σε σχέση με τους πατέρες. (Τσιμπιδάκη, 2005)

Όπως και να έχει ο τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών ενός παιδιού από τους γονείς του είναι βασικός και το άγχος που μπορεί να βιώνουν ανεξαρτήτως των παραγόντων που μπορεί να το προκαλούν, είναι πιθανό να τους καταβάλλει και να τους οδηγήσει στην εκδήλωση συμπεριφορών που θα επηρεάσουν αρνητικά την συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Δόικου – Αυλίδου, 2002).

1.13 Ψυχική υγεία μητέρων παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής ή και Υπερκινητικότητα και Μαθησιακές Δυσκολίες

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολο να οριστεί με σαφήνεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «Η ψυχική υγεία δεν είναι απλά η απουσία της ψυχικής διαταραχής. Ορίζεται ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το δικό του δυναμικό, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητά του»(WHO,2007)

Οι άνθρωποι όμως είναι γεγονός πως διαφοροποιούνται ως προς τις αντιδράσεις τους στο στρες σε γνωστικό και ψυχολογικό επίπεδο και οι ισορροπίες όσον αφορά την αντιμετώπιση των καθημερινών αγχογόνων καταστάσεων είναι συχνά πολύ εύθραυστες. Η σχέση μεταξύ του στρες και της υγείας επηρεάζεται από

ποικίλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα από την προσωπικότητα, αν και οι έρευνες δεν έχουν καταλήξει ακόμα σε τελικά συμπεράσματα αναφορικά με την μεταξύ τους σχέση.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί για τον καθορισμό του στρες. Οι Lazarus και Folkman το ορίζουν ως οι εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις, που σύμφωνα με την εκτίμηση του κάθε ατόμου θέτουν σε δοκιμασία ή και ξεπερνούν τις διαθέσιμες δυνατότητές του. Για την αντιμετώπιση αυτών των καθημερινών απαιτήσεων, οι Lazarus και Folkman εισήγαγαν την έννοια των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) ή αλλιώς coping, που αναφέρεται «στις προσπάθειες του ατόμου, γνωστικές αλλά και σε επίπεδο συμπεριφοράς να διευθετήσει τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης προσώπου περιβάλλοντος που εκτιμώνται ότι θέτουν σε δοκιμασία ή ξεπερνούν τις δυνάμεις του.» Με άλλα λόγια λοιπόν το περιβάλλον παρέχει το κύριο ερέθισμα, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας του στρες είναι του πως το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον και ποιοι είναι οι τρόποι που έχει για να το αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του.

Τα τελευταία χρόνια έχουν καταγραφεί πάνω από 400 τύποι ΣΑΑΚ, όμως έχει υπάρξει ασυμφωνία αναφορικά με την ακριβή ταξινόμηση αυτών των τύπων. Σε γενικά πλαίσια, οι στρατηγικές αυτές ταξινομήθηκαν σε δύο κυρίως ομάδες, τις στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (ρύθμιση του αγχογόνου συναισθήματος) και στο πρόβλημα (προσπάθειες προς επίλυση του αγχογόνου προβλήματος). Οι έρευνες του Lazarus και Folkman έδειξαν ότι τα άτομα χρησιμοποιούν συγχρόνως και τα δύο είδη ΣΑΑΚ ανεξαρτήτως προβλήματος. Αλλά ότι οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα.

Ο Καραδήμας τονίζει την σημασία αυτών των στρατηγικών στην σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία του ατόμου. Μάλιστα, έχει φανεί πως όταν οι μητέρες χρησιμοποιούν μη αποτελεσματικές στρατηγικές και δεν κατορθώνουν να αντιμετωπίσουν την πηγή του προβλήματος, τότε προκαλείται ακόμα μεγαλύτερο άγχος που διογκώνεται συνεχώς. Έτσι το άτομο καταλήγει να έχει συμπτώματα χρόνιου άγχους, κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης. Επίσης, από σχετικές έρευνες προκύπτει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων τροποποιούν το στρες και την ψυχοπαθολογία.

Αναφορικά με τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠΥ και Μαθησιακές δυσκολίες, πλήθος βιβλιογραφικών πηγών υποστηρίζει πως οι μητέρες αυτές εμφανίζουν

υψηλότερα επίπεδα άγχους σχετιζόμενα και με τα χαρακτηριστικά των παιδιών και τα δικά τους συναισθήματα, και εμφανίζουν κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνική απομόνωση, συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Έρευνα που μελετούσε την συμπεριφορά των δύο φύλων στο στρες και στις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους, έδειξε ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο καθημερινό άγχος, περισσότερα χρόνια προβλήματα, διενέξεις, πρέπει να ανταποκριθούν σε περισσότερες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής σε σχέση με τους άντρες. Επίσης, στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι οι γυναίκες με περισσότερα παιδιά ένιωθαν περισσότερο άγχος, είχαν λιγότερη επαγγελματική ικανοποίηση και βίωναν ψυχική δυσφορία (Matud, 2004). Σύμφωνα με τον Riddick άλλωστε, οι μητέρες είναι εκείνες που συνήθως επιβαρύνονται περισσότερο σχετικά με ζητήματα που αφορούν το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες ή αναπτυξιακές διαταραχές. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι οι μητέρες παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως διαρκώς απασχολημένες (Turnbull, Ruef, 1996) ή ότι παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης (Karande και συν. 2009).

Στην μελέτη των Pettersson-Roll και Mattson (2007), στην Σουηδία έδειξε ότι πολλές μητέρες ένιωθαν να κουβαλούν την ταυτότητα «της μητέρας του παιδιού με δυσλεξία» και ότι έπρεπε πάντα να υπερασπίζονται τα δικαιώματα του παιδιού τους. Ωστόσο, έχει φανεί πως υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της γνωστικής κατάστασης των μητέρων και του στρες καθώς και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιούν οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες. Οι μητέρες με υψηλή αυτοεκτίμηση είχαν χαμηλότερο στρες, αλλά και πάλι ήταν περισσότερο από αυτό των πατεράδων (Hassall και συν. 2005; Keller, Honig, 2004). Φαίνεται, λοιπόν, ότι το στρες που βιώνει η μητέρα, αφενός είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της συμπεριφοράς και των αναγκών του παιδιού και αφετέρου των κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης αυτών των στρεσογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιεί για να ανταπεξέλθει από αυτές.

Σε έρευνα του Baker, επιβεβαιώνονται όσα ειπώθηκαν και παραπάνω, και προσθέτει και κάποιες άλλες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες. Εκτός λοιπόν από το αυξημένο άγχος και την κατάθλιψη, εμφανίζεται προσκόλληση προς το παιδί αλλά και έντονα η αίσθηση γονικής ανικανότητας. Ακόμα, οι Peter και Jackson με έρευνα τους, αναφέρουν πως οι μητέρες παιδιών αυτές γίνονται θύματα στιγματισμού από τον κοινωνικό τους περίγυρο, αντιμετωπίζουν κοινωνική απομόνωση, με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή

αυτοεκτίμηση και ενοχικά συναισθήματα. Οι ίδιες μάλιστα, αναφέρουν πως νιώθουν έντονα και αποδοκιμαστικά βλέμματα από τον περίγυρό τους. Άλλες πάλι τονίζουν πως συχνά αποφεύγουν να τις προσκαλούν σε κοινωνικές εκδηλώσεις και γιορτές ή αισθάνονται πως δεν μπορούν όντως να μοιραστούν τις εμπειρίες και τις δυσκολίες τους με άλλες μητέρες, διότι φοβούνται μήπως το παιδί τους χαρακτηριστεί «προβληματικό».

Έρευνα σε κινέζικο πληθυσμό με 100 μητέρες παιδιών με Μαθησιακές δυσκολίες και 75 παιδιών τυπικής ανάπτυξης, έδειξε ότι οι πρώτες, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και λάμβαναν λιγότερη υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, φάνηκε πως όσο πιο χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν, τόσο πιο υψηλά επίπεδα στρες εμφάνισαν (Pearson και Chan 1993).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, υψηλά ποσοστά γονικής ψυχοπαθολογίας μπορεί ταυτόχρονα να αντανακλούν τη γενετική μεταβίβαση, αλλά και να ασκούν μία αρνητική επίδραση που γίνεται ιδιαίτερα εμφανής μέσα από τις διαταραγμένες σχέσεις γονέα-παιδιού (Woodward και συν.,1998). Σε μελέτη των Sonuga-Barke και συν. βρέθηκε ότι υψηλή συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ σε μητέρες παρεμπόδιζε την αποτελεσματικότητα που θα μπορούσε να έχει η ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ/Υ, όπως επίσης υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ένας ισχυρός παράγοντας που επηρεάζει την πορεία και την έκβαση της υπερκινητικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους είναι η ύπαρξη κατάθλιψης στη μητέρα.

Ορισμένοι, υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική διάθεση των μητέρων τις οδηγεί, ώστε να μην εκδηλώσουν συναισθήματα αγάπης και φροντίδας στα παιδιά τους και να αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των υπερκινητικών παιδιών περισσότερο διαταραγμένη σε σύγκριση με εκείνη που εκδηλώνουν στην πραγματικότητα (Biederman και Faraone, 2005).

Αναφορικά με τις μητέρες παιδιών με Μαθησιακές δυσκολίες ερευνητικά δεδομένα δείχνουν να παρουσιάζουν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις στη σχολική συμπεριφορά και στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών τους σε σύγκριση με τις μητέρες χωρίς μαθησιακά ελλείμματα. Επιπλέον, έχουν χαμηλότερες προσδοκίες για το παιδί τους, νιώθουν απογοήτευση και εμφανίζουν μία στάση παραίτησης σχετικά με την ακαδημαϊκή τους πρόοδο (Δόικου – Αυλίδου, 2002).

1.14 Σκοπός της παρούσας έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της κοινωνικοσυναισθηματικής κατάστασης που εμφανίζουν οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες.

Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθούν :

Α) Τα επίπεδα της ψυχικής υγείας μητέρων παιδιών με ΔΕΠΥ και Μαθησιακές δυσκολίες και ειδικότερα η κατάθλιψη, το άγχος, η κοινωνική δυσλειτουργικότητα και τα σωματικά ενοχλήματα.

Β) Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων που χρησιμοποιούνται περισσότερο από τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠΥ και Μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ.

Γ) Τα επίπεδα αυτοεκτίμησης των μητέρων.

Δ) Αν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των μητέρων ανάλογα με τον κάθε τύπο ΔΕΠΥ.

Ερευνητικές υποθέσεις

Αναμένεται ότι:

α) Οι μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠΥ και Μ.Δ. θα εμφανίζουν επιβαρυνμένη ψυχοπαθολογία ως προς: α) την κατάθλιψη, β) το άγχος, γ) την κοινωνική δυσλειτουργικότητα και δ) τα σωματικά ενοχλήματα.

β) Οι μητέρες παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ θα εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών μόνο με Ελλειμματική Προσοχή ή μόνο με Υπερκινητικότητα.

γ) Οι μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠ/Υ και Μ.Δ. δεν θα χρησιμοποιούν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων.

δ) Οι μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο θα εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης μη προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, σε σύγκριση με τις μητέρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

ε) Οι μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠ/Υ και Μ.Δ. θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.

2.ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Δείγμα Έρευνας

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν οι μητέρες λόγω του ρόλου και της σημασίας τους για την φροντίδα και την ανάπτυξη ενός παιδιού, όπως και της βαρύτητας του ρόλου αυτού σε περιπτώσεις που το παιδί εμφανίζει ελλείμματα και προβλήματα στην καθημερινή του ζωή και στα πλαίσια στα οποία κινείται. Το δείγματος παρούσας έρευνας λοιπόν, είναι οι μητέρες παιδιών, τα οποία φοιτούν στην Δημοτική εκπαίδευση είτε σε ιδιωτικό Δημοτικό σχολείο, είτε σε δημόσιο, καλύπτοντας το ηλικιακό φάσμα των 6 μέχρι 12 ετών. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Απριλίου Μαΐου και Ιουνίου του 2017 και πήραν συνολικά μέρος 30 μητέρες από την Αθήνα. Βασική μονάδα του δείγματος αποτέλεσε ο επίσημος δημόσιος φορέας των ΚΕΔΔΥ Β' Αθηνών. Τα Κριτήρια επιλογής δείγματος είναι η ύπαρξη καταγεγραμμένων στοιχείων ΔΕΠΥ και Μαθησιακών Δυσκολιών από τους γονείς στις αιτήσεις συμπλήρωσης για την εξέταση του παιδιού από την συγκεκριμένη δομή και τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν ανώνυμα.

Η ηλικία των μητέρων κυμαίνεται από 29 μέχρι 52 έτη με μέση τιμή 42,23 (Τ.Α.= 5,06), είναι κυρίως έγγαμες (77%), εργαζόμενες (73%) και έχουν από ένα έως 4 παιδιά. Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων φαίνεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1

Συχνότητες και ποσοστά για τα επίπεδα μόρφωσης του δείγματος (N=30) των μητέρων

Μορφωτικό επίπεδο	ν	%
Γυμνάσιο	5	16,70
Λύκειο	1	3,30
Τ.Ε.Ι/Α.Ε.Ι	12	40
Μεταπτυχιακό	9	30
Άλλο	3	10
Σύνολο	30	100,0

Όσον αφορά τα παιδιά του δείγματος τα 21 ήταν αγόρια και οι 9 κορίτσια. Τα παιδιά αυτά έχουν ηλικίες από 7 έως 12 ετών (Μ.Ο.= 10,43, Τ.Α.= 1,68) και φοιτούν κυρίως στις δύο τελευταίες τάξεις της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (63%). Σχετικά με

την πιθανή ΔΕΠ/Υ, πριν την επίσκεψη τους στα ΚΕΔΔΥ είχαν επισκεφτεί και άλλους ειδικούς(67%), όπως κυρίως Ιδιωτικά Κέντρα (27%).

2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της «Ελληνικής Κλίμακας αξιολόγησης της ΔΕΠΥ για γονείς» (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, Ευσταθίου, 2012) για την εξακρίβωση ύπαρξης στοιχείων ΔΕΠ/Υ στα παιδιά με βάση την εκτίμηση των μητέρων, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, ΕΓΥ-28 (General Health Questionnaire, GHQ-28, Goldberg και Hillier, 1977), το ερωτηματολόγιο μέτρησης των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ, Lazarus και Folkman, 1984) και τέλος το ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης Γονέων «Τι πιστεύω για τον εαυτό μου», (Self Esteem Scale, Rosenberg, 1965) καθώς και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά στοιχεία του παιδιού και της μητέρας του.

2.2.1 Περιγραφή ερωτηματολογίων

Αρχικά, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η «Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠΥ για γονείς». Ο στόχος της συγκεκριμένης κλίμακας αξιολόγησης είναι η ανίχνευση της πιθανότητας ύπαρξης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) σε άτομα ηλικίας από 3-23 ετών. Συμπληρώνεται από γονείς ή παιδαγωγούς και αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες βασίζονται στα κριτήρια του DSM-IV. Στην παρούσα έρευνα συμπληρώνεται από τη μητέρα. Τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής περιλαμβάνονται στις ερωτήσεις με μονή αρίθμηση, ενώ τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας στις ερωτήσεις με ζυγή αρίθμηση. Η εναλλαγή των συμπτωμάτων των δύο παραγόντων με αυτόν τον τρόπο αποφασίστηκε για να μην επηρεάζεται η απάντηση του βαθμολογητή σε κάθε ερώτηση από τις απαντήσεις του στις προηγούμενες ερωτήσεις. Οι γονείς πρέπει να προσδιορίσουν τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η αναμενόμενη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Για καθεμία από τις 18 ερωτήσεις της κλίμακας επιλέγεται ένας βαθμός ανάμεσα στο 0 και το 3 (0-3= σχεδόν ποτέ-πολύ συχνά), ανάλογα με το πόσο συχνά εμφανίζεται η συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς που περιγράφεται. Η αρχική βαθμολογία υπολογίζεται με την άθροιση των βαθμολογιών

των ερωτήσεων με μονή αρίθμηση (1,3,5,7,9,11,13,15,17) και είναι της μορφής «Διασπάται με άλλα ερεθίσματα»για την υποκλίμακα της Ελλειμματικής Προσοχής και (2,4,6,8,10,12,14,16,18) της μορφής «Χτυπάει χέρια και πόδια ή στριφογυρίζει όταν κάθεται» για την υποκλίμακα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Η αρχική συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με την άθροιση των αρχικών βαθμολογιών των δύο υποκλιμάκων. Οι αρχικές βαθμολογίες μετατρέπονται σε εκατοστιαίες τιμές βάσει του κατάλληλου προφίλ βαθμολογίας, που ορίζεται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού. Στο προφίλ σημειώνεται η αρχική τιμή κάθε κλίμακας για το φύλο του παιδιού και την ηλικία του. Η εκατοστιαία τιμή βρίσκεται στις ακραίες στήλες του προφίλ του παιδιού. Η κλίμακα αυτή έχει σταθμιστεί στα ελληνικά.

Στην συνέχεια, χορηγήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας – ΕΓΥ28». Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire- GHQ) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που δημιουργήθηκε από τους Goldberg και Hillier (1977) και μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μουτζούκη, Αδαμοπούλου, Γαρυφαλλο και Καραστεργίου (1990). Η στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Garyfallos, Karastergiou, Adamopoulou, Moutzoukis, Alagiozidou, Mala (1991). Κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων : η αρχική περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις, η δεύτερη 30, η τρίτη 28 και η τέταρτη 12 ερωτήσεις. Στην συγκεκριμένη έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η έκδοχή των 28 ερωτήσεων, η οποία έχει σχεδιαστεί για μελέτες στις οποίες ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση από όση παίρνει από μία μόνο τιμή που δείχνει τη σοβαρότητα της κλινικής κατάστασης. Επίσης, επιλέχθηκε διότι ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του δεν ξεπερνά τα πέντε λεπτά, γεγονός που το κάνει πιο εύχρηστο. Επιπλέον, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η έκδοση αυτή έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο από κάθε άλλη έκδοση, επιτρέποντας να γίνονται πιο αξιόπιστες συγκρίσεις (Jackson, 2007). Οι 28 ερωτήσεις της τρίτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν : α) την κατάθλιψη (π.χ. «Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;») β) το άγχος (π.χ. «Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;») γ) την κοινωνική δυσλειτουργικότητα (π.χ. «Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;» και δ) τα σωματικά ενοχλήματα («π.χ. Νιώθεις εξαντλημένη και κακοδιάθετη;»), με 7 ερωτήσεις ο κάθε παράγοντας. Το ΕΓΥ-28 έχει χρησιμοποιηθεί σε υγιείς πληθυσμούς και μη, και έχει επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Σύμφωνα με τη μελέτη στάθμισής του, το

όριο για τον ελληνικό πληθυσμό είναι 5 και επιτρέπει και την ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων, δηλαδή συνολική βαθμολογία (≤ 4) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ συνολική βαθμολογία (≥ 5) υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Επομένως, επιτρέπει ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων και στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών (Garyfallos, Karastergiou, Adamopoulou, Moutzoukis, Alagiozidou, Mala, 1991).

Για τον συντελεστή Cronbach's Alpha, που χρησιμοποιήθηκε, μια κλίμακα, θεωρείται εσωτερικά συνεπής, όταν οι τιμές της ξεπερνούν την τιμή 0,60. Η ανάλυση αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για τις 28 ερωτήσεις του ΕΓΥ-28 έδωσε τιμή 0,88. Η συγκεκριμένη τιμή είναι αρκετά υψηλότερη του 0,60, οπότε το ερωτηματολόγιο θεωρείται αξιόπιστο, ενώ δεν υπήρξε κάποια ερώτηση της οποίας η παράλειψη θα βελτίωνε την αξιοπιστία του.

Ακολουθεί το ερωτηματολόγιο «Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων» ή αλλιώς «ΣΑΑΚ» το οποίο διερευνά την ύπαρξη ψυχολογικών δυσκολιών που τυχόν εμφανίζουν μητέρες παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες και ΔΕΠΥ, ο τρόπος με τον οποίο η κάθε μητέρα αντιμετωπίζει το στρες της φροντίδας του παιδιού της και οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί, θεωρήθηκαν σαν παράγοντας ο οποίος μπορεί να μετριάσει ή να αυξήσει τις ψυχολογικές δυσκολίες. Η κλίμακα αναπτύχθηκε αρχικά ως ένας κατάλογος 68 θεμάτων, όπου στην συνέχεια στην ελληνική έκδοση, προσαρμοσμένη από τον Καραδήμα (1998) έχουν παραμείνει μόνο 38 ερωτήσεις και το ονόμασε κλίμακα μέτρησης «Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων» (ΣΑΑΚ). Κατά την χορήγησή της έγινε ακριβής προσδιορισμός των προβλημάτων που σχετίζονται με τις πιθανές μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού όπως συστήνεται στην βιβλιογραφία (Stone, Greenberg, Kennedy- Moore, Newman, 1991) καθώς οι στρατηγικές αντιμετώπισης μεταβάλλονται αναλόγως των συνθηκών, αλλά αποτελούν και σχετικά σταθερά γνωρίσματα (Lazarus, 1991). Η κλίμακα περιλαμβάνει τους εξής παράγοντες: 1. «Θετική προσέγγιση», όπως «Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων» και «Έβρισκα μια- δυο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα» που αποτελείται συνολικά από 11 ερωτήσεις, 2. «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», της μορφής «Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω» με 6 ερωτήσεις, 3. «Ευχολογία / Ονειροπόληση», όπως «Προσευχόμουν» αλλά και «Ηλπίζα πως θα γίνει ένα θαύμα», με 8 ερωτήσεις, 4. «Αποφυγή/ Διαφυγή», όπως «Προσπαθούσα να το ξεχάσω

δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο» και «Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και περίμενα» με 9 ερωτήσεις και τέλος 5. «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» της μορφής «Ξεσπούσα στους άλλους» με 4 ερωτήσεις. Οι παράγοντες 1., 3. και 4. του ερωτηματολογίου έχουν από δυο υποκλίμακες ο καθένας τους. Ο παράγοντας 1. «Θετική προσέγγιση» έχει τις υποκλίμακες, Θετική επαναξιολόγηση και Επίλυση προβλήματος, ο παράγοντας 3. «Ευχολογία / Ονειροπόληση» έχει ως υποκλίμακες, Ευχολογία και Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας και τέλος, ο παράγοντας 4. «Αποφυγή/ Διαφυγή» έχει ως υποκλίμακες Παραίτηση και Άρνηση (βλ. παραπάνω παραδείγματα).

Στο εργαλείο, η κλίμακα των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3 και μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει συχνότερη χρήση των ΣΑΑΚ. Οι μητέρες για να απαντήσουν στις ερωτήσεις μπορούν να επιλέξουν μεταξύ τεσσάρων απαντήσεων (Ποτέ =0, Σπάνια =1, Μερικές Φορές=2, Συχνά=3). Όλες οι ερωτήσεις φορτίζουν θετικά, οπότε δεν χρειάζεται μετατροπή.

Για τα 38 στοιχεία του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ, ο συντελεστής Cronbach Alpha είναι 0,76, τιμή που το καθιστά εσωτερικά συνεπές. Καμία ερώτηση δε θα βελτίωνε την αξιοπιστία του δείγματος αν παραλειπόταν.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης Γονέων «Τι πιστεύω για τον εαυτό μου», Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965). Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο Rosenberg, κλίμακα αυτοεκτίμησης, SelfEsteemScale (1965), σε μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά από την Ε. Μακρή – Μπότσαρη. Περιέχει 10 ερωτήσεις που ερευνούν την αυτοεκτίμηση των ενηλίκων μετρώντας θετικά και αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό. Η αυτοεκτίμηση ορίζεται από τον Rosenberg ως η θετική ή αρνητική στάση του ατόμου προς τον εαυτό του (Rosenberg, 1965). Το ερωτηματολόγιο μετράται σε κλίμακα Likert, «συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «διαφωνώ», και «διαφωνώ απόλυτα», και ο εξεταζόμενος καλείται να επιλέξει την απάντηση που τον αντιπροσωπεύει περισσότερο. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι σύντομες προτάσεις της μορφής «Αισθάνομαι ότι ως άτομο αξίζω όσο οι άλλοι» και προσανατολίζονται ως προς τις ιδιότητες και τα συναισθήματα του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως στην ερευνητική πρακτική (Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Βαθμολόγηση: Οι ερωτήσεις 2, 5, 6, 8, 9 βαθμολογούνται αντίστροφα. Στην συνέχεια η διαβάθμιση βαθμολογείται ως εξής: «συμφωνώ απόλυτα»=4, «συμφωνώ»=3, «διαφωνώ»=2, και «διαφωνώ απόλυτα»=1. Στο τέλος

αθροίζονται όλοι οι βαθμοί από κάθε ερώτηση. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερη αυτοεκτίμηση.

Ο συντελεστής Alpha για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι πολύ χαμηλός (Cronbach's Alpha = 0,1). Προκύπτει λοιπόν, ότι από τις 10 ερωτήσεις αν παραλείπονταν η πρώτη και η πέμπτη θα αυξανόταν ιδιαίτερα ο συντελεστής Alpha και κατ' επέκταση η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Επιπλέον, κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια ένα ακόμα σύντομο ερωτηματολόγιο, προκειμένου να διερευνηθούν τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που συμμετέχουν στο δείγμα της έρευνας. Αποτελείται από δύο μέρη με συνολικά 11 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 6 πρώτες αφορούν το πρώτο μέρος και τα δημογραφικά στοιχεία του παιδιού (φύλο, ηλικία, τάξη φοίτησης, σειρά και αριθμός γέννησης στην οικογένεια και ηλικίες των άλλων παιδιών, αν υπάρχουν) και οι ακόλουθες 5 το δεύτερο με τα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και επίσκεψη του παιδιού σε άλλο ειδικό/δομή, ή όχι).

Κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί πως το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα έντυπο ενημέρωσης, το οποίο πληροφορούσε τη μητέρα για τους σκοπούς της έρευνας, ότι η συμπλήρωση του θα γινόταν ανώνυμα, τον φορέα διεξαγωγής της έρευνας καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια και την υπεύθυνη επόπτρια καθηγήτρια της έρευνας.

2.2.2 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού IBM SPSS Statistics for Windows 21.

Η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στα ερωτηματολόγια θεωρήθηκε συνεχής μεταβλητή, ενώ τα ίδια τα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν για την αξιοπιστία τους με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου Cronbach's Alpha.

Τα περιγραφικά στατιστικά του δείγματος ελέγχθηκαν και για όσες μεταβλητές κρίθηκε απαραίτητο. Ελέγχθηκε η κατανομή, η ομοιογένεια και η ύπαρξη οριακών τιμών των στοιχείων τους.

Για τις κατηγορικές μεταβλητές δόθηκε η επικρατούσα τιμή και οι συχνότητες, ενώ για τις συνεχείς η μέση τιμή με την τυπική απόκλιση, το ανώτατο και το κατώτατο όριο, καθώς και τις τιμές των τεταρτημορίων. Χρησιμοποιήθηκαν οι

έλεγχοι OneSampleKolmogorov-Smirnov για την κανονικότητα, Levene's test για την ομοιογένεια και τα θηκογράμματα για τις οριακές τιμές.

Η ανάλυση της διαφοράς των μέσων τιμών έγινε είτε με One-wayANOVA και τον διορθωτικό συντελεστή σημαντικότητας Welch, όπου κρίθηκε απαραίτητο, είτε με two-wayANOVA. Για μη κανονικά δεδομένα εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal- Wallis. Στις περιπτώσεις που εντοπίστηκε διαφορά ο έλεγχος Tukey HSD χρησιμοποιήθηκε για περαιτέρω ανάλυση.

Η συσχέτιση των παραγόντων έγινε με συντελεστή Pearson και για μη κανονικά δεδομένα με συντελεστή Spearman.

Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ανάλυση της εμφάνισης ΔΕΠ/Υ

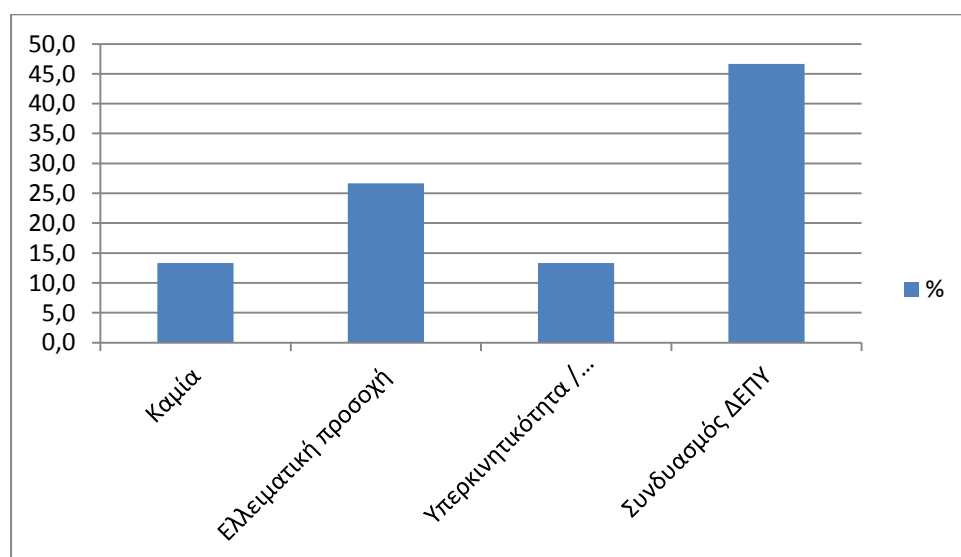
Η ανάλυση των συχνοτήτων εμφάνισης Ελλειμματικής Προσοχής (ΕΡ), Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας (ΥΡ_Ρ) και Συνδυασμένου Τύπου ΔΕΠ/Υ (S_DEPY) σύμφωνα με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου «Κλίμακα Αξιολόγησης ΔΕΠ/Υ για γονείς» από τις 30 μητέρες του δείγματος έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα. (Πίνακας 2.)

Πίνακας 2

Συχνότητες και ποσοστά των υποτύπων ΔΕΠΥ στο δείγμα (N=30) των μητέρων

Υπότυπος ΔΕΠΥ	ν	%
Καμία	4	13,30
Ελλειμματική προσοχή	8	26,70
Υπερκινητικότητα / Παρόρμητικότητα	4	13,30
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	14	46,70
Σύνολο	30	100

Παρατηρήθηκε λοιπόν, μεγαλύτερο πλήθος παιδιών με πιθανή εμφάνιση Συνδυασμένου Τύπου ΔΕΠ/Υ, ενώ είναι λίγες οι περιπτώσεις που εμφάνιζαν μόνο Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα (Γράφημα 1.)



Γράφημα 1. Γραφική παράσταση ποσοστού εμφάνισης της κάθε κατηγορίας ΔΕΠΥ στο δείγμα (N=30) των μητέρων.

3.2 Εκτίμηση της επίδρασης ΔΕΠ/Υ στην ψυχική υγεία των μητέρων.

Αρχικά, εξετάστηκε αν υπάρχει διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία των μητέρων μεταξύ των υποκατηγοριών ΔΕΠ/Υ. Η ψυχική υγεία των μητέρων κρίθηκε με βάση τις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ΕΓΥ-28: α) σωματικά ενοχλήματα, β) άγχος, γ) κοινωνική δυσλειτουργικότητα και δ) κατάθλιψη, εφαρμόζοντας μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (one-wayANOVA) για καθεμία από αυτές. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή θεωρήθηκε το είδος ΔΕΠ/Υ, ενώ ως εξαρτημένη η βαθμολογία των μητέρων σε καθεμιά από τις υποκλίμακες του ΕΓΥ-28. Η εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε συνεχής.

Τα περιγραφικά στατιστικά της κατηγορίας σωματικά ενοχλήματα δίνονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Σωματικά ενοχλήματα ανά τους υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	2,00	0,82
Ελλειμματική προσοχή	3,25	2,82
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	7,00	4,97
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	6,93	4,07
Σύνολο	5,30	4,04

Ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, έδειξε ότι τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή. Ωστόσο, ο έλεγχος Levene's F για την ομοιογένεια της διακύμανσης έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη συνθήκη ($p=0,037$), οπότε εφαρμόστηκε ο διορθωτικός συντελεστής Welch. Η μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά $Welch's F(3,977)= 6,26$, $p=0,012$ στα σωματικά ενοχλήματα που παρουσίαζαν οι μητέρες ανάλογα με τον τύπο ΔΕΠ/Υ των παιδιών. Ωστόσο σε δεύτερο επίπεδο ο έλεγχος Tukey HSD δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, ανάλογα με τον τύπο ΔΕΠ/Υ.

Όσον αφορά τις κατηγορίες Άγχος και Κοινωνική Δυσλειτουργικότητα τα περιγραφικά στατιστικά τους δίνονται στους Πίνακες 4. και 5. , αντίστοιχα.

Πίνακας 4

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Άγχος ανά τους υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	2,25	2,06
Ελλειμματική προσοχή	5,63	2,45
Υπερκινητικότητα / Παρόρμητικότητα	4,25	1,71
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	7,43	3,11
Σύνολο	5,83	3,14

Πίνακας 5

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Κοινωνική δυσλειτουργικότητα ανά τους υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	5,75	2,50
Ελλειμματική προσοχή	5,75	2,32
Υπερκινητικότητα / Παρόρμητικότητα	8,50	2,38
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	6,79	3,79
Σύνολο	6,60	3,13

Τα δεδομένα και των δύο κατηγοριών ακολουθούν κανονική κατανομή (Kolmogorov-Smirnov) και είναι ομοιογενή ως προς τη διακύμανση (Levene's statistic). Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος των μητέρων $F(3,26)=4,47$, $p=0,012$, ανάλογα με την κατηγορία ΔΕΠ/Υ, αντίστοιχη της οποίας δεν υπάρχει για τον παράγοντα κοινωνική δυσλειτουργικότητα $F(3,26)=0,788$, $p=0,512$. Ειδικότερα, για τον παράγοντα Άγχος ο έλεγχος Tukey HSD έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ και εκείνων με παιδιά χωρίς κάποια διαταραχή.

Τέλος, ο παράγοντας κατάθλιψη δεν ακολουθεί, οριακά, κανονική κατανομή, οπότε και εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal- Wallis. Ο έλεγχος δεν

έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά $\chi^2 (3)=1,79$, $p= 0,618$ με μέση κατάταξη βαθμολογίας 15,13 για την «EP», 13,38 για την «YP_P» και 17,39 για τον «S_DEPY»

3.3 Συσχέτιση παραγόντων EGY-28

Στα πλαίσια του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας ερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση των παραγόντων του για καθεμιά από τις κατηγορίες ΔΕΠ/Υ. Για την συσχέτιση αυτή επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος του Spearman, καθώς τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Οι τιμές του συντελεστή Spearman's rho κυμαίνονται από -1 έως 1, με το 1 να αντιστοιχεί σε απόλυτα θετική συσχέτιση και το -1, σε απόλυτα αρνητική, εφόσον ο έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός στο επίπεδο εμπιστοσύνης 0,05.

Τα αποτελέσματα για τις μητέρες παιδιών με πιθανή Ελλειμματική Προσοχή δίνονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6

Συντελεστής συσχέτισης Spearman των παραγόντων EGY για τις μητέρες παιδιών με Ελλειμματική Προσοχή

Παράγοντες EGY	1	2	3	4
1. Σωματικά ενοχλήματα	1			
2. Άγχος	0,59	1		
3. Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	0,36	0,16	1	
4. Κατάθλιψη	-0,23	0,19	0,23	1

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται ότι κανένας έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων δεν έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Αντίστοιχα, ερευνήθηκε η συσχέτιση των παραγόντων για τις μητέρες παιδιών με πιθανή Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα, η οποία δεν έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, εκτός από τη σχέση Κοινωνικής Δυσλειτουργικότητας και Κατάθλιψης. Η σχέση αυτή εμφάνισε ισχυρότατη θετική συσχέτιση ($r_s(10)=1$, $p=0,01$) (Πίνακας 7.)

Πίνακας 7

Συντελεστής συσχέτισης Spearman των παραγόντων ΕΓΥ για τις μητέρες παιδιών με Υπερκινητικότητα /Παρορμητικότητα

Παράγοντες ΕΓΥ	1	2	3	4
1. Σωματικά ενοχλήματα	1			
2. Άγχος	0,40	1		
3. Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	0,63	0,94	1	
4. Κατάθλιψη	0,63	0,94	1,00**	1

** $p < 0,01$

Τέλος, ελέγχθηκε η συσχέτιση και για τις μητέρες με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον παρακάτω Πίνακα (Πίνακας 8.)

Πίνακας 8

Συντελεστής συσχέτισης Spearman των παραγόντων ΕΓΥ για τις μητέρες παιδιών με Συνδυασμό ΔΕΠΥ

Παράγοντες ΕΓΥ	1	2	3	4
1. Σωματικά ενοχλήματα	1			
2. Άγχος	0,14	1		
3. Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	0,63*	0,19	1	
4. Κατάθλιψη	0,62*	0,28	0,70**	1

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Προκύπτει λοιπόν, ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των σωματικών ενοχλημάτων και της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, η οποία είναι στατιστικά σημαντική ($r_s(10) = 0,63$, $p = 0,017$). Επίσης, ισχυρή θετική συσχέτιση στατιστικά σημαντική, δίνουν η σχέση μεταξύ των Σωματικών ενοχλημάτων και Κατάθλιψης ($r_s(10) = 0,62$, $p = 0,018$) και η αλληλεπίδραση Κοινωνικής δυσλειτουργικότητας –Κατάθλιψης ($r_s(10) = 0,70$, $p = 0,008$).

3.4 Εκτίμηση της επίδρασης ΔΕΠ/Υ στις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων καταστάσεων

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας ελέγχθηκε αν υπάρχει διαφοροποίηση στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι μητέρες ανάμεσα στις υποκατηγορίες ΔΕΠ/Υ. Οι

στρατηγικές των μητέρων κρίθηκαν με βάση τους πέντε παράγοντες του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ : α) «Θετική προσέγγιση», β) «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», γ) «Ευχολογία / Ονειροπόληση», δ) «Αποφυγή/ Διαφυγή», ε) «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» , εφαρμόζοντας μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (one-wayANOVA) για καθέναν από αυτούς. Ανεξάρτητη μεταβλητή θεωρήθηκε ο υπότυπος της ΔΕΠ/Υ, ενώ εξαρτημένη η βαθμολογία των μητέρων σε καθέναν από τους παράγοντες. Η εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε συνεχής.

Τα περιγραφικά στατιστικά και για τους πέντε παράγοντες δίνονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9

Μέσοι όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Διάμεσοι για τους παράγοντες ΣΑΑΚ

Παράγοντες ΣΑΑΚ	Μ.Ο.	Τ.Α.	Δμ
Θετική προσέγγιση	23,60	6,76	24,50
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	12,17	3,14	12,00
Ευχολογία	13,50	4,56	15,00
Αποφυγή	14,50	4,55	15,00
Διεκδικητική επίλυση	6,27	1,62	6,50

Ο έλεγχος κανονικότητας (Kolmogorov-Smirnov) και ο έλεγχος (Levene'sF) για την ομοιογένεια της διακύμανσης έδειξαν κανονική κατανομή και ομοιογένεια και για τους πέντε παράγοντες. Η ανάλυση διακύμανσης (one-wayANOVA) για την «Θετική προσέγγιση», την «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και την «Αποφυγή/ Διαφυγή» έδωσε μη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποτύπων ΔΕΠ/Υ με $F(3,26)=0,26$, $p=0,856$ για την «Θετική προσέγγιση» (Πίνακας 10) $F(3,26)=1,44$, $p=0,254$ για την «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» (Πίνακας 11) και $F(3,26)=1,36$, $p=0,277$ για την «Αποφυγή/Διαφυγή». (Πίνακας 12) Δεδομένης της έλλειψης στατιστικά σημαντικού αποτελέσματος δεν έγινε έλεγχος σε επόμενο επίπεδο.

Πίνακας 10

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Θετική προσέγγιση ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	25,25	1,26
Ελλειμματική προσοχή	24,75	7,42
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	22,00	7,87
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	22,93	7,40
Σύνολο	23,60	6,76

Πίνακας 11

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	12,25	2,06
Ελλειμματική προσοχή	13,63	2,26
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	9,75	2,22
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	12,00	3,74
Σύνολο	12,17	3,14

Πίνακας 12

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Αποφυγή/Διαφυγή ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	15,00	2,83
Ελλειμματική προσοχή	12,13	5,06
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	13,50	7,00
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	16,00	3,61
Σύνολο	14,50	4,55

Όσον αφορά του παράγοντα «Ευχολογία/ Ονειροπόληση» τα περιγραφικά στατιστικά του δίνονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Ευχολογία / Ονειροπόληση ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	15,00	5,10
Ελλειμματική προσοχή	9,50	5,07
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	15,50	1,29
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	14,79	3,56
Σύνολο	13,50	4,56

Για τον συγκεκριμένο παράγοντα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποτύπων ΔΕΠ/Υ ($F(3,26)=3,57$, $p=0,028$) και συγκεκριμένα σύμφωνα με τον έλεγχο Tukey HSD, η διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ των μητέρων παιδιών με Ελλειμματική προσοχή (M.O.=9.5, T.A.= 5.07) και εκείνων με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ/Υ (M.O.=14.79, T.A.=3,56)

Τέλος, από την ανάλυση διασποράς για τον παράγοντα «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($F(3,26)=4,40$, $p=0,013$) μεταξύ των υποκατηγοριών ΔΕΠ/Υ (Πίνακας 14). Φαίνεται πως οι μητέρες με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ/Υ καταφεύγουν περισσότερο σε μια διεκδικητική επίλυση του προβλήματος από εκείνες των παιδιών με Υπερκινητικότητα Παρορμητικότητα (M.O.=2,64, T.A.=0,79) όπως έδειξε ο Έλεγχος Tukey HSD.

Πίνακας 14

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Διεκδικητική επίλυση προβλήματος ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	5,75	1,50
Ελλειμματική προσοχή	5,88	0,99
Υπερκινητικότητα / Παρορμητικότητα	4,50	1,29
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	7,14	1,56
Σύνολο	6,27	1,62

3.5 Συσχέτιση παραγόντων ΣΑΑΚ

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ελέγχθηκε και ως την συσχέτιση που μπορεί να εμφάνιζαν οι παράγοντες της για τις διαφορετικές κατηγορίες ΔΕΠ/Υ. Τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή οπότε χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του Pearson. Ο Pearson's rho έχει εύρος τιμών από -1 έως 1. Οι τιμές αυτές αντιστοιχούν στην απόλυτα αρνητική και απόλυτα θετική συσχέτιση. Εφόσον ο έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός στο επίπεδο εμπιστοσύνης 0,05.

Τα αποτελέσματα για τις μητέρες παιδιών με πιθανή Ελλειμματική Προσοχή δίνονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15

Συντελεστής συσχέτισης Pearson των παραγόντων ΣΑΑΚ για τις μητέρες παιδιών με πιθανή Ελλειμματική Προσοχή

Παράγοντες ΣΑΑΚ	1	2	3	4	5
1. Θετική προσέγγιση	1				
2. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,27	1			
3. Ευχολογία/Ονειροπόληση	-0,24	0,69	1		
4. Αποφυγή/Διαφυγή	-0,41	-0,17	0,38	1	
5. Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	-0,30	0,23	0,64	0,35	1

Παρατηρείται ότι κανένας έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων δεν έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα

Παράλληλα ούτε για τις μητέρες παιδιών με πιθανή Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα η συσχέτιση των παραγόντων ΣΑΑΚ δεν ήταν στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 16)

Πίνακας 16.

Συντελεστής συσχέτισης Pearson των παραγόντων ΣΑΑΚ για τις μητέρες παιδιών με Υπερκινητικότητα/Παρόρμηση

Παράγοντες ΣΑΑΚ	1	2	3	4	5
1. Θετική προσέγγιση	1				
2. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,17	1			
3. Ευχολογία/Ονειροπόληση	0,20	0,76	1		
4. Αποφυγή/Διαφυγή	-0,86	0,20	0,33	1	
5. Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,49	0,29	0,80	-0,04	1

Ωστόσο τα ευρήματα είναι διαφορετικά για τις μητέρες με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ (Πίνακας 17).

Πίνακας 17

Συντελεστής συσχέτισης Pearson των παραγόντων ΣΑΑΚ για τις μητέρες παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ

Παράγοντες ΣΑΑΚ	1	2	3	4	5
1. Θετική προσέγγιση	1				
2. Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,79**	1			
3. Ευχολογία/ Ονειροπόληση	0,30	0,62*	1		
4. Αποφυγή/Διαφυγή	-0,52	-0,37	0,23	1	
5. Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,04	-0,07	0,16	0,20	1

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Σε αυτήν την κατηγορία υπήρξε πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ «Ευχολογίας/Ονειροπόλησης» και «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ($r(10)=0,79$, $p=0,001$). Ισχυρή φαίνεται να είναι και η σχέση ανάμεσα στην «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» και την «Θετική προσέγγιση» ($r(10)=0,62$, $p=0,017$).

3.6 Μορφωτικό επίπεδο και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων.

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν και στοιχεία σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των 30 μητέρων που απάντησαν στα ερωτηματολόγια ΣΑΑΚ. Ελέγχθηκε λοιπόν αν οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου ΣΑΑΚ που παρουσίασαν

οι μητέρες διαφέρουν ως προς τους παράγοντες των ΣΑΑΚ που χρησιμοποιούν σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Τα δεδομένα πληρούν τις προϋποθέσεις κανονικότητας (Kolmogorov-Smirnov) και ομοιογένειας (Levene's) οπότε ελέγχθηκε διπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης για τον έλεγχο (two-wayANOVA). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($F(16,125)=1,60, p=0,078$) στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων από τις μητέρες σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Έλεγχος σε επόμενο επίπεδο δεν έγινε μια που το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. (Πίνακας 18)

Πίνακας 18

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις των παραγόντων ΣΑΑΚ ανά το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων του δείγματος (N=30)

Παράγοντες ΣΑΑΚ		M.O.	T.A.
Θετική προσέγγιση	Γυμνάσιο	24,40	4,16
	Λύκειο	9,00	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	22,33	7,73
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	26,78	3,38
	Άλλο	22,67	9,45
	Σύνολο	23,60	6,76
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	Γυμνάσιο	12,00	1,87
	Λύκειο	15,00	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	11,92	2,84
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	13,89	2,15
	Άλλο	7,33	4,51
	Σύνολο	12,17	3,14
Ευχολογία	Γυμνάσιο	14,80	3,96
	Λύκειο	17,00	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	13,58	2,11
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	12,67	7,04
	Άλλο	12,33	5,69
	Σύνολο	13,50	4,56
Αποφυγή	Γυμνάσιο	13,80	2,95
	Λύκειο	17,00	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	15,92	4,14
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	12,89	5,30
	Άλλο	14,00	6,93
	Σύνολο	14,50	4,55
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	Γυμνάσιο	6,20	0,84
	Λύκειο	7,00	

	ΤΕΙ/ΑΕΙ	5,58	1,51
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	6,89	1,69
	Άλλο	7,00	2,65
	Σύνολο	6,27	1,61
Σύνολο	Γυμνάσιο	14,24	6,62
	Λύκειο	13,00	4,69
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	13,87	6,88
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	14,62	7,84
	Άλλο	12,67	7,93
	Σύνολο	14,01	7,13

3.7 Αυτοεκτίμηση και παρουσία ΔΕΠΥ

Η κλίμακα της αυτοεκτίμησης θεωρήθηκε συνεχής μεταβλητή και τα περιγραφικά της στατιστικά φαίνονται στον Πίνακα 19. Χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ ο υπότυπος ΔΕΠ/Υ ως ανεξάρτητη για να διεξαχθεί μονοπαραγοντική ανάλυση διασποράς (one-wayANOVA), καθώς πληρούνται οι προϋποθέσεις κανονικότητας και ομοιογένειας. Προέκυψε λοιπόν, ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($F(3,26)=1,68$, $p=0,196$) μεταξύ των υποτύπων ΔΕΠ/Υ, ως προς την αυτοεκτίμηση των μητέρων και γι' αυτό δεν έγινε έλεγχος Tukey HSD.

Πίνακας 19

Μέσοι όροι και Τυπικές Αποκλίσεις για τον παράγοντα Αυτοεκτίμηση ανά τους Υπότυπους ΔΕΠΥ

Υπότυπος ΔΕΠΥ	M.O.	T.A.
Καμία	25,50	1,91
Ελλειμματική προσοχή	26,13	1,46
Υπερκινητικότητα / Παρόρμητικότητα	26,75	1,50
Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ	27,93	2,90
Σύνολο	26,97	2,41

4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο επηρεάζεται η ψυχική υγεία μητέρων παιδιών με πιθανή ΔΕΠΥ και ΜΔ, εάν οι τρόποι που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων είναι επιτυχείς, αλλά και το πόσο οι ίδιες εκτιμούν τον εαυτό τους. Αφορμή για την έρευνα αυτή ήταν τα στοιχεία προηγούμενων διεθνών ερευνών, που υποστηρίζουν ότι η ψυχική υγεία και η αυτοεκτίμηση αυτών των μητέρων επηρεάζεται σημαντικά από την κλινική και μαθησιακή εικόνα των παιδιών τους και ότι χρησιμοποιούν μη αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης και διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων.

Γενικά και βασιζόμενοι στις υποθέσεις διαπιστώθηκε ότι: Οι μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠΥ και Μ.Δ εμφανίζουν σε όλες τις υποκλίμακες του ΕΓΥ-28 υψηλή ψυχοπαθολογία εκτός της υποκλίμακας της Κατάθλιψης και οι μητέρες παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους, συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών μόνο με Ελλειμματική Προσοχή ή μόνο με Υπερκινητικότητα. Επίσης, φάνηκε πως τείνουν να χρησιμοποιούν επιτυχημένες στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ). Οι μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην χρήση των ΣΑΑΚ. Οι δυο υποομάδες έτειναν να καταφεύγουν σε όλες τις τεχνικές με την ίδια συχνότητα. Τέλος, οι μητέρες παιδιών με πιθανή ΔΕΠΥ και Μ.Δ δεν εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (S.E.S). Αντιθέτως, τα αποτελέσματα έδειξαν στο σύνολό τους πολύ υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης για όλο το δείγμα των μητέρων.

Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν 30 μητέρες παιδιών που κυρίως φοιτούν στις τελευταίες τάξεις της Δημοτικής εκπαίδευσης (63,4%), οι οποίες δεν ισοκατανέμονται στους τρεις υπότυπους ΔΕΠ/Υ. Έτσι λοιπόν, η έρευνα έδειξε ότι, ως

επί το πλείστον, ανήκουν στον υπότυπο με Συνδυαστικό τύπο ΔΕΠ/Υ (46,7%), ενώ ο υπότυπος με το μικρότερο ποσοστό εμφάνισης είναι εκείνος των παιδιών με Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα(13,3%).

Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων έδειξε ότι στο σύνολο των 30 μητέρων, οι 21 είχαν αγόρια και οι 9 κορίτσια. Τα αγόρια υπερτερούν αρκετά των κοριτσιών, γεγονός που επαληθεύει τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σύμφωνα με τα οποία τα αγόρια εμφανίζουν μία τάση υπεροχής στην συχνότητα εκδήλωσης μαθησιακών δυσκολιών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών, όπως η ΔΕΠ/Υ, έναντι των κοριτσιών (Παντελιάδου, Karande και συν. 2009, Biederman και συν., 2002· Voeller, 2004· Arnold, 1996).

Στην συνέχεια, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων για το ερωτηματολόγιο ΕΓΥ-28 φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών υποτύπων ΔΕΠ/Υ για τους παράγοντες Σωματικά ενοχλήματα και Άγχος. Προκύπτει, λοιπόν, ότι ο Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠ/Υ είναι πιο αγχογόνος για τις μητέρες (M.O.=7,43,T.A.=3,17) από την Ελλειμματική Προσοχή (M.O.=5,63,T.A.=2,45) ή του Υπερκινητικού-Παρορμητικού Τύπου (M.O.=4,25,T.A.=1,71). Ο συνδυασμός των εξωτερικευμένων, αλλά και εσωτερικευμένων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ/Υ δημιουργεί υψηλότερα επίπεδα άγχους στις μητέρες, οι οποίες δεν μπορούν να διαχειριστούν την υπερκινητική παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών τους παράλληλα με τα στοιχεία της ελλειμματικής προσοχής που παρουσιάζουν. Νιώθουν «αβοήθητες», προσπαθούν να ανταπεξέλθουν και αμφιβάλλουν τον γονικό τους ρόλο, παρουσιάζοντας αισθήματα απογοήτευσης και παραίτησης (Brock και Shute 2001, Wikler,1981)

Η εικόνα για τα Σωματικά ενοχλήματα είναι λίγο διαφορετική, καθώς η κατηγορία των μητέρων με παιδιά με Υπερκινητικό/Παρορμητικό τύπο φαίνεται να τα εμφανίζει εντονότερα (M.O.=7,T.A.= 4,97). Ακολουθεί με πολύ μικρή διαφορά η κατηγορία μητέρων με παιδιά με Συνδυαστικό τύπο ΔΕΠ/Υ (M.O.=6,93,T.A.=4,07), ενώ για τις μητέρες παιδιών με Ελλειμματική Προσοχή τα σωματικά ενοχλήματα δεν φαίνεται να είναι παθογόνος παράγοντας (M.O.=3,25, T.A.=2,82) (M.O. πολύ μικρότερος του ορίου των 5 μονάδων). Οι περισσότερες έρευνες που μελετάνε το στρες που βιώνουν οι γονείς παιδιών με διαταραχές και Μαθησιακές ή άλλου τύπου δυσκολίες, δείχνουν ότι έχουν υψηλά επίπεδα άγχους που κάποιες φορές μπορεί και να σωματοποιείται, το οποίο όμως μπορεί να εξαρτάται από ποικίλες μεταβλητές που

να σχετίζονται με την λειτουργικότητα της οικογένειας, αλλά και με την σοβαρότητα της εκάστοτε διαταραχής ή δυσκολίας του παιδιού τους (Smith,2001,Anastopoulos και συν. 1992)

Παράλληλα μελετήθηκε και η συσχέτιση των παραγόντων ψυχικής υγείας μεταξύ τους. Προέκυψε ότι για τις μητέρες παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στα «Σωματικά ενοχλήματα» και την «Κοινωνική δυσλειτουργικότητα». Όσο αυξάνονται τα σωματικά ενοχλήματα, τόσο πιο έντονη γίνεται η κοινωνική δυσλειτουργικότητα των μητέρων. Πιθανότατα η σωματική δυσχέρεια να μειώνει την ψυχική διάθεση ή και την πρακτική δυνατότητα για κοινωνικοποίηση. Έτσι, φαίνεται λογική και η ισχυρή συσχέτιση της με την κατάθλιψη. Η μείωση της κοινωνικότητας των μητέρων παιδιών με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ επιδρά στην ψυχολογία τους και την επιβαρύνει ως τα όρια της κατάθλιψης. Σε αυτό το συμπέρασμα συνηγορεί και η ισχυρότατη συσχέτιση Κοινωνικής Δυσλειτουργικότητας και Κατάθλιψης στις μητέρες παιδιών με Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα. Ουσιαστικά, σωματικά προβλήματα, κοινωνική δυσλειτουργικότητα και κατάθλιψη φαίνεται να δημιουργούν μεταξύ τους ισχυρή σχέση αιτίας-αποτελέσματος για τις μητέρες με παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ/Υ, κάτι που επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία και από πλήθος αντίστοιχων μελετών (Anastopoulos και συν. 1992; Hassall, Rose, McDonald, 2005; Pettersson-Roll και Mattson,2007; Matud, 2004)

Όσον αφορά το κομμάτι της έρευνας που αφορά τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, στατιστικά σημαντική διαφορά είχαμε για τους παράγοντες «Ευχολογία/Ονειροπόληση» και «Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος». Φαίνεται, δηλαδή, ότι η διαφορά στις υποκατηγορίες ΔΕΠ/Υ έχει επίδραση στην ανάγκη των μητέρων να ονειρεύονται το καλύτερο αλλά και στην αποφασιστικότητά τους να λάβουν δραστικά μέτρα για την επίλυση του προβλήματος.

Πιο αναλυτικά, οι μητέρες με Συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ/Υ ή Υπερκινητικό/Παρορμητικό τύπο, δεν παρουσιάζουν στατιστικά μεγάλη διαφορά. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται σε κοινωνικούς παράγοντες, αλλά μπορεί να οφείλεται και στην ψυχική τους υγεία καθώς είναι οι ίδιες που εμφανίζουν σωματικά προβλήματα και άγχος.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι τρεις κατηγορίες ΔΕΠ/Υ δεν διαφέρουν στατιστικά ως προς την έντονη τάση να προσεγγίζουν την κατάσταση θετικά, κάτι

που δεν ακολουθεί τα ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών(Sullivan,1997). Μάλιστα, σύμφωνα με τον Lazarus και Folkman, ο μη αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισης των καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση περισσότερου άγχους και μιας χρόνιας απελπισίας.

Επικεντρώνοντας στις μητέρες παιδιών με Συνδυαστικό τύπο ΔΕΠ/Υ προέκυψε ότι είναι οι μόνες που εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των τρόπων που επέλεξαν για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Οι σχέσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ των παραγόντων ΣΑΑΚ είναι δύο: (α) «Ευχολογία/Ονειροπόληση»- «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», (β) «Θετική προσέγγιση»- «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.»

Φαίνεται, λοιπόν, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η «Θετική προσέγγιση» των αγχογόνων καταστάσεων από την μητέρα τόσο, αυξάνεται και η συχνότητα αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Η σχέση αυτή ισχύει και αντίστροφα. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων φαίνεται λογική, καθώς η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης από το άτομο που αντιμετωπίζει μια αγχογόνα κατάσταση θεωρείται μια θετική προσέγγιση επίλυσης της κατάστασης. Σύμφωνα με τον Καραδήμα και οι δυο αυτές κατηγορίες στρατηγικών είναι επιτυχημένες στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, ωστόσο αυτό δεν φάνηκε τόσο στα αποτελέσματα αναφορικά με το άγχος.

Αξιοσημείωτη είναι και η σχέση «Ευχολογίας/Ονειροπόλησης»- και «Αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης». Η έρευνα έδειξε ότι για τις μητέρες με Συνδυαστικό ΔΕΠ/Υ αύξηση του παράγοντα «Ευχολογίας/Ονειροπόλησης» συνεπάγεται αύξηση στην «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης». Αρχικά, η συσχέτιση των δύο παραγόντων μοιάζει αντιφατική, καθώς τα άτομα που τείνουν να ονειροπολούν και να εύχονται για το καλύτερο δεν φθάνουν στην αναζήτηση ρεαλιστικών μεθόδων για την επίτευξη της καλύτερης επίλυσης την οποία ονειρεύονται. Ωστόσο, η συγκεκριμένη σχέση μπορεί, με μία προσεκτική ματιά, να ερμηνευτεί από την διάθεση των μητέρων να βρουν σύμμαχο στην Ευχολογία και όχι τόσο ουσιαστικούς τρόπους επίλυσης της κατάστασης. Κάτι που θα μπορούσε να αιτιολογήσει αυτό το αποτέλεσμα το οποίο δεν συμβαδίζει με την βιβλιογραφία, είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα ακόμα υπάρχουν ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί και η κοινωνική συναναστροφή, όπως και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης είναι κάτι που ακόμα και σήμερα δεν έχει διαβρωθεί, επομένως οι εκάστοτε κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες διαμορφώνουν διαφορετικά τα μέλη μιας κοινωνίας.

Γενικότερα, όμως αναφορικά με την χρήση ΣΑΑΚ φάνηκε πως οι μητέρες τείνουν να χρησιμοποιούν την «Θετική προσέγγιση» που αποτελεί μια προσαρμοστική κατηγορία στρατηγικών, απορρίπτοντας τα όσα υποστηρίζει η βιβλιογραφία, καθώς σύμφωνα με τον Καραδήμα οι μητέρες τείνουν να χρησιμοποιούν μη προσαρμοστικές στρατηγικές, κάτι που επιβαρύνει περισσότερο την υπάρχουσα αγχογόνα κατάσταση και το άτομο καταλήγει να έχει συμπτώματα χρόνιου άγχους, σημάδια κατάθλιψης και αναίτιας κόπωσης. Ωστόσο, πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε έντονα η χρήση της «Ευχολογίας /Ονειροπόλησης» και περισσότερο από τις μητέρες παιδιών Συνδυαστικού και Υπερκινητικού/Παρορμητικού τύπου, η οποία αποτελεί μια μη προσαρμοστική στρατηγική, γεγονός που υποδηλώνει και τα υψηλά επίπεδα άγχους και τα σωματικά ενοχλήματα που εμφανίζουν οι δύο αυτές υποκατηγορίες.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια να εντοπιστεί κάποια διαφορά στην επιλογή ΣΑΑΚ βάσει του Μορφωτικού επιπέδου των μητέρων. Το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται και στην έλλειψη ισοκατανομής των μητέρων στις διαφορετικές βαθμίδες μόρφωσης. Το δείγμα αποτελείται από 21 μητέρες με ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ - Μεταπτυχιακό) και από 6 μητέρες με βασική-υποχρεωτική εκπαίδευση (Γυμνάσιο – Λύκειο). Σε έρευνα των Pearson και Chan μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τις μητέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, κάτι που υποδηλώνει και την χρήση μη αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της αγχογόνας κατάστασης.

Τέλος, εξετάστηκε και η παράμετρος της αυτοεκτίμησης που εμφάνιζαν οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ/Υ. Εδώ τα αποτελέσματα ήταν σαφή· καμία μητέρα από το δείγμα των 30 δεν εμφάνισε χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ μη στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά της αυτοεκτίμησης μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών ΔΕΠ/Υ, αντίθετα από τα αποτελέσματα ποιοτικών και ποσοτικών ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας (Matud, 2004, Sullivan 1997, Durukan 2008). Μάλιστα, κάτι που παρατηρήθηκε είναι ότι ενώ οι Hassall και συν. 2005, υποστήριζαν ότι οι μητέρες με υψηλή αυτοεκτίμηση είχαν χαμηλότερο στρες στην παρούσα έρευνα δεν φάνηκε να εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα άγχους παρόλο που τα επίπεδα αυτοεκτίμησης τους είναι πολύ υψηλά.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα της έρευνας, θα λέγαμε ότι η ψυχική υγεία των μητέρων φαίνεται να έχει διακυμάνσεις ανάλογα με την κατηγορία ΔΕΠ/Υ στην

οποία ανήκουν τα παιδιά τους, αλλά όχι ως προς την κατάθλιψη. Επίσης, ειδικότερα οι μητέρες με Συνδυαστικό τύπο ΔΕΠ/Υ, εμφανίζουν περισσότερο άγχος και φαίνεται να καταφεύγουν στους πιο ήπιους τρόπους αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και όχι στα αρνητικά ή θετικά «άκρα» της Αποφυγής/Διαφυγής ή της «Διεκδικητικής επίλυσης του προβλήματος».

Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα προέκυψαν υπό το πρίσμα του γεγονότος ότι η έρευνα έγινε σε αστικό κέντρο, με μητέρες που προέρχονται αποκλειστικά από αυτό και ότι το πλήθος του δεν ισοκατανέμεται στους διαφορετικούς υπότυπους της ΔΕΠ/Υ.

4.1 Περιορισμοί έρευνας

Αρχικά, ένας βασικός περιορισμός είναι ότι η ύπαρξη ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακών δυσκολιών, όπως έχει προαναφερθεί είναι πιθανή. Οι μητέρες των συμμετεχόντων επιλέχθηκαν πριν την ολοκλήρωση της αξιολόγησης των παιδιών τους (στον χώρο των ΚΕΔΔΥ). Γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιήθηκε αρχικά το ερωτηματολόγιο «Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ» για γονείς. Ωστόσο και πάλι τίθεται περιορισμός, καθώς όσα παιδιά τελικά αναφέρθηκαν με ΔΕΠ/Υ εντάχθηκαν σε αυτή την κατηγορία σύμφωνα με την υποκειμενική δήλωση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της μητέρας. Το ίδιο ισχύει και για τις Μαθησιακές Δυσκολίες που θεωρήθηκαν υπάρχουσες από την στιγμή που υπήρξε η προκαθορισμένη επίσκεψη για αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών του εκάστοτε παιδιού. Έτσι δεν έχει ληφθεί υπόψη ο τύπος των Μαθησιακών δυσκολιών (Διαταραχή ανάγνωσης-δυσλεξία, μαθηματικών, γραπτής έκφρασης, μεικτή κ.α.)

Στην συνέχεια, οι μητέρες μπορεί να μην απάντησαν ειλικρινά στα ερωτηματολόγια ΕΓΥ-28 και αυτοεκτίμησης (S.E.S), καθώς θίγονταν προσωπικού χαρακτήρα ερωτήσεις που ίσως να θεωρούσαν ότι δεν ήθελαν να μοιραστούν ακόμα και ανώνυμα .

Ένας ακόμα περιορισμός είναι η απουσία σύγκρισης των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες, με μια ομάδα ελέγχου με μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Επιπλέον το μικρό δείγμα των μητέρων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα μπορεί να περιόριζε την συνέπεια των αποτελεσμάτων, όπως και το ότι οι μητέρες δεν κατείχαν το ίδιο μορφωτικό και άρα κοινωνικό οικονομικό

επίπεδο, ένας παράγοντας που σίγουρα επηρεάζει τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, όπως και το ότι όλες προέρχονταν από αστικές περιοχές.

Τέλος, ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς είναι η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας, διότι κάθε παιδί με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές Δυσκολίες δεν εμφανίζει την ίδια κλινική και μαθησιακή εικόνα και επομένως δεν επηρεάζονται το ίδιο οι ισορροπίες και τα άτομα του περιβάλλοντος του. Με τον ίδιο τρόπο, ούτε κάθε μητέρα εμφανίζει την ίδια συμπεριφορά, ανοχή και αντοχή σε αγχογόνες καταστάσεις, παρότι έχει φανεί ότι ως ένα βαθμό λογικό είναι να υπάρξει κάποια συναισθηματική επιβάρυνση και επιρροή.

4.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Λαμβάνοντας τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας ως βάση για την διατύπωση προτάσεων για μελλοντική έρευνα θα λέγαμε πως θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια αντίστοιχη, όμως σε μεγαλύτερο δείγμα ελληνικού πληθυσμού και για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα με μητέρες παιδιών με διαγνωσμένη ΔΕΠ/Υ και ΜΔ από αρμόδιο Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ή ΚΕΔΔΥ. Επιπλέον, η συλλογή του δείγματος να πραγματοποιηθεί και σε μη αστικές περιοχές.

Μια έρευνα προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να συνεισφέρει στον σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων που να διευκολύνει τις μητέρες και κατ' επέκταση τους γονείς σε έναν καλύτερο τρόπο διαχείρισης της καθημερινότητας τους με ένα παιδί με ΔΕΠΥ και ΜΔ, παρέχοντας τεχνικές διαχείρισης του στρες, αλλά και την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη.

Επιπροσθέτως, με την λογική ότι η κληρονομικότητα παίζει σπουδαίο ρόλο στην μεταφορά της διαταραχής της ΔΕΠΥ αλλά και των Μαθησιακών δυσκολιών στις επόμενες γενιές, μια ενδιαφέρουσα πρόταση για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να αφορά την μελέτη μητέρων που εμφανίζουν οι ίδιες ΔΕΠΥ και ΜΔ και των παιδιών τους που να εμφανίζουν τις ίδιες δυσκολίες

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, η κλινική εικόνα, η πορεία και η πρόγνωση της ΔΕΠ/Υ, αλλά και επιπρόσθετων μαθησιακών δυσκολιών στο γυναικείο φύλο, αποτελεί από μόνο του ένα μελλοντικό πεδίο ερευνών που χρειάζεται διερεύνηση, κάτι που αναμφισβήτητα θα οδηγήσει και στην καλύτερη κατανόηση της διαταραχής.

Τέλος, αντικείμενο μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να αποτελέσει η εξέταση των πατέρων παιδιών με ΔΕΠ/Υ και Μαθησιακές δυσκολίες, και σε δεύτερο χρόνο η σύγκριση τους με τα αντίστοιχα αποτελέσματα των μητέρων, έτσι ώστε να διαπιστωθούν παράμετροι, όπως το ποιοι επηρεάζονται περισσότερο, σε ποιο βαθμό, τι τρόπους διαχείρισης της κατάστασης τείνουν να χρησιμοποιούν συγκριτικά κ.τ.λ. καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει αντίστοιχο ερευνητικό υλικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Accardo, P.J., Blondis, A., Whitman, B.Y., Stein, M. A. (2000). *Attention deficit and hyperactivity in children and adults*. New York: Marcel Dekker.
- Αλεξόπουλος, Χ. (2005). Μαθησιακές δυσκολίες και ειδικοπαιδαγωγική παρέμβαση. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), 2012
- Amador- Campos, J.A., Forns- Santacana, M., Guàrdia-Olmos & Maribel Peró- Cebollero (2006). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 23-33.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, Va.
- Arcelus, J. & Vostanis, P. (2005) Psychiatric comorbidity in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 429-434.
- Arnold, L. (1996). Sex differences in ADHD: conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-569.
- Aron A.R., & Poldrack, R. (2005). The Cognitive Neuroscience of Response Inhibition: Relevance for Genetic Research in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1285-1292.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD*. New York: Guilford
- Barkley, R.A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: What remains to be done? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 489-493.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

- Barkley, R.A., Karlsson, J., Pollard, S. & Murphy, J. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 705-715.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Bush, T. (2001). Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 15, 211-220.
- Barratt E.S. Event-Related Potential Amplitude and Impulsivity in Cocaine-Dependent Subjects *Neuropsychobiology* 2004, Vol. 50, No. 2
- Beitchman, J. H., Hood, J., & Inglis, A. (1990). Psychiatric risk in children with speech and language disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), 283-296.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. (1988). Cognitive, behavioral, and emotional problems among school-aged children of alcoholic parents. *American Journal of Psychiatry*, 145, 185-190.
- Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L., et al. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and control? *Child Neuropsychology*, 10(1), 1-13.
- Berrios, G., E. (2006). Alexander Crichton and Mind in general. *History of Psychiatry*, 17, 469-498.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237-248.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E. & Johnson, M.A. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 36-42.
- Block, G. H. (1977). Hyperactivity: a cultural perspective: *Journal of learning disabilities*, 110, 236-240.
- Bor, W., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 571-578.
- Brandley, J. D. & Golden C. J. (2001). Biological contributions to the presentation and understanding of attention deficit hyperactivity disorder. A review. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 907-929.

- Briggs-Gowam, M.J., Owens, P.L., SchwabStone, M.E., Leventhal, J.M., Leaf, P.J. & Horowitz, S. (2003). Persistence of psychiatric disorders in a pediatric setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1360-1369.
- Brock, A., Shute, R. (2001). Group coping skills program for parents of children with dyslexia and other learning disabilities. *Australian Journal of Learning Disabilities*, 6(4), pp. 15-25.
- Brocki, K.C. & Bohlin, G. (2006). Developmental change in the relation between executive functions and symptoms of ADHD and co-occurring behaviour problems. *Infant and Child Development*, 15, 1, 19-40.
- Bush, G., Valera, E., & Seidman, L. J. (2005). Functional Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Directions. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1273-1284.
- Byrne, J. M., Bawden, H. N., Beattie, T., et al. (2003). Risk for injury in preschoolers: relationship to attention deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 9(2), 142-151.
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age nine years and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(6), 891-910.
- Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.
- Carlson, C. L., Shin, M., & Booth, J. (1999). The case for DSM-IV subtypes in ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(3), 199-206.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., et al. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(7), 607-616.
- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of Attention Deficit/Hyperactivity disorder: The search of Endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 617-628.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.

- Clark, C., Prior, M. & Kinsella, G.J. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder: A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 405-414.
- Comings, D.E. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder with Tourette syndrome. In T.E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 363-392.
- Conners, C.K. (1980). *Food additives and hyperactive children*, Plenum, New York.
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health & Development*, 32(2), 193-204.
- Denney, C. B. (2001). Stimulant effects in attention-deficit hyperactivity disorder: Theoretical and Empirical Issues. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 98-109.
- Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1150-1158.
- Δόικου- Αυλίδου, Μ. (2002). Δυσλεξία. Συναισθηματικοί παράγοντες και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Douglas, V.I. (1980). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. In R. Knights & D. Bakker (Eds.), *Treatment of hyperactive and learning disordered children*, 65-92. Baltimore: University Park Press.
- Douglas, V.I. & Parry, P.A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 281-302.
- Δράκος, Γ., Δ. (1998). *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας*. Αθήνα. Περιβολακική και Ατραπός.
- Dreyer, B.P. (2006). The Diagnosis and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children: The State of Our Knowledge and Practice. *Current Problems of Pediatric in Adolescent Health Care*, 36, 6-30.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms and clinical interpretations*. New York: The Guilford Press.

- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). *ADHD in schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- Dyson, L.L. (1996). The experience of families of children with learning disabilities: parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of Learning Disabilities*, 29 (3). Pp. 280-286.
- Everett, C. A. & Everett, S. V. (1999). *Family Therapy for ADHD: Treating Children, Adolescents, and Adults*. New York: The Guilford Press.
- Eysenck, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24(2), 246-247.
- Faraone, S.V. (2004). Etiology and pathopsysiology of adult attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry. Special Issue: Adult Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder*, 11(7), 28-34.
- Faraone, S.V. & Biederman, J. (2000). Commentary. Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*, 20, 568-581.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan K., Norman, D., et al. (1993). Evidence for independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 891-895.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.
- Fijalkow, J. (1998). *Κακοί Αναγνώστες. Γιατί;* Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smalish, L. and Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 463-475.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129- 1146.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J.N. (1997). *ADHD symptom checklist-4 Manual*, Stony Brook, NY, CheckmatePlus, Ltd.

- Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., et al. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 289-294.
- Fuller, G.B., Rankin, R.E. (1994). Differences in levels of parental stress among mothers of learning disabled, emotionally impaired, and regular school children. *Perceptual and Motor Skills*, 78, pp.583-592.
- Gadow, K.D., Sprafkin, J. and Nolan, E.E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinical preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1383-1392.
- Gardner, F.E.M. (1994). The quality of joint activity between mothers and their children with behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 935-948.
- Gaub, M. & Carlson, C.L. (1997). Behavioural characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.
- Giler, J. (2001). Are Girls with AD/HD Socially Accepted? *Chadd: ATTENTION*, 7(4), 28-31.
- Gilmore, K.A. (2000). Psychoanalytic perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1259-1293.
- Gimpel, G.A. & Kuhn, B.R. (2003). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care and Health Development*, 26(3), 163-176.
- Gjone, H., Stevenson, J., & Sundet, J. M. (1996). Genetic influence on parent-reported attention-related problems in a Norwegian general population twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 588-596.
- Goldstein, S. (1998). Understanding and assessing AD/HD and related Educational, Behavioral and emotional disorders. In P. Cooper and K. Ideas (Eds.), *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Educational, Medical and Cultural Issues*. The Association of Workers for Children with Emotional and Behavioral Difficulties.
- Gomez, R., Harvey, J., Quick, C., et al. (1999). DSM-IV ADHD: Confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent

- and teacher ratings of Australian primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 265- 274.
- Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(5), 691-709.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., et al. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1410–1417.
- Hallowell, M. E., & Ratey, J. J. (2003). Ζώντας με τη Διάσπαση. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) στα παιδιά και στους ενήλικες. (Μ. Περαντάκου- Κουκ, Μετάφ.). Αθήνα: Νίκας/Ελληνική Παιδεία Α.Ε.. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 1994).
- Hassall, R., Rose, J., McDonald, J., (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (6), pp. 405-418.
- Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 481-498.
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086-1098.
- Hoza, B., Pelham, W.E., Waschbusch, D.A, Kipp, H. & Owens, J.S. (2001). Academic task performance of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271-283.
- Hudziak, J. J., Heath, A. C., Madden, P. F., et al. (1998). Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD: a twin study of female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(8), 848-857.

- Imperio, Winnie Anne. (2004). AD/HD Through the Years: From Science to Practice. Highlights from the 15th annual conference, October 29-November 1, 2003, Denver, Colorado. CHADD: *ATTENTION*, 10(4), 25-30
- Jacobvitz, D. & Sroufe, L.A. (1987). The early caregiver – child relationship and attention – deficit disorder. *Child Development*, 58, 1488-1495.
- Johnston C, Freeman WS (2002). Parent's beliefs about ADHD: implications for assessment and treatment. *ADHD Report*, 10(1), 6-9.
- Johnston, C. & Mash, E. (2001). Families of children with ADHD: A review and recommendation for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kadesjo, C., Kadesjo, B., Hagglof, B., et al. (2001). ADHD in Swedish 3- to 7-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1021–1028
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Σύνδρομο της διαταραχής της ελαττωματικής προσοχής – υπερκινητικότητας. Οι επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία*, 101, 152-165
- Kamphaus, R., & Frick, P. (1996). Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior. Boston: Allyn&Bacon.
- Καραγιάννης, Δ. (1992). Συστημική θεώρηση της οικογένειας παιδιού με υπερκινητικό σύνδρομο. στο Α. Ρούσσου (Επ. Έκδ.). *Πεπραγμένα συμποσίου. Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής: πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο*. Αθήνα: Παιδοψυχιατρική εταιρεία Ελλάδας, 82-90.
- Kagan, J. (1966). Reflection-impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive behavioural treatment of antisocial children. *Behaviour, Research and Therapy*, 33(3), 271-281.
- Keenan, K. & Wakschlag, L.S. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 33-46.
- Keller, D., Honig, A.S., (2004). Maternal and parental stress in families with school-aged children with disabilities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74, pp.337-348

- Kendall, J., Leo, M.C., Perrin, N. & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD Child and Family Relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(1), pp.500-518.
- Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD Children. *Qualitative Health Research*, 8, pp. 839-857
- Keogh, B. A. (1971). Hyperactivity and learning disorders: Review and speculation. *Exceptional Children*, 38(2), 101-109.
- Kessler, J. W. (1980). History of minimal brain dysfunction. In H. Rie & E. Rie (Eds.), *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view* (pp. 18-52). New York: Wiley.
- Khan, S. A., & Faraone S. V., (2005) The genetics of ADHD. A literature review of 2005. *Current Psychiatry Report*; 8(5), 593-597.
- Kooistra, L., Crawford, S., Dewey, D., et al. (2005). Motor Correlates of ADHD: Contribution of Reading Disability and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 195-206.
- Kroes, M., Kessels, A. G. H., Kalff, A. C., et al. (2002). Quality of movement as predictor of ADHD: results from a prospective population study in 5- and 6-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44 (11), 753–760.
- Kuntsi, J., Oosterlaan, J. & Stevenson, J. (2001). Psychological mechanism in hyperactivity: I Response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 199-210.
- L'abate L. Family Psychology III: Theory Building, Theory Testing, and Psychological Interventions. Lanham, MD: University Press of America, 2003.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E. & Loney, J., Kipp, H. ,Ehrhardt ,A. ,Lee, S., S.,Willcutt, E.,G., Hartung, C. M., Chronis, A. & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2014-2020.
- Laufer, M., Denhoff, E. & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.

- Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K., Pfenning-Meerkoetter, N., Fischmann, T., Wolff, A., & Green, J. (2011). *Psychoanalytic Treatment of ADHD Children in the Frame of Two Extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study*. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 32-50.
- Levy, F. & Hay, D. (2001). *Attention, Genes and ADHD*. East Sussex: Brunner Routledge.
- Levy, F., Hay, D., & Bennett, K. (2006). Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A current review and future prospects. *International Journal of Disability Development and Education*, 53(1), 5-20
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., et al. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1(1), 21-41.
- Lorch, E. P., Milich, M., Sanchez, R.P., van den Broek, P., Baer, S., Hooks, K., Hartung, C. & Welsh, R. (2000). Comprehension of televised stories in boys with attention deficit/hyperactivity disorder and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 321-330.
- Loring, D.W. (1999). *INS dictionary of neuropsychology*. New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Love, A. J., & Thompson, M. D. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services: Analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 52-64
- Lou, H.C., Rosa, P., Pryds, O., Karrebaek, H., Lunding, J., Cumming, and P. & Gjedde, A. (2004) .ADHD: Increased dopamine receptor availability linked to attention deficit and low neonatal cerebral blood flow. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46, 179-183.
- Luk, S. (1985). Direct observations studies of hyperactive behaviours. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 338-344.
- Maedgen, J. and Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional Regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30-42.

- Malone, M. A., Kershner, J. R., & Swanson, J. M. (1994). Hemispheric processing and methylphenidate effects in ADHD. *Journal of Child Neurology*, 9(2), 181–189.
- Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α. (2011). ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ: Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση. Αθήνα: Διάδραση
- Μαρκοβίτης, Μ., & Τζουριάδου, Μ. (1991). Μαθησιακές Δυσκολίες Θεωρία και Πράξη. Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς.
- MarkussenLinnet, .K., Dalsgard, S., Obel, K.,Wisborg,K.,Henriksen,T.B., Rodriquez, A. Rodriquez, A., Kotima, A., Moilanen,I.,Thomsen,P.H.,Olsen,J. & Jarvelin, M.R.(2003). Maternal Lifestyle Factors in Pregnancy Risk of Attention DeficitHyperactivity Disorder and Associated Behaviors: Review of the CurrentEvidence. *AmericanJournalofPsychiatry*, 160(6), 1028-1040.
- Mash, E.J. & Johnston, C. (1982). A comparison of mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Development*, 53, 1371-1381
- Ματή-Ζήση, Ε. (2004). Σχολικό-μαθησιακές δυσκολίες: Ανάγνωση, ορθογραφημένη γραφή, αριθμητική, στο Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (επιμ.), Προσαρμογή στο σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών, σσ. 161-191. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Matud, M.P., (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual Differences* 37, 1401-1415.
- Mayes, S. D., Calhoun, S.L., (2007). Learning, attention, writing and processing speed in typical children and children with ADHD, autism, anxiety, depression and oppositional-defiant disorder. *Child Neuropsychology*, 13, pp. 469-493
- McGee, R., Williams, S., Moffitt, T. E., et al. (1989). A comparison of boys with attention and/or reading disorders on neuropsychological measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(1), 37-53.
- Milberger, S., Biederman, J., Garaone S. V., Guite, J., & Tsuang, (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene environment interaction. *Biological Psychiatry*, 41, 65-75.

- Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463–488.
- Minnes, P. M. (1988). Family resources and stress associated with having a mentally retarded child. *American Journal of Mental Retardation*, 93, pp. 184-192.
- Moffitt, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to 15. *Child Development*, 61(3), 893-910.
- Morrison, J., & Stewart, M. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 28(6), 888-891.
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ., (2000). Διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Στο Καλατζή-Αζίι, Α., κα Μπεξεβέγκης, Η., (επιμ.). *Θέματα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Muenke M. (2004), Heterogeneity underlying suggestive linkage of ADHD in a genetic isolate. *Presented at the 51st Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Washington, DC, October
- Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A. & Bush, T. (2001). Executive functioning and factory identification in young adults with attention deficit/hyperactivity disorders. *Neuropsychology*, 15, 211-220
- Nadeau, Kathleen, Littman, Ellen, & Quinn P. (1999). *Understanding Girls with AD/HD*. Silver Spring, MD: Advantage Books, pp.25-26
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., et al. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137-144.
- Nigg, J.T. (1999). The ADHD response-inhibition deficit as measured by the stop task: replication with DSM-IV combined type, extension, and qualification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 393-402.
- Παντελιάδου, Σ. και Μπότσιας, Γ. (2007). *Μαθησιακές Δυσκολίες: Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. Βόλος: Εκδ. Γράφημα.

- Παντελιάδου, Σ. & Πατσιοδήμου, Α. (2007). *Εφαρμογές διδακτικής αξιολόγησης και μαθησιακές δυσκολίες*. Βόλος: Εκδ. Γράφημα.
- Πανοπούλου - Μαράτου, Ο.(2007). «ΔΕΠ-Υ»: πεδίο διεπιστημονικής έρευνας και θεωρητικής σύγχυσης. Παιδί και Έφηβος. *Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*,9(1), 109-115.
- Parr, J. R., Ward, A., & Inman, S. (2003). Current practice in the management of attention deficit with hyperactivity disorder (ADHD). *Child, Care, Health and Development*,29 (3), 215- 218.
- Patton, J. H. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pettersson-Roll, L.R., Mattson, E.H. (2007). Perspectives of mothers of children with dyslectic difficulties concerning their encounters with school: a Swedish example. *European Journal of Special Needs Education*. 22(4), pp.409-423.
- Piek, J.P., Pitcher, T.M., & Hay, D.A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(3), 159–165.
- Pineda, D. A., Lopera, F., Palacio, J. D., et al. (2003). Prevalence estimations of attentiondeficit hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombiansample. *International Journal of Neuroscience*, 113(1), 49–71.
- Pliszka, S.R., Carlson, C.L. & Swanson, J.M. (1999). *ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management*. New York: Guilford Press
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., et al. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal ofPsychiatry*, 164(6), 942-948.
- Πολυχρόνη, Φ. (2011). *Ειδικέςμαθησιακέςδυσκολίες*. Αθήνα: Πεδίο.
- Πολυχρόνη, Φ., Χατζηχρήστου, Χ. & Μπίμπου, Α. (2006). *Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες- Δυσλεξία. Ταξινόμηση, αξιολόγηση και παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Porrino, L. J., Rapoport, J.L., Behar, D., Sceery, W., Ismond, D.R. &Bunney, W.E. (1983). A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 40, 681-687.
- Pumfrey, P. (1997). Ειδική αναπτυξιακή δυσλεξία: προέλευση, εντοπισμός, αντιμετώπιση, στο Τάφα, Ε. (επιμ.), *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς*

προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς, σσ. 320-352. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Purdie, N., Hattie, J., & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of the Educational Research* 72(1), 61-99
- Purvis, K.L. & Tannock, R. (1997). Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 133-144.
- Rapport, M. D., & Kelly, K. L. (1991). Psychostimulant effects on learning and cognitive function: Findings and implications for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 11(1), 61-92
- Rasmussen, P. and Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1424-1431.
- Riddick, B. (1996). *Living with Dyslexia*. London. Routledge.
- Ring, A., Stein, D., Barak, Y., et al. (1998). Sleep disturbances in children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparative study with healthy siblings. *Journal of Learning Disabilities*, 31(6), 572-578.
- Rosenthal, R.H. & Allen, T.W. (1978). An examination of attention, arousal and learning dysfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*, 85, 689-715.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 162-170.
- Salomonsson, B. (2004). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 117-136.
- Sagvolden & T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research*, 151-166. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Saigal, S., Pinelli J., Hoult, L., Kim, M.M. & Boyle, M. (2003). Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, 111, 969-975.

- Sandberg, S. (1996). Hyperkinetic or Attention Deficit Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 10-17.
- Schachar, R., Rutter, M., & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- Schachar, R., Mota, V.L., Logan, G.D., Tannock, R. & Klim, P. (2000) Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 227-235.
- Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., Chaves, M., Rohde, L.A., Moura, C., & Knijnik, M. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: An exploratory study with untreated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863-869.
- Schnoll, R., Burshteyn, D. & Cea-Aravena, J. (2003). Nutrition in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder; A neglected but important aspect. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 63-75.
- Seideman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, W. & Queller, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: Performance of children and adolescence from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.
- Sergeant, J.A., Geurts, H., Huijbregts, S., Scheres, A. & Oosterlaan, J. (2003) The top and the bottom of ADHD: A neuropsychological perspective, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Special Issue: Mesocortico limbic Branches and ADHD Variants*, 27(7), 583-592.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with high levels of aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 475-494.
- Siege, K. G., Gaffney, G. R., Preston, D. F., et al. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20(1), 55-60.
- Silver, L. B. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder: Is it a learning disability or a related disorder? *Journal of Learning Disabilities*, 23(7), 394-397.

- Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166(2), 117-123.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del'Homme, M., NewDelman, J., Gordon, E., Kim, T., Liu, A. & McCracken, J.T. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1135-1143.
- Smith, M.S., Mitchell, J., Mc Cauley, E.A. & Calderon, R. (1990). Screening for anxiety and depression in an adolescent clinic. *Pediatrics*, 85 (3), 262-266.
- Solanto, M.V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G.D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S. & Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in ADHD: A supplement to the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 215-218.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2002) Psychological heterogeneity in AD/HD – a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36.
- Sowell, E. R., Thompson, P. M., Welcome, S. E., et al. (2003). Cortical abnormalities in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 362(9397), 1699-1707.
- Spadafore, L. A. (1998). *Relationship between perinatal complications and attention deficit hyperactivity disorder and other behavioral characteristics*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 58(10-A), 3836.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T. & Faraone, S. (2002). Overview and Neurobiology of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl. 12), 3-9.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Stanford, L., & Hynd, G. (1994). Congruence of behavioral symptomatology in children with ADDH, ADD/WO, and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27(2), 91-103.

- Steinhausen H. C. (1992). Υπερκινητικές διαταραχές. Στο Α. Ρούσσου (Επιμ.), Πεπραγμένα Συμποσίου Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας: *Παιδιά με Υπερκινητικό Σύνδρομο και διαταραχές Διαγωγής: Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ.40-59). Αθήνα 7-8 Μαΐου.
- Still, G. M. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 1, 1008-1012.
- Strauss, A.A. & Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and Education in the Brain Injured Child*. New York, Grune & Stratton.
- Strauss, M.E., Thompson, P., Adams, N.L., Redline, S. & Burant, C. (2000). Evaluation of a model of attention with confirmatory factor analysis. *Neuropsychology*, 14, 201-208.
- Swanson, J. M., Deutsh, C., Cantwell, D., et al. (2001). Genes and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 1(3), 207 – 216.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-100.
- Taylor, E. (1992). Υπερκινητικότητα και διαταραχές διαγωγής: Πρόκληση για τον κλινικό και το δάσκαλο. Στο Α. Ρούσσου (Επιμ.), Πεπραγμένα Συμποσίου Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδας: *Παιδιά με Υπερκινητικό Σύνδρομο και διαταραχές Διαγωγής: Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο* (σελ.93-119). Αθήνα 7-8 Μαΐου.
- Taylor, E., Sandberg, S. Thorley G. & Giles, S. (1991). *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity (Maudsley Monographs, No.33)* Oxford: Oxford University Press.
- Τζουριάδου, Μ. (1995). Παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες: Μία ψυχο-παιδαγωγική προσέγγιση. Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς.
- Thome, J. & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19, 303-306.
- Thomson, G.O.B., Raab, G. M., Hepburn, W.S., Hunter, R., Fulton, M. & Laxen, D.P.H. (1989). Blood-lead levels and children's behaviour- Results from the Edinburgh lead study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 515-528.

- Τρίγκα- Μερτίκα, Δ. Ε. (2005). Διάσπαση Προσοχής και Υπερκινητικότητα Παιδιών και Εφήβων. Διάγνωση-Αξιολόγηση-Αντιμετώπιση, (2η εκ.). Αθήνα: ΠΛΟΗΓΟΣ.
- Tripp, G., Ryan, J. & Peace, K. (2002). Neuropsychological functioning in children with DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 771-779.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2005). Η οικογένεια με ένα παιδί προσχολικής ηλικίας με ειδικές ανάγκες. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών. Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης- Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Turnbull, A., Ruef, M., (1996). Family Perspectives on Problem Behaviour. *Mental Retardation* 34 (5): 280-293.
- Vaidya, C. J. (2005). Brain imaging of attention deficit hyperactivity disorder. What have we learnt? *Cognitive Creier Comportament. Special Issue: Developmental cognitive neuroscience*, 9(2), 287-299.
- Van Der Meere, J. & Sergeant, J. (1988). Focused attention in pervasively hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 627-639.
- Voeller, K.K.S. (2004). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 19, 798-81.
- Vosniadou, S. (1996). Towards a Revised Cognitive Psychology for New Advances in Learning and Instruction. *Learning and Instruction*, 6(2), 95-106.
- Weiss, G. and Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children all grown up: ADHD in children, adolescents, and adults* (2nd ed.). New York, Guilford Press.
- Whalen, C. K., Henker, B., Buhrmester, D., Hinshaw, S.P., Huber, A., & Laski, K. (1989). Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 545-549
- Wikler, L. (1981). Chronic stresses of families of mentally retarded children. *Family Relations*. 30(2), pp. 281-288.
- Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V. and Pennington, B.F. (2005a). Validity of the executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346.
- Wolraich, M., Wilson, D. & White, W. (1995). The effects of sugar on behavior or cognitive in children. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1617-1621.

Woodward, L., Taylor, E. & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 161-169.

World Health Organisation (2007). What is mental health? Στο [επίσημο site www.who.int](http://www.who.int)

Χατζηδάκη, Ε. και Γιαννακοπούλου, Χ.(2001).Ο μόλυβδος και οι επιδράσεις του στην υγεία του παιδιού.*Παιδιατρική*,64,319- 328.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εντυπο Ενημέρωσης και Ερωτηματολόγια Έρευνας

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τίτλος της Έρευνας : «Διερεύνηση της κοινωνικο-συναισθηματικής κατάστασης των μητέρων. Το παιδί με πιθανή ΔΕΠΥ και Μαθησιακές Δυσκολίες»

Ερευνήτρια : Τζουβάρα Αναστασία

Αγαπητή Μητέρα,

Επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε μια έρευνα σχετικά με τις κοινωνικο – συναισθηματικές δυσκολίες που εμφανίζουν μητέρες παιδιών με πιθανά στοιχεία ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της συμπλήρωσης του παρόντος ερωτηματολογίου. Γι’ αυτό το λόγο θα σας παρακαλέσουμε, εάν επιθυμείτε να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα αξιοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις στη συμπλήρωσή του. Επίσης, θα σας παρακαλούσαμε να βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις. Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της ερευνήτριας Αναστασίας Τζουβάρα, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εφαρμοσμένη Ψυχολογία Παιδιού και Εφήβου» του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Για περισσότερες πληροφορίες ή οποιεσδήποτε απορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με το τηλέφωνο της ερευνήτριας : 6946112175, είτε να στείλετε e-mail στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση : anastzouv1993@gmail.com .

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας .

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ημερομηνία...../...../.....

A. Δημογραφικά στοιχεία Παιδιού

1.Φύλο: Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐

2.Ηλικία :

3.Τάξη φοίτησης:

4.Σειρά γέννησης του στην οικογένεια:.....

5.Αριθμός παιδιών στην οικογένεια:

6.Ηλικίες τους :

B. Δημογραφικά στοιχεία Μητέρας

1.Ηλικία :.....

2.Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος Δημοτικού ☐ Γυμνασίου ☐ Λυκείου ☐ ΤΕΙ/ΑΕΙ ☐

Κάτοχος Μεταπτυχιακού ☐ Άλλο:

3.Οικογενειακή κατάσταση :

Έγγαμη ☐ Διαζευγμένη ☐ Άγαμη ☐ Μονογονεϊκή οικογένεια ☐

Άλλη:.....

4.Επάγγελμα :

Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐

Οικιακά ☐ Άλλο:

5.Έχετε απευθυνθεί κάποια άλλη φορά σε ειδικό για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί σας;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Και αν ναι σε ποιον : Ιδιωτικό Κέντρο ☐ Ιατρο-Παιδαγωγικό Κέντρο ☐

Ιδιώτη Ψυχολόγο ☐ Άλλο:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ				
1. Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
2. Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό ; (π.χ βιταμίνες)	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
3. Νιώθεις εξαντλημένη και κακοδιάθετη ;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
4. Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη ;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
5. Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι ;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
6. Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
7. Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
8. Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
9. Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
10. Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
11. Είσαι οξύθυμη και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
12. Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
13. Αισθάνεσαι πως, δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
14. Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
15. Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη ;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως
16. Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
17. Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
18. Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένη
19. Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου ;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
20. Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανή
21. Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως
ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ				96

22. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα ;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
23. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
24. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει ;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
25. Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι
26. Υπήρχαν φορές που ένιωσες ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
27. Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένη και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
28. Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ
1.Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα	0	1	2	3
2.Προσπαθούσα να το ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο	0	1	2	3
3.Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και περίμενα	0	1	2	3
4.Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση	0	1	2	3
5.Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση	0	1	2	3
6.Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου	0	1	2	3
7.Ηλπίζα πως θα γίνει ένα θαύμα	0	1	2	3
8.Αποδεχόμουν τη μοίρα μου	0	1	2	3
9.Συνέχιζα σαν να μην συμβαίνει τίποτα	0	1	2	3
10.Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου	0	1	2	3
11.Προσπαθούσα να δω την θετική πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3
12.Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα	0	1	2	3
	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ

13.Αποδεχόμεν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου	0	1	2	3
14.Εμπνεόμεν να κάνω κάτι δημιουργικό	0	1	2	3
15.Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα	0	1	2	3
16.Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο	0	1	2	3
17.Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε	0	1	2	3
18.Άφην τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιο τρόπο	0	1	2	3
19.Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν	0	1	2	3
20.Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα	0	1	2	3
21.Τολμούσα κάτι πολύ ρισκοκίνδυνο	0	1	2	3
22.Έβρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό	0	1	2	3
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή	0	1	2	3
24.Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα	0	1	2	3
25.Ζητούσα την συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι	0	1	2	3
26.Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά	0	1	2	3
27.Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω	0	1	2	3
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ότι ήθελα	0	1	2	3
29. Ξεσπούσα στους άλλους	0	1	2	3
30.Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις	0	1	2	3
31.Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω	0	1	2	3
32.Έβρισκα μία-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα	0	1	2	3
33.Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα	0	1	2	3
34. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	0	1	2	3
35.Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση λη φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή	0	1	2	3
36. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	0	1	2	3
37.Προσευχόμουν	0	1	2	3

38.Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.	0	1	2	3
--	---	---	---	---

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1.Γενικά είμαι ικανοποιημένη από τον εαυτό μου	1	2	3	4
2. Μερικές φορές δεν είμαι καθόλου καλή	1	2	3	4
3. Νομίζω ότι σαν άτομο έχω κάποια καλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα	1	2	3	4
4.Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι άνθρωποι	1	2	3	4
5.Αισθάνομαι ότι δεν έχω πολλά πράγματα για τα οποία θα μπορούσα να είμαι περήφανη	1	2	3	4
6.Αισθάνομαι άχρηστη μερικές φορές	1	2	3	4
7.Αισθάνομαι ότι είμαι πρόσωπο που αξίζω	1	2	3	4
8.Νομίζω ότι θα έπρεπε να έχω περισσότερο σεβασμό για τον εαυτό μου	1	2	3	4
9.Το μόνο που σκέφτομαι είναι ότι είμαι μία αποτυχημένη	1	2	3	4
10.Έχω μια θετική στάση για τον εαυτό μου	1	2	3	4