

ΚΟΕ: 19751
ND = 19882



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΟΙ ΥΠΟΛΑΘΑΝΟΥΣΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

(Αποδόσεις αιτίων και αυτοαποτελεσματικότητα για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ))

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΧΡΗ. ΖΟΥΡΝΑΤΖΗΣ

ΑΘΗΝΑ 2010

Εγκρίθηκε από την επταμελή εξεταστική επιτροπή με το βαθμό “Άριστα” στις 18 Μαρτίου 2010.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Συνοδινού Κλαίρη, Καθηγήτρια Ψυχολογίας (επόπτρια)

Σταλίκας Αναστάσιος, Καθηγητής Ψυχολογίας

Καλαντζή – Azizi Αναστασία, Καθηγήτρια Ψυχολογίας

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Συνοδινού Κλαίρη, Καθηγήτρια (επόπτρια)

Σταλίκας Αναστάσιος, Καθηγητής

Καλαντζή – Azizi Αναστασία, Καθηγήτρια

Μέλλον Ρόμπερτ, Καθηγητής

Αρτινοπούλου Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Δεκάζου - Στεφανοπούλου Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Κοκκώση Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1. Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την αναζήτηση βοήθειας (seeking – help ή help – seeking) και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (use services mental health).....	4
1.1.1. Πολιτισμός.....	9
1.1.2. Προσωπικότητα	10
1.1.3. Τόπος κατοικίας (αστικές και μη αστικές περιοχές).....	12
1.1.4. Ο παράγοντας του φύλου.....	12
1.1.5. Το «στίγμα» των ψυχικών διαταραχών	13
1.1.6. Σύνοψη.....	15
1.2. Δημιουργία κοινωνικών αντιλήψεων (αναπαραστάσεων).....	16
1.3. Κοινωνικές Αντιλήψεις για τα αίτια της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς 18	
1.4. Μηχανισμός απόδοσης αιτίων (attributions).....	21
1.4.1. Αντίληψη και ερμηνεία.....	22
1.4.2. Διαδικασία απόδοσης αιτίων	26
1.5. Αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy) και κοινωνικογνωστική θεωρία.....	34
1.5.1. Οι πηγές των πεποιθήσεων για την αυτοαποτελεσματικότητα.....	38
1.5.2. Η επίδραση των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας	40
1.5.3. Η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας και των προσδοκιών της έκβασης των ενεργειών ως παράγοντες κινήτρου και αυτορρύθμισης.....	41
1.5.4. Διάκριση μεταξύ της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας από άλλους τύπους αυτοπεποίθησεων	42
1.5.5. Η ανάπτυξη της γονικής πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας.....	44
1.5.6. Η γονική πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	46
1.6. Η σχέση μεταξύ απόδοσης αιτίων και πεποίθησης αυτοαποτελεσματικότητας.....	47
1.7. Συμπεράσματα βάσει των ερευνών για την απόδοση των αιτίων της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς και την πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	48
1.8. Επιστημονικές προσεγγίσεις για την ψυχοπαθολογική συμπεριφορά.....	49
1.8.1. Το αναπτυξιακό πλαίσιο στην ψυχοπαθολογία	51
1.8.2. Η έννοια της συννοσηρότητας στην ψυχοπαθολογία	52
1.8.3. Διαγνωστικά εγχειρίδια.....	53
1.9. Η αξιολόγηση των αναπτυξιακών διαταραχών από τους ειδικούς.....	54
1.9.1. Μέθοδοι αξιολόγησης αναπτυξιακών διαταραχών.....	54
1.10. Το παράδειγμα της ΔΕΠ-Υ.....	55
1.10.1. Ιστορικό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ.....	55
1.10.2. Η φύση και η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ (αναπτυξιακή πορεία)	57
1.10.2.1. Βρεφική ηλικία.....	59
1.10.2.2. Νηπιακή ηλικία.....	60
1.10.2.3. Σχολική ηλικία.....	61
1.10.2.4. Εφηβική ηλικία.....	63
1.10.3. Πιθανά αίτια και επιδημιολογικά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ.....	64
1.10.4. Επιδημιολογικά στοιχεία	66

1.10.5.	Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ.....	67
1.10.5.1.	ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής	68
1.10.5.2.	ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές Διάθεσης..	88
1.10.6.	Προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ.....	69
1.10.7.	Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (κριτήρια DSM-IV, ICD10).....	71
1.11.	Σύνοψη.....	79
1.12.	ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	81
2.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	82
2.1.	Γενικά πρότυπα μεθοδολογίας της έρευνας.....	82
2.2.	Η μεθοδολογία της έρευνας στην ψυχοπαθολογία.....	82
2.3.	Γενικό πλαίσιο της μεθοδολογίας για την παρούσα εργασία.....	85
2.4.	Στατιστική μελέτη.....	90
2.5.	Περιγραφή δειγμάτων ανάλογα με την προέλευσή τους.....	90
2.5.1.	Κλινικό δείγμα.....	90
1.	Συγκέντρωση πληροφοριών.....	90
II.	Οργάνωση αποτελεσμάτων.....	93
2.5.2.	Κοινοτικό δείγμα.....	93
2.5.3.	Περιγραφή δειγμάτων επιλογής ανάλογα με την περίπτωση στατιστικής μελέτης.....	94
2.5.3.1.	1 ^η σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).....	94
2.5.3.2.	2 ^η περίπτωση σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).....	100
2.5.3.3.	3 ^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.....	105
2.5.3.4.	4 ^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.....	107
2.5.3.5.	(ομάδα ελέγχου).....	110
2.6.	Μέσα συλλογής δεδομένων.....	111
2.6.1.	Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας.....	111
2.7.	Διαδικασία συλλογής δεδομένων (procedure).....	116
2.7.1.	Κλινικό δείγμα.....	116
2.7.2.	Κοινοτικό δείγμα.....	116
3.	Μελέτη 1 (casual attributions) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών.....	117
3.1.1.	Σκεπτικό - υπόβαθρο.....	117
3.1.2.	Μεθοδολογία.....	119
3.1.2.1.	Στατιστική μελέτη.....	121
3.1.2.2.	Συμμετέχοντες.....	121
3.1.2.3.	Ψυχομετρικά εργαλεία.....	121
3.1.3.	ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ.....	140
3.1.4.	Συζήτηση.....	147
3.2.	Μελέτη 2: Η σχέση μεταξύ των αποδόσεων των αιτίων ή και άλλων μεταβλητών με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (προβλεπτικοί παράγοντες της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας).....	181
3.2.1.	Σκεπτικό.....	181
3.2.2.	Μεθοδολογία.....	184

3.2.2.1.	Στατιστική μελέτη.....	185
3.2.2.2.	Συμμετέχοντες	185
3.2.2.3.	Ψυχομετρικά εργαλεία.....	185
3.2.3.	Αποτελέσματα α στατιστικής υπομελέτης.....	187
3.2.4.	Αποτελέσματα β στατιστικής υπομελέτης.....	191
3.2.5.	Συζήτηση.....	195
3.2.6.	ΣΥΝΟΨΗ.....	216
3.3.	Μελέτη 3: πρόβλεψη της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς 220	
3.3.1.	Σκεπτικό.....	220
3.3.2.	Μεθοδολογία.....	222
3.3.2.1.	Στατιστική μελέτη.....	222
3.3.2.2.	Συμμετέχοντες	222
3.3.2.3.	Ψυχομετρικά εργαλεία.....	222
3.3.3.	Αποτελέσματα μελέτης 3 (τρία)	224
3.3.4.	Αποτελέσματα μόνο με διαστάσεις απόδοσης αιτίων, μαθησιακό πρόβλημα και άλλες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας) 230	
3.3.5.	Συζήτηση.....	233
3.3.6.	Σύνοψη – συμπεράσματα της 3 ^{ης} μελέτης	261
4.	ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	266
4.1.	Μελέτη 1.....	271
4.2.	Μελέτη 2.....	273
4.3.	Μελέτη 3.....	278
4.4.	Σύνοψη τελικής συζήτησης	280
4.5.	Κλινικές εφαρμογές	284
4.6.	Περιορισμοί της έρευνας	289
4.7.	Μελλοντικές έρευνες	289
5.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	291
6.	Παράρτημα	320
6.1.	Σχήματα και πίνακες.....	320
6.2.	Ψυχομετρικά εργαλεία.....	337
	Γλωσσάρι.....	350

Περίληψη

Τμήμα Ψυχολογίας
Διδακτορική διατριβή

ΟΙ ΥΠΟΛΑΘΑΝΟΥΣΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑ-
ΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
(Αποδόσεις αιτίων και αυτοαποτελεσματικότητα για τη Διαταραχή Ελλειμματικής
Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

του Ευάγγελου Χρη. Ζουρνιαντζή

Από έρευνες διαπιστώνεται ότι παρόλο που αρκετές συμπεριφορές των παιδιών οφείλονται σε κάποια αναπτυξιακή διαταραχή εντούτοις ελάχιστες από αυτές (περίπου το 20% - 26% π.χ. Ford et. al., 2005¹ Alonso, et. al., 2004¹ Meltzer et. al., 2000¹ Leaf et. al., 1996¹ Costelo et. al., 1993) χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στη διατριβή αυτή επιχειρήθηκε η κατανόηση ενός νέου μοντέλου της χρήσης ή όχι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Ειδικότερα, μελετήθηκε η συμβολή των μηχανισμών της απόδοσης των αιτίων (attributions¹) (Weiner, 1986) αλλά και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy²) (Bandura, 1977 1986 2000).

Βασική υπόθεση της εργασίας αυτής είναι ότι ο μηχανισμός της απόδοσης των αιτίων των γονιών για την δύσκολη συμπεριφορά των παιδιών τους καθορίζει σημαντικά τη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητάς τους για την αντι-

¹ Ο όρος «attribution» ερμηνεύεται ως «απόδοση αιτίων» (*ψυχολογία*, τ. 7, τευχ. 1 παράρτημα Απρίλιος 2000, εκδ. Ελληνικά Γράμματα), και σημαίνει ότι το άτομο έχει την τάση να προσδιορίζει τα αίτια (σωστά ή λάθος) μιας συμπεριφοράς (της δικής του ή άλλων). Στη διαδικασία αυτή μπορεί να χρησιμοποιούνται παρόμοιες εμπειρίες του παρελθόντος (σφόδρον υπάρχουν ως πληροφορίες) του ίδιου ή/ και άλλων.

² Ο όρος «Self-Efficacy» συνήθως αποδίδεται στα ελληνικά ως «αυτοαποτελεσματικότητα» (*ψυχολογία*, τ. 7, τευχ. 1 παράρτημα Απρίλιος 2000, εκδ. Ελληνικά Γράμματα). Αναφέρεται στη διαδικασία της εκτίμησης από κάποιο άτομο για τον εαυτό του και αφορά στην πεποίθησή του ότι έχει την ικανότητα να αντιμετωπίσει επιτυχώς ή όχι μία συμπεριφορά που αποτελεί πρόβλημα για το ίδιο ή/ και για άλλους. Τέλος, η «αυτοαποτελεσματικότητα» επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, την αίσθηση και κινητοποίηση του ατόμου καθώς και αυτά που τελικά επιτυγχάνει (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008 σελ. 88).

μετώπιση των προβλημάτων αυτών από τους ίδιους. Η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας είναι περισσότερο πιθανό να τους οδηγήσει στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Χρησιμοποιήθηκε η αναλογική μέθοδος των σχετικά πρόσφατων γεγονότων (Freeman et al., 1997). Επιλέχθηκαν τρία δείγματα (κλινικό N=170, κοινοτικό N=197 και ομάδας ελέγχου N=214) με βάση την παρουσία ή απουσία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) με ή χωρίς και άλλες διαταραχές. Στα δείγματα αυτά χορηγήθηκαν τα σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία σε ελληνικό πληθυσμό για παιδιά και εφήβους CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001 ελληνική στάθμιση Ρούσου & συν., 2003) και ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et. al., 1998 ελληνική στάθμιση Καλαντζή – Azizi & συν., 2005) για την παρουσία ή όχι ψυχοπαθολογίας σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονιών με επιπλέον διάγνωση ειδικού στο κλινικό δείγμα. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν σε τέσσερις περιπτώσεις δειγμάτων ανάλογα με τη χρήση ή όχι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ανάλογα με την παρουσία ή όχι της ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς κάποια άλλη διαταραχή και για τις τρεις μελέτες.

Η πρώτη από τις τρεις μελέτες αφορά στις συγκρίσεις των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών για τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές κυρίως για τις διαστάσεις της *ελεξιμότητας* και της *παγκοσμιότητας* αλλά και για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτών από τους ίδιους. Η δεύτερη μελέτη αφορά στην πρόβλεψη της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοαποτελεσματικότητας είναι οι διαστάσεις της *γενίκευσης* και της *ελεξιμότητας* της απόδοσης των αιτιών. Η τρίτη μελέτη αφορά στην πρόβλεψη της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μεταξύ πολλών παραγόντων διαπιστώθηκε ότι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Περίληπτικά, στη διατριβή αυτή διαπιστώθηκε ο τρόπος της δημιουργίας των λανθασμένων αντιλήψεων και σχημάτων (υπολανθάνουσες θεωρίες) των γονιών για τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών τους τα οποία ενδέχεται να οφείλονται σε κάποια διαταραχή. Η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διαπιστώθηκε ότι εξαρτάται περισσότερο από την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών η οποία διαμορφώνεται μέσα από τις αιτιώδεις διαβάσεις. Τέλος, στη βάση

του μοντέλου αυτού μπορεί να προβλεφθεί ή/ και να τροποποιηθεί η συμπεριφορά των γονιών στοχεύοντας σε συγκεκριμένους ψυχολογικούς μηχανισμούς σε ότι αφορά τόσο στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και αλλαγών των δυσλειτουργικών αντιλήψεών τους σε προγράμματα θεραπευτικών παρεμβάσεων για τα παιδιά.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«...έχει αλλάξει πολύ το παιδί μου. Δεν ήταν έτσι. Δεν χτυπούσε τα άλλα παιδιά και δεν δημιουργούσε προβλήματα στο σχολείο. Ήταν ατίθασο παιδί, το ξέρω, αλλά όχι σ' αυτό το σημείο. Τώρα πια δεν ακούει κανέναν. Ούτε εμένα, ούτε και τον πατέρα του ακόμη που...».

«... δεν περίμενα ποτέ ότι οι γονείς των άλλων παιδιών θα σκεφτόντουσαν ακόμη και την παρέμβαση εισαγγελέα...»

«... άλλοτε δείχνει καλός και κάνει τα πάντα και άλλοτε δεν θέλει να κάνει τίποτε. Νομίζω ότι βολεύεται... φαίνεται ότι δεν έχει ωριμάσει ακόμη και...»

«... είμαστε μια οικογένεια όπως οι περισσότερες, δεν υπάρχουν τσακωμοί στο σπίτι και τα παιδιά μας δεν στερούνται...»

«... δεν ξέρω τι άλλο να κάνουμε, έχουμε δοκιμάσει τα πάντα. Τον τιμωρήσαμε, τον πιάσαμε με το καλό, αλλά δεν καταφέραμε τίποτε. Αντί να γίνουν καλύτερα τα πράγματα έγιναν χειρότερα. Δεν νομίζουμε ότι μπορούμε να καταφέρουμε και κάτι...»

Αυτά είναι μερικά από τα πρώτα λόγια της μητέρας του Δημήτρη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης από τους γονείς του οι οποίοι ζήτησαν τη βοήθειά μας στο Ψυχολογικό Κέντρο «ΑΡΣΗ».

Ο Δημήτρης ήταν 6 ετών και μόλις είχε ξεκινήσει την Α΄ Δημοτικού σε κανονικό σχολείο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι ο Δημήτρης παρουσίαζε Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) καθώς και άλλες διαταραχές σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV (APA, 1994).

Από την πρώτη στιγμή διαπιστώθηκε ότι οι γονείς του Δημήτρη προβληματίζονταν για τα αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού τους. Από την πολύχρονη κλινική εμπειρία των συναδέλφων μου αλλά και τη δική μου στο Ψυχολογικό Κέντρο, καθημερινά διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι γονείς όπως και οι γονείς του Δημήτρη, αποδίδουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους στην ανωριμότητα, την κακή διάθεση κλπ. Επίσης, η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών του Δημήτρη στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού τους, ήταν ένα χαρακτηριστικό το οποίο διέκρινε όχι μόνο τους συγκεκριμένους γονείς, αλλά και σχεδόν όλους τους γονείς οι οποίοι αναζητούσαν βοή-

θειμ από το Κέντρο μας για τα παιδιά τους. Η παρατήρηση αυτή ήταν πολύ πιθανό να έδινε απαντήσεις σε ερωτήματα όπως «γιατί» και «πότε» αποφασίζουν οι γονείς των παιδιών να αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικού προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού τους.

Από την εμπειρία μας, αλλά και από έρευνες (Meltzer et. al., 2000' Leaf et. al., 1996) γνωρίζουμε πως οι περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν την παρέμβαση ειδικών ψυχικής υγείας και αναζητούν τη βοήθειά τους δυστυχώς είναι πολύ λίγες. Το γεγονός αυτό, διαπιστώθηκε και σε πρόσφατη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Κάτω Χώρες και Ισπανία). Συγκεκριμένα μόνο το 25,7% επισκέφθηκε τελικά ειδικό για προβλήματα ψυχικής υγείας που απασχολούσαν (Alonso, et. al., 2004).

Η προσαρμογή στο φυσικό περιβάλλον είναι μία διαδικασία η οποία διακρίνεται από την προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο ώστε να εξηγει διάφορα φαινόμενα που μπορεί να αποτελούν πρόβλημα γι' αυτό. Έτσι, μπορεί να αποδίδει σε συγκεκριμένα αίτια τα διάφορα προβλήματα που συναντά και να δίνει λύσεις που του επιτρέπουν να συνεχίζει ομαλά την καθημερινή του ζωή. Τέτοια προβλήματα μπορεί να αφορούν στη διατροφή, στην ασφάλεια από φυσικούς κινδύνους, στην υγεία, στις διαπροσωπικές σχέσεις κ.ά.

Πότε όμως ένα φαινόμενο όπως για παράδειγμα η δυσλειτουργική συμπεριφορά όπως αυτή του Δημήτρη στο παράδειγμά μας μπορεί να αποτελεί πρόβλημα και πότε όχι; Η απάντηση σίγουρα είναι πολύ δύσκολη εφόσον θα πρέπει να εξετάσουμε αρκετούς παράγοντες. Για παράδειγμα σε έρευνα (Mead, 1935 στο Herbert, μτφ. Παρασκευόπουλος) στην Πολυνησία τα μέλη της φυλής Amapesh είναι ευγενικά και φιλική και όπου η διεκδικητική συμπεριφορά είναι τόσο σπάνια ώστε να θεωρείται μη φυσιολογική. Αντίθετα, σε άλλη φυλή των ίδιων νησιών, της Mundugumor, τα ίδια χαρακτηριστικά καθώς και η επιθετική συμπεριφορά αποτελούν προνόμιο για τα μέλη της κοινωνίας τους και ενθαρρύνεται. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενθάρρυνση αυτή αρχίζει από τη βρεφική ηλικία αφού από την περίοδο του θηλασμού ακόμη η μητέρα τραβάει από το μαστό της το μωρό εάν αυτό δεν το κρατάει σφικτά και τελικά το αφήνει νηστικό! Η επιθετική συμπεριφορά άλλοτε μας είναι χρήσιμη και μπορεί να σώσει τη ζωή μας και άλλοτε τόσο καταστροφική που να μας οδηγήσει τουλάχιστο σε μεγάλες περιπέτειες.

Η απόδοση των αιτίων για την απόκλιση από αυτό που θεωρείται «φυσιολογική συμπεριφορά των ανθρώπων» δηλαδή από το συνηθισμένο απασχολεί τους ανθρώ-

πους από την αρχαιότητα. Οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν τον «τρελό» ιερό πρόσωπο σταλμένο από τους θεούς και το σέβονταν. Δηλαδή, κάποιος ήταν τρελός επειδή οι θεοί ήθελαν να στείλουν κάποιο μήνυμα στους ανθρώπους. Το αίτιο λοιπόν, ήταν η επικοινωνία των θεών με τους ανθρώπους. Αργότερα όμως, ο «τρελός» δεν ήταν ακριβώς θεόσταλτος αλλά ο κακός δαίμονας που τον είχε κατακυριεύσει και ήθελε να κάνει κακό ή/ και τιμωρούνταν για κάτι κακό που έκανε αυτός ή οι πρόγονοί του. Το αίτιο λοιπόν ήταν η τιμωρία για κάτι κακό γι' αυτό και ήταν κατακριτέα οπότε και οι άλλοι παρουσίαζαν αρνητική στάση απέναντί του. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα η πνευματική αναπηρία αποδίδονταν γενικά σε δαιμονική κατοχή (Rie, 1971). Η θεραπεία δε μπορεί να ήταν ο ξορκισμός! (Βασιλείου, 1998). Ο Άγγλος φιλόσοφος John Locke (1632-1704) υπήρξε από τους πρώτους που διακήρυξαν τα ανθρώπινα δικαιώματα και εξέφρασε την πεποίθηση ότι τα παιδιά πρέπει να ανατρέφονται με σκέψη και φροντίδα και όχι με αδιαφορία και σκληρότητα. Υποστήριξε επίσης ότι τα παιδιά είναι συναισθηματικά ευαίσθητα πλάσματα, στα οποία πρέπει να δίνονται οι ανάλογες εκπαιδευτικές ευκαιρίες (Illick, 1974).

Οι κοινωνικές αντιλήψεις (αναπαριστάσεις) φαίνεται ότι εμπλέκονται στις ερμηνείες που μπορεί να δίνονται για διάφορα φαινόμενα τα οποία παρατηρούνται από τους ανθρώπους και τελικά διαμορφώνουν ανάλογα τη στάση και τη συμπεριφορά τους απέναντι σ' αυτά. Για παράδειγμα σε πρόσφατη έρευνα (Wilcox, et. al., 2007) διαπιστώθηκε ότι οι γονείς παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) λόγω των αρνητικών στάσεών τους απέναντι στην ψυχική ασθένεια δεν δέχονταν τη βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους. Το τελευταίο σημαίνει ότι η αναπτυξιακή πορεία ενός παιδιού το οποίο είναι αρκετά πιθανό να παρουσιάζει κάποια διαταραχή ενδέχεται να εξαρτάται από τις αντιλήψεις του περιβάλλοντος για την ψυχοπαθολογία.

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η διερεύνηση των ψυχολογικών μηχανισμών των γονιών μέσω των οποίων ενδέχεται να προσδιοριστούν τα πιθανά αίτια της απόφασής τους προκειμένου να αναζητήσουν τη συνδρομή ειδικών ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους.

1.1. Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την αναζήτηση βοήθειας (*seeking – help ή help – seeking*) και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (*use services mental health*)

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η αναζήτηση βοήθειας ή/ και η χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Μεταξύ αυτών οι κυριότεροι παράγοντες φαίνεται πως είναι ο πολιτισμός, η προσωπικότητα, η αναγνώριση της παρουσίας κάποιας διαταραχής είτε στα παιδιά είτε στους γονείς, κοινωνικοδημογραφικοί (το φύλο, η εκπαίδευση γονιών, διάφοροι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σύστημα περίθαλψης ψυχικής υγείας, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χαρακτηριστικά περιοχής αστική ή αγροτική, ο στιγματισμός της ψυχικής διαταραχής), η εμπιστοσύνη στους ειδικούς για τη βοήθεια που είναι σε θέση να προσφέρουν καθώς και η σοβαρότητα των διαταραχών (τύπος διαταραχής και παρατηρούμενη συμπεριφορά) (Douma et. al., 2006' Bussing, et. al., 2003' Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002' Angold et. al., 2002' Maniadaki et. al., 2005' Sheikh & Furnham, 2000' Mowbray, et. al., 2004' Zahner & Daskalakis, 1997' Yeh, et. al., 2004' Sheikh & Furnham, 2000' Lau & Takeuchi, 2001' Wilcox, et. al., 2007). Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα παρόλο που οι γονείς αντιλήφθηκαν την παρουσία κάποιας διαταραχής στα παιδιά τους, δεν αναζήτησαν βοήθεια από ειδικό επειδή δεν θεώρησαν σοβαρό το πρόβλημα (Douma et. al., 2006).

Τύποι βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Αρκετοί ειδικοί διαχωρίζουν *την αίσθηση της ανάγκης* των γονιών για βοήθεια από ειδικό *από τη χρήση* κάποιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας, διότι διαπιστώθηκε πως αν και πολλοί γονείς δήλωσαν την ανάγκη για βοήθεια από ειδικό, τελικά δεν έκαναν χρήση κάποιας υπηρεσίας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε επιδημιολογική έρευνα όπου αφενός μόνο το 40,8% των γονιών αντιλήφθηκε κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά τους αφετέρου από αυτούς το 70,6% δήλωσε πως αισθάνθηκε την ανάγκη βοήθειας αλλά τελικά μόνο οι μισοί περίπου από το 70% (55,2%) επισκέφθηκαν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Douma et. al., 2006). Παρόμοια αποτελέσματα υ-

πήρχαν και σε έρευνα όπου από τους γονείς που αναγνώρισαν τη ΔΕΠ-Υ, μόνο τα 2/5 επισκέφθηκαν τελικά κάποιον ειδικό και μάλιστα δυσανάλογα με το φύλο (συχνότερα για τα αγόρια) (Bussing, et. al., 2003). Όσον αφορά στο φύλο, σε δείγμα από την Ελλάδα διαπιστώθηκαν παρόμοια αποτελέσματα (Maniadaki et., al. 2005· 2006). Τα ερωτήματα που τίθενται είναι δύο. Γιατί αντιλήφθηκε μόνο το 40,8% των γονιών κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας και δεύτερον γιατί από τους γονείς που αντιλήφθηκαν κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά τους μόνο το 70,6% αισθάνθηκε την ανάγκη βοήθειας από ειδικό και τελικά (Teagle, 2002) από τους τελευταίους μόνο οι μισοί περίπου επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό και όχι απαραίτητα ειδικό ψυχικής υγείας αλλά παθολόγο ή/ και παιδίατρο; Επιπλέον, σε παλαιότερη έρευνα (Costelo et. al., 1993) διαπιστώθηκε ότι μόνο το 10-20% επισκέφθηκε ειδικό ψυχικής υγείας για αντίστοιχα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών ενώ σε πρόσφατη διαχρονική έρευνα τριών ετών στη Βρετανία (Ford et. al., 2005) το 42% από τις περιπτώσεις που αρχικά είχαν προσδιοριστεί με κάποια διαταραχή δεν ήρθε σε επαφή με καμία υπηρεσία του δημοσίου (πρωτοβάθμια περίθαλψη ή/ και ειδικούς ψυχικής υγείας) για τα προβλήματα που αντιμετώπιζε λόγω κάποιας διαταραχής στο διάστημα των τριών ετών.

Αντιλήψεις για τις ψυχικές διαταραχές και την αναζήτηση ή/ και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι περισσότερες έρευνες υπογραμμίζουν ότι μεταξύ των παραπάνω παραγόντων ο σημαντικότερος ο οποίος μπορεί να προβλέψει την αναζήτηση βοήθειας είναι αυτός που σχετίζεται με την αντίληψη των γονιών και των εκπαιδευτικών για την παρουσία ή απουσία κάποιας διαταραχής. Σημειώνεται, ότι η ψυχολογική διαδικασία της απόφασης επίσκεψης σε ειδικό για την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους δεν έχει μελετηθεί επαρκώς όπως άλλωστε αναφέρουν και πρόσφατες έρευνες (Douma et. al., 2006· Bussing, et. al., 2003· Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002· Maniadaki et., al., 2005· Sheikh & Furnham, 2000).

Οι Ford et. al. (2007) επισημαίνουν ότι οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι τρεις:

- α) η παρουσία ψυχοπαθολογίας,
- β) η προηγούμενη επαφή με υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τους εκπαιδευτικούς των παιδιών

γ) και η αντίληψη των γονιών και των δασκάλων για τη σοβαρότητα των δυσκολιών του παιδιού.

Άλλωστε, και σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά της αντίληψης – αναγνώρισης κάποιας διαταραχής στα παιδιά από τους γονείς τους ήταν εξαιρετικά χαμηλά (13,3%). Επίσης, δεν προέβλεψαν τη χρήση υπηρεσιών υγείας όπου στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτών αφορούσαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ και λιγότερο άλλες διαταραχές. Επιπλέον, ένα πρότυπο αναλυτικής απόδοσης των αιτίων της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους ενήλικες θα βοηθούσε στον προσδιορισμό της διαδικασίας της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος, αυτό που προτείνεται για μελλοντική έρευνα πρέπει να εστιάζει στην ανάπτυξη των προτύπων που στηρίζεται στην πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ της συμπεριφοράς των παιδιών, των γονικών σχημάτων, τη γονική συμπεριφορά και της δέσμευσης της αντιμετώπισης από τους γονείς (Teagle, 2002).

Η έννοια της «γονικής αντίληψης» για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών σε σχέση με την ανάγκη αναζήτησης ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται ότι δεν έχει αποσαφηνιστεί. Από διάφορες έρευνες φαίνεται ότι μεταξύ άλλων η «γονική αντίληψη» περιλαμβάνει:

α) τη γονική ανησυχία (Dulcan, et. al., 1990),

β) την ανάγκη για βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Zahner et. al., 1992),

γ) το φορτίο που προκαλεί η διαταραχή στην οικογένεια (Angold et. al., 1998) δ) και η σύγκριση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε σχέση με άλλα παιδιά από τους γονείς (Verhulst & van der Ende, 1997).

Τα αποτελέσματα της ανάγκης ή/ και της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας ποικίλουν ανάλογα με τον ορισμό της «γονικής αντίληψης» για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών. Για παράδειγμα, σε έρευνα (Verhulst & van der Ende, 1997) μόνο το ένα πέμπτο των γονιών αντιλήφθηκε ότι το παιδί τους παρουσιάζει κάποιο συναισθηματικό ή συμπεριφοριστικό πρόβλημα. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς της «γονικής αντίληψης» είναι 11% για το φορτίο, 13% αντίληψη κάποιου προβλήματος και 16% την ανάγκη υπηρεσίας ψυχικής υγείας (Zahner, et. al., 1992· Angold et. al., 1998· Teagle, 2002).

Γενικά, μεταξύ των πολυάριθμων ορισμών της «γονικής αντίληψης», η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τα οποία είναι έντονα και παρατηρήσιμα (εξωτερίκευση) και τα προβλήματα ψυχικής υγείας στους ίδιους τους γονείς, φαίνεται να είναι ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της αντίληψής τους για την παρουσία κάποιας διαταραχής. Α-

ντίθετα, κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, το μέγεθος και η σύνθεση της οικογένειας, αγχωτικά γεγονότα επηρεάζουν λιγότερο τις γονικές αντιλήψεις στην αναγνώριση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά τους (Dulcan, et. al., 1990' Zahner, et. al., 1992' Angold et. al., 1998' Verhulst & van der Ende, 1997' Teagle, 2002).

Από την εμπειρία μας αλλά και από έρευνες, έχει διαπιστωθεί ότι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως ιατροί παθολόγοι ή/ και παιδίατροι αντιλαμβάνονται σε πολύ χαμηλά ποσοστά την παρουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής (Costello et. al., 1988). Τα ποσοστά αναγνώρισης κυμαίνονται από 25% και φθάνουν έως και το 50% όταν τα προβλήματα είναι ψυχοκοινωνικής φύσης (Sayal & Taylor, 2004). Επιπλέον, η αναγνώριση κάποιας διαταραχής από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι πιο εύκολη όταν στις συζητήσεις τους με τους γονείς διακρίνουν την ανησυχία τους ή δέχονται ακόμη και το αίτημά τους για παραπομπή σε κάποιον ειδικό (Dulcan, et. al., 1990' Sayal & Taylor, 2004). **Δηλαδή, η γονική αντίληψη είναι αυτή που τελικά ενδέχεται να καθορίσει την αναγνώριση κάποιου προβλήματος από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και την απόφασή τους να παραπέμψουν τους γονείς σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας.** Το τελευταίο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής διότι από αρκετές έρευνες (Ellingson et. al., 2004' Reijneveld et. al, 2004) επισημαίνεται ο σημαντικός ρόλος των γονικών αντιλήψεων για την αναγνώριση από τους ίδιους αλλά και από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παθολόγοι, παιδίατροι) για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους. Τέλος, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η αντίληψη των γονιών για την ανάγκη να επιδιώξουν βοήθεια είναι ισχυρότερη ως πρόβλεψη σε σχέση με τη σοβαρότητα της διαταραχής για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Zahner, et. al., 1992' Sayal et. al., 2002).

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές η πλειονηφία των γονιών δεν αντιλαμβάνεται (αναγνώριση) την παρουσία κάποιας διαταραχής στα παιδιά τους. Ο παράγοντας αυτός καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Sayal et. al, 2003' Teagle, 2002). Ο Sayal (2006) προτείνει τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών τροποποίησης των αντιλήψεων των γονιών για τις δυσκολίες των παιδιών τους ενώ άλλοι ερευνητές (Zimmerman, 2005) προτείνουν τη διερεύνηση της λήψης απόφασης για βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας.

Οι κοινωνικοδημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Σε πολλές έρευνες φαίνεται ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες άλλοτε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όπως η ηλικία (Mowbray, et. al., 2004· Zahner & Daskalakis, 1997), το φύλο (Maniadaki et. al. 2005· Zimmerman, 2005· Bussing, et. al., 2005· Zahner & Daskalakis, 1997), το εισόδημα και η ανεργία (κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες) (Sayal, Taylor, & Beecham, 2003· Zahner & Daskalakis, 1997) και άλλοτε όχι (Zimmerman, 2005· Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002) στην απόφαση των γονιών να επισκεφθούν ειδικό για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους. Αντίθετα, οι αποδιοργανωτικές, οι συναισθηματικές διαταραχές καθώς και τα έντονα προβλήματα συμπεριφοράς είναι ένας καλός προβλεπτικός παράγοντας ώστε οι γονείς να αναζητήσουν τελικά τη βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, **η άτυπη αναζήτηση βοήθειας** (από περιοδικά, εφημερίδες, βιβλία, σχετικές ομάδες ειδικών, φίλοι κλπ.) για δυσκολίες παιδιών από τους γονείς τους φαίνεται ότι επικρατεί περισσότερο σε γονείς με υψηλή μόρφωση, ενώ η επίδραση του εισοδήματος, ο αριθμός των παιδιών και η γεωγραφική απόσταση φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην επίσημη επιδίωξη βοήθειας (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002). Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα (Peters, et. al., 2005) διαπιστώθηκε ότι προβλεπτικός παράγοντας της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούσαν και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Η ηλικία φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, γιατί σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου** (Mowbray, et. al., 2004· Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντήληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004). Επίσης, σε άλλη διαχρονική έρευνα τριών ετών (Ford et. al., 2005) διαπιστώθηκε ότι αφενός το τελικό ποσοστό επαφής με τις υπηρεσίες ήταν περίπου το μισό από αυτούς παρουσίαζαν κάποια διαταραχή αφετέρου μόνο το 20% τις επισκέφθηκε ειδικό τον πρώτο χρόνο ενώ έφθασε περίπου στο μισό των περιπτώσεων στο τέλος της τριετίας. Το τελευταίο επιβεβαιώνει κατά κάποιο τρόπο την ερμηνεία της προηγούμενης έρευνας, δηλαδή την χρονική αναμονή. Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που πιθανότατα σχετίζεται με δευτερογενή προβλήματα όπως για παράδειγμα οι ακαδημαϊκές δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές έχουν προσδιο-

ριστεί ως παράγοντας κινδύνου για ψυχικές διαταραχές (McGee, Feehan & Williams, 1995) και έχουν συνδεθεί με διαταραχές στη συμπεριφορά και γενικά τις αποδιοργανωτικές διαταραχές (Melter et. al., 2000· Rutter, Tizard & Whitmore, 1970) οι οποίες είναι πολύ καλοί προβλεπτικοί παράγοντες για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ford et. al., 2005· Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την πολύχρονη κλινική μας εμπειρία όπου οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση καθώς και οι διαταραχές στη συμπεριφορά αποτελούν τον κυριότερο λόγο παραπομπής για διάγνωση και αντιμετώπιση στο Κέντρο μας. Άλλωστε, σε πολλές έρευνες το αίτιο της αναζήτησης βοήθειας από τους γονείς ανεξάρτητα από τις αποδόσεις των αιτίων των ίδιων για τη συμπεριφορά των παιδιών τους, αποτελούσε κυρίως δυσκολίες στη μάθηση και τη συμπεριφορά (Wilcox, et. al., 2007· Yeh, et. al., 2004).

1.1.1. Πολιτισμός

Σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε ότι γονείς παιδιών με διαφορετική πολιτιστική ταυτότητα (μεταξύ Αφρικανών Αμερικάνων, Ασιατών σε Αμερικανικά νησιά του Ειρηνικού και Λατίνων - όχι Ισπανών λευκών) διέφεραν στις πεποιθήσεις των αποδόσεων των αιτίων για τις ίδιες διαταραχές. Συγκεκριμένα, μεταξύ άλλων διαπιστώθηκαν πολλές σημαντικές διαφορές μεταξύ των βιοψυχοκοινωνικών πεποιθήσεων, ενώ λιγότερες διαφορές μεταξύ των κοινωνιολογικών, κατοχή από πνεύματα ή φαντάσματα ή φυσικές αιτίες για τις διαταραχές πλην όμως και οι δύο αποτέλεσαν τις πιο σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα μεταξύ των Αφρικανών Αμερικάνων - Ασιατών με τους Λατίνους οι πρώτοι απέδιδαν τη διαταραχή σε κοινωνιολογικά αίτια ενώ οι δεύτεροι σε βιοψυχοκοινωνικά. Τέλος, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι εάν οι διαταραχές αποδίδονται από τους γονείς σε βιοψυχοκοινωνικά αίτια είναι περισσότερο πιθανό να αναζητήσουν ή/ και να δεχθούν βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας (Yeh, et. al., 2004). Σε παρόμοια διαπολιτισμική έρευνα μεταξύ Ασιατών της Βρετανίας, Πακιστανών και Δυτικοευρωπαϊκών πολιτισμών διαπιστώθηκε ότι ο πολιτισμός δεν είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης. Αντίθετα, η θρησκεία, ο πολιτισμός, καθώς και οι αντιλήψεις για το φύλο και την εκπαίδευση ήταν σημαντικότερες προβλέψεις σε σχέση με το συνολικό πολιτισμό (Sheikh & Furnham, 2000).

Επίσης, σε έρευνα (Lau & Takeuchi, 2001) όπου υποστηρίχθηκε το δομικό πρότυπο εξίσωσης (Structural Equation Model) εξετάστηκε ο παράγοντας του πολιτισμού μεταξύ Αμερικανών και Κινέζων γονέων για την πρόθεση επιδίωξης βοήθειας (help-

seeking). Λήφθηκε κοινοτικό δείγμα 120 Αμερικανών και Κινέζων γονιών παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των σύντομων χρονογραφήματων περιγράφοντας αντικοινωνικές συμπεριφορές παιδιών όπως για παράδειγμα η «ανυποκοή». Διαπιστώθηκε ότι οι πολιτιστικές αξίες άσκησαν μία έμμεση επίδραση στην πρόθεση της επιδίωξης βοήθειας (help – seeking) από ειδικό μέσω της συναισθηματικής απάντησης των γονιών η οποία ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης αυτής. Αυτές καθαντές οι πολιτιστικές αξίες μεταξύ Κινέζων και Αμερικανών όμως δεν είχαν διαφορά στην επίδραση της συναισθηματικής απάντησης η οποία επηρεάζονταν άμεσα από τις πολιτιστικές αξίες. Τέλος τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η *δριμύτητα* του προβλήματος ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας σε σχέση με την επιδίωξη βοήθειας.

Ο παράγοντας του πολιτισμού, λοιπόν, ενδέχεται να επηρεάζει την απόδοση των αιτιών για τις διαταραχές από τους γονείς για τα παιδιά τους και ως συνέπεια των αποδόσεων αυτών την αναζήτηση βοήθειας ή όχι από ειδικούς για τις διαταραχές αυτές. Το τελευταίο διαπιστώνεται και από άλλη έρευνα στο κρατίδιο Goa της Ινδίας (Wilcox, et. al., 2007) όπου οι θρησκευτικές ή εκπαιδευτικές πεποιθήσεις των γονιών παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιτέκονταν στην αιτιολόγηση των δυσκολιών των παιδιών τους ως «ψυχική διαταραχή» και ως εκ τούτου στην κατάλληλη επιστημονική αντιμετώπιση. Μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με τον πολιτισμό (φυλή / έθνος) επηρεάζουν την επιδίωξη βοήθειας (Bussing, 2005) αλλά είναι σημαντικότερες από τις κοινωνικοοικονομικές για την πρόβλεψη αναζήτησης ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αν και οι τελευταίες γενικώς δεν είναι καλοί προβλεπτικοί παράγοντες όπως διαπιστώνεται από έρευνα του Zimmerman (2005). Η φυλή ή το έθνος μπορεί να αλληλεπιδρά και να επηρεάζει τις αντιλήψεις για την ψυχική υγεία, ιδιαίτερα στην ανάληψη των πληροφοριών από τους εκπαιδευτικούς και τους σχολικούς συμβούλους (Slade, 2004). Επιπλέον, αρκετοί ερευνητές (Wilcox, et. al., 2007· Yeh, et. al., 2004· Bussing, 2005· Zimmerman, 2005) επισημαίνουν την ανάγκη διερεύνησης επεξηγηματικών προτύπων για τους γονείς προκειμένου να προσδιοριστούν τα πραγματικά αίτια της αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς όταν υπάρχει κάποια διαταραχή όπως η ΔΕΠ-Υ.

1.1.2. Προσωπικότητα

Η κοινωνικογονωστική θεωρία αναλύει την προσωπικότητα σε ένα σύνθετο σύστημα μα γνωστικών και συναισθηματικών διαδικασιών (Cervone, 1997· Mischel & Shoda,

1995). Το σύστημα αυτό αναπτύσσεται και αποκτά εσωτερική συνοχή εν μέρει μέσω των αλληλεπιδράσεων με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι πεποιθήσεις και οι αξιολογήσεις του ατόμου αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην αλληλεπίδραση με το περιβάλλον διότι *το ίδιο το άτομο είναι παραγωγός και προϊόν του κοινωνικού συστήματος*. (Bandura 2001) καθώς η προσωπικότητα είναι ένα αυτοσύστημα (Bandura, 1999) μέσω του οποίου οι άνθρωποι συμβάλουν στις εμπειρίες και τις ενέργειές τους.

Όπως επισημαίνουν οι Carraja & Cervone (2000) ο όρος «προσωπικότητα» μπορεί να χρησιμοποιείται με διαφορετικούς τρόπους που αφορούν σε τρεις απόψεις. Από την άποψη του ατόμου που ενεργεί μπορεί να είναι η συλλογή των ιδιοτήτων και των «κλίσεών» του, και της εμπειρίας του από τη ζωή. Από την άποψη του «παρατηρητή» η προσωπικότητα είναι ένα σύνολο ψυχολογικών χαρακτηριστικών μέσω των οποίων γίνεται η διάκριση των ατόμων. Τέλος, από την άποψη του επιστήμονα η προσωπικότητα είναι το ψυχολογικό σύστημα που μεσολαβεί στις συναλλαγές μεταξύ των ενδοψυχικών λειτουργιών και του ατόμου με το περιβάλλον του.

Η επιστημονική άποψη για την προσωπικότητα (σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική προσέγγιση) αναλύεται και συνοψίζεται σε τρία χαρακτηριστικά:

1. διασύνδεση των συστημάτων των πεποιθήσεων, των στόχων και των ικανοτήτων του ατόμου
2. αναπτύσσεται και λειτουργεί σε αμοιβαία βάση με το περιβάλλον αλλά και τους βιολογικούς μηχανισμούς του συναισθήματος
3. δίνει συνεπή πρότυπα συμπεριφοράς που μπορούν να διακρίνουν τα άτομα σύμφωνα με τα οποία (πρότυπα) περιλαμβάνονται τάσεις και μεταβλητότητα (Miscel et. al., 2002) για το μέσο όρο δράσης στα κοινωνικά πλαίσια αλλά και τάσεις του ίδιου του ατόμου σε σχέση με την ιδιοσυγκρασία του (Cervone, 1997, 1999).

Αντίθετα, άλλες έρευνες (π.χ. McCrae & Costa, 1996) υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει καμία διασύνδεση με τα χαρακτηριστικά για την προσωπικότητα σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική προσέγγιση, αλλά ότι η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από τάσεις προδιάθεσης βιολογικών αιτιών οι οποίες κληρονομούνται και δεν επηρεάζονται από το περιβάλλον, δεν υπάρχει διασύνδεση συστημάτων σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική προσέγγιση και τέλος τα κληρονομούμενα χαρακτηριστικά αντιστοιχούν σε μέσες συμπεριφοριστικές τάσεις και είναι παγκόσμιες.

Σε έρευνα με εφήβους αποδείχθηκε ότι μεταξύ άλλων μόνο «η συστολή» η οποία είναι ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας ιδιοσυγκρασιακής προέλευσης (δηλαδή, βιολογικής προδιάθεσης) επηρεάζει μεν την προσωπικότητα μπορεί όμως να αλλάζει

έως ένα βαθμό με την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τελικώς να αλλάξει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Caprara et. al., 2003).

Οι Goldsmith et. al., (1988) επισημαίνουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην επιδίωξη βοήθειας, δηλαδή, να αυξήσουν ή να μειώσουν τις πιθανότητες επιδίωξης βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αποτελούν πτυχές της προσωπικότητας του ατόμου. Τέλος, σε έρευνα με σπουδαστές κολλεγίων διαπιστώθηκε ότι η πρόβλεψη της ψυχικής υγείας και της ευτυχίας (καλή ψυχολογική κατάσταση) εξαρτάται περισσότερο από πτυχές προσωπικότητας όπως η νεύρωση, η εξωστρέφεια, η ψύχωση παρά από την απόδοση των αιτιών σε διαστάσεις όπως του τόπου, της σταθερότητας και της γενίκευσης. Συγκεκριμένα, οι αποδόσεις των αιτιών μεσολαβούν στη διαμόρφωση των συναισθηματικών καταστάσεων και επηρεάζουν κυρίως την έκβαση (θετική ή αρνητική) αλλά όχι την πρόβλεψη των καταστάσεων αυτών (συναισθηματικών) διότι αυτές καθορίζονται περισσότερο από πτυχές της προσωπικότητας όπως αυτές που αναφέρει η θεωρία του Eysenck (Chen & Furnham, 2001).

1.1.3. Τόπος κατοικίας (αστικές και μη αστικές περιοχές)

Σε έρευνα η οποία αφορούσε σε αγροτικό πληθυσμό και είχε μία οικολογική προσέγγιση, διαπιστώθηκε ότι ο τόπος κατοικίας διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην αναζήτηση ή/και χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας λαμβάνοντας υπόψη δύο στοιχεία: τον έντονο σπινταρισμό της ψυχικής ασθένειας και τις μεγάλες γεωγραφικές αποστάσεις από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιορίζοντας την επιδίωξη ειδικής βοήθειας (Hefflinger & Christens, 2006) όπως και σε παρόμοια έρευνα με αγροτικό πληθυσμό της Iowa (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002). Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχουν διάφορες γεωγραφικές παραλλαγές που αφορούν στην οργάνωση ή στη διαθεσιμότητα για την αναζήτηση ή/και χρήση των υπηρεσιών όταν όμως πρόκειται για παιδιατρικές ή κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο όταν πρόκειται για ψυχικές διαταραχές όπου το μεγαλύτερο ρόλο δεν έπαιξε η γεωγραφική απόσταση αλλά τα χαρακτηριστικά του παιδιού ή/και της οικογένειάς του (Ford et. al., 2007).

1.1.4. Ο παράγοντας του φύλου

Από έρευνες φαίνεται ότι η επίδραση του φύλου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιδίωξη βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας (Mowbray, et. al., 2004, Maniadaki et. al. 2005). Σε ότι αφορά γενικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που



δημιουργεί η ΔΕΠΙ-Υ φαίνεται ότι τα ευρήματα αντικρούονται, δηλαδή ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάλογα με το φύλο (Gershon, 2002' Nada-Raja, et. al., 1997).

1.1.5. Το «στίγμα» των ψυχικών διαταραχών

Πολλές έρευνες αναφέρουν την αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια, δηλαδή, το «στιγματισμό» και κατά συνέπεια τον περιορισμό ευκαιριών σε κοινωνικές δραστηριότητες (εργασία, συναναστροφές κλπ.) των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω κάποιας σοβαρής ψυχικής νόσου (Farina, 1988' Link et. al., 1989' Penn et. al., 1999). Επίσης, η αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς της ψυχικής υγείας σχετίζεται με το «στίγμα» (stigma) της ψυχικής νόσου και μάλιστα με αρνητικές στάσεις. Ο στιγματισμός συνδέεται άμεσα με τις στάσεις των γονιών απέναντι στην βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002). Φαίνεται όμως λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος σε κάποιες περιπτώσεις όπως στη σχιζοφρένεια ο χαμηλός βαθμός της αντίληψης για το στιγματισμό και η απόδοση του προβλήματος σε οργανικά αίτια αυξάνουν τις πιθανότητες να αναζητηθεί βοήθεια από ειδικό μέχρι του ποσοστού 40% από αυτούς που είχαν αντιληφθεί το πρόβλημα και είχαν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. **Επιπλέον, οι αιτιώδεις αποδόσεις και η ικανότητα αντιμετώπισης βρέθηκε να συνδέονται με την αναζήτηση βοήθειας (Wrigley et. al., 2005).** Στη συγκεκριμένη έρευνα όμως οι ενδιαφερόμενοι απευθύνονταν σε ιατρό παθολόγο. Δεν αναφέρεται εάν τελικά απευθύνθηκαν σε κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας.

Από άλλες έρευνες (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002) γνωρίζουμε ότι αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας πιο εύκολα αναζητούν πληροφορίες από πηγές στα πλαίσια μιας άτυπης αναζήτησης πληροφοριών (περιοδικά, παθολόγους, παιδίατρους κλπ.). Εάν αυτό γίνεται στην περίπτωση της σχιζοφρένειας (μίας σοβαρής ψυχικής διαταραχής) και μόνο το 40% από αυτούς αναζήτησε βοήθεια στη μορφή πληροφοριών από ιατρό παθολόγο (Wrigley et. al., 2005), λογικά για τις υπόλοιπες διαταραχές τα ποσοστά αυτά θα πρέπει να είναι μικρότερα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε διάφορες έρευνες το «στίγμα» της ψυχικής νόσου συνδέεται με τις αντιλήψεις των γονιών όπου ενισχύει τις πεποιθήσεις τους πως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είτε δεν είναι διαθέσιμες είτε δεν προσφέρουν ουσιαστική θεραπεία από τους ειδικούς (Richardson, 2001' Starr, Campbell, & Herrick, 2002). Δηλαδή, ενώ η πραγματική αιτία της άρνησής τους για αναζήτηση ή/ και χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οφείλεται στο στιγματισμό, οι ίδιοι (ίσως και να

φτάσουν στο σημείο να το πιστεύουν) το δικαιολογούν με άλλους παράγοντες όπως τους παραπάνω. Το τελευταίο θέτει ένα άλλο ερώτημα για τους γονείς σχετικά με το εάν και πότε συνειδητοποιούν αρκετά πράγματα σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές.

Ο Corrigan (1998), αναφέρει τρία παραδείγματα που ενδέχεται να λειτουργούν ως τρόποι μέσω των οποίων μπορεί να εξηγηθεί η διαδικασία του «στιγματισμού» της ψυχικής νόσου. Τα παραδείγματα αυτά είναι: οι κοινωνικοπολιτιστικές προοπτικές, οι κοινωνικές προκαταλήψεις και το κοινωνικογνωστικό πρότυπο. **Μεταξύ των τριών σε άλλη έρευνα (Corrigan et. al., 2000) το κοινωνικογνωστικό πρότυπο σύμφωνα με τη θεωρητική προσέγγιση της απόδοσης των αιτιών του Weiner, διαπιστώθηκε ότι οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «σταθερότητας» μπορούν να εξηγήσουν καλύτερα τη δημιουργία του «στίγματος» για τις ψυχικές διαταραχές.** Φαίνεται λοιπόν, ότι το «στίγμα», δηλαδή, η αρνητική στάση απέναντι στις ψυχικές διαταραχές αφενός συνδέεται με τη γνωστική διαδικασία των αποδόσεων των αιτιών και αφετέρου ο «στιγματισμός» είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής.

Πρότυπα αναζήτησης βοήθειας ή/ και χρήσης υπηρεσιών

Τα πρότυπα αυτά ποικίλουν ανάλογα με την προσέγγιση και τις συνθήκες. Οι Veroff, Kulkka & Donovan (1981) είχαν προτείνει ένα απλό πρότυπο για την κατάληξη της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, προτείνουν ότι προηγείται η αναγνώριση και η δεκτικότητα της ιδέας του προβλήματος από αυτούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Στη συνέχεια η λήψη απόφασης να επιδιώξουν βοήθεια, έπειτα να επιλέξουν ποιος θα τους βοηθήσει και τέλος να κάνουν χρήση της επιλογής βοήθειας που προηγήθηκε.

Σε άλλη βιβλιογραφική ανασκόπηση μεταξύ εθνικών μειονοτήτων προτάθηκε ειδικό μοντέλο στην περίπτωση παιδιών με ΔΕΠ-Υ το οποίο προτείνει τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τον προσδιορισμό της επιδίωξης βοήθειας από τους γονείς για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους. Οι συγγραφείς προτείνουν ως βασικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας, την αναγνώριση του προβλήματος από τους γονείς. Μεταξύ άλλων παραγόντων οι οποίοι φαίνεται πως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι οι πολιτιστικές αξίες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Eiraldi, et. al., 2006).

Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώνονται σε πρόσφατη βιβλιογραφική αναθεώρηση για την χρήση υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, τα συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική έρευνα του Sayal (2006) προτείνουν ένα πυραμδικό πρότυπο με τρία φίλτρα και τέσσερα στάδια. Στη βάση της πυραμίδας αυτής βρίσκεται η γονική αντίληψη (πρώτο στάδιο). Το πρώτο στάδιο αφορά στο πρώτο φίλτρο της απόφασης των γονιών να συμβουλευθούν ειδικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παθολόγο ή/ και παιδίατρο, αίσθηση της ανάγκης πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους γονείς). Ακολουθεί το δεύτερο φίλτρο της αναγνώρισης του προβλήματος. Η αναγνώριση αυτή γίνεται από κάποιο ειδικό ιατρό παθολόγο ή/ και παιδίατρο (δευτερο στάδιο). Το τρίτο φίλτρο αφορά στην παραπομπή των γονιών από τον παθολόγο ή/ και παιδίατρο για διάγνωση και αντιμετώπιση από ειδικές υπηρεσίες. Το τρίτο φίλτρο έχει δύο στάδια, το τρίτο και το τέταρτο. Το τρίτο στάδιο αφορά στη διαχείριση του προβλήματος από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (δηλαδή εάν ο παθολόγος ή/ και παιδίατρος τελικά θα παραπέμψει τους γονείς σε ειδικές υπηρεσίες) και το τέταρτο στάδιο στη χρήση ειδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για διάγνωση και αντιμετώπιση από τους γονείς.

1.1.6. Σύνοψη

Το γεγονός όμως αφενός των χαμηλών ποσοστών της επίσκεψης σε ειδικούς ψυχικής υγείας παρόλο που υπάρχει διαταραχή και αφετέρου τα χαμηλά ποσοστά της πρόβλεψης επίσκεψης σε ειδικό από τους παραπάνω παράγοντες, (σύμφωνα με τις έρευνες), αλλά και σύμφωνα με προτάσεις από πρόσφατες έρευνες για διερεύνηση των ψυχολογικών μηχανισμών των ίδιων των γονιών προκειμένου να αναζητηθεί βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας, οδήγησε στην παρούσα εργασία. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες από τις παραπάνω έρευνες διατυπώνουν τα στοιχεία που ενδέχεται να καθορίζουν την αναζήτηση βοήθειας ή/ και της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεν αναφέρονται όμως ενδελεχώς σ' αυτούς τους ψυχολογικούς μηχανισμούς καθώς και στην πορεία εξέλιξης τους φτάνοντας στη λήψη απόφασης. Ακριβώς αυτό πραγματεύεται η παρούσα διατριβή όπου έγινε προσπάθεια να τεκμηριώσει ένα μοντέλο εξήγησης της κατά τα άλλα γνώστης συμπεριφοράς των γονιών κύρια για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και γενικά για τον τρόπο σκέψης σε ότι αφορά στους χειρισμούς τους για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Επειδή λοιπόν, οι κοινωνικές αντιλήψεις φαίνεται ότι επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά των ανθρώπων όχι μόνο απέναντι στην ψυχοπαθολογία, παρακάτω θα

γίνει αναφορά για τον τρόπο με τον οποίο δημιουργούνται. Επίσης, θα γίνει αναφορά στους ψυχολογικούς μηχανισμούς με τους οποίους οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν το φαινόμενο των ψυχικών διαταραχών μέσα από το παράδειγμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) ή/ και άλλων αναπτυξιακών διαταραχών.

1.2. Δημιουργία κοινωνικών αντιλήψεων (αναπαραστάσεων)

Από την κοινωνική ψυχολογία γνωρίζουμε ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις (αναπαραστάσεις) είναι προκατασκευασμένες ιδέες, έκφραση προσδοκιών, αναγωγή της σκέψης και άσκηση κριτικής από τα άτομα τα οποία αποκτούν ορισμένα διανοητικά σχήματα και «γνώσεις» από την κοινωνία τους για πράγματα που αφορούν στο κοινωνικό τους σύνολο.

Ο πρώτος που ασχολήθηκε με τις κοινωνικές αντιλήψεις (αναπαραστάσεις) ήταν ο Serge Moscovici. Οι κοινωνικές αντιλήψεις αναφέρονται στο κομμάτι της «ιδεολογίας» το οποίο είναι αμεσότερα προσλαμβανόμενο και συγκεκριμένο για το άτομο, τόσο από γνωστική άποψη, όσο και από την άποψη της επιρροής της στο επίπεδο της συμπεριφοράς. Επίσης, η ιδεολογία είναι ένα ιδιαίτερα πλατύ κοινωνικό φαινόμενο με συστηματική δομή σε αντίθεση με τις κοινωνικές αντιλήψεις οι οποίες δεν χαρακτηρίζονται από κάτι τέτοιο αλλά συγκροτούνται από διάφορα εννοιολογικά τμήματα με πολλούς τρόπους. Τέλος, έχουν τη δική τους υπόσταση όπως και στον ίδιο βαθμό με τη μνήμη, την ομιλία και παρουσιάζονται με σταθερότητα και συνέπεια.

Σε ατομικό επίπεδο συμμετέχουν ενεργά και αποφασιστικά για τη διαμόρφωση και λειτουργία της ατομικής συνείδησης, των κινήτρων, μετατρέποντας την ατομική συμπεριφορά σε συλλογική πρακτική. Είναι *πραγματικότητες* που τις ασπάζονται, τις δημιουργούν και τις αναπαράγουν πολλά άτομα στη διάρκεια της συλλογικής τους ζωής.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω οι κοινωνικές αναπαραστάσεις φαίνεται ότι τελικά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τα πράγματα γύρω μας. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι δυναμικές, ευμετάβλητες και κυκλικές μορφές σκέψης που μεταλλάσσονται σχετικά εύκολα και συνδέουν τον αφαιρετικό χαρακτή-

ρα των γνώσεων και των πεποιθήσεών μας με τη συγκεκριμενοποίηση των διατομικών σχέσεων και πρακτικών.

Σύμφωνα με τον Moscovici οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δημιουργούνται κυρίως μέσω της διαδικασίας της αντικειμενοποίησης και της επικέντρωσης. Η πρώτη συγκεκριμενοποιεί το αφηρημένο, δηλαδή, μετατρέπει μια έννοια σε εικόνα, ενώ η δεύτερη μας επιτρέπει να ενσωματώσουμε στη γνωστική μας δομή κάτι που μας είναι άγνωστο. Η *επικέντρωση* είναι διαδικασία που προέρχεται από τη θεωρία της Μορφής (Gestalt) και σημαίνει ότι τοποθετούμε ένα καινούργιο αντικείμενο σε ένα γνωστό πλαίσιο αναφοράς για να μπορέσουμε να το εξηγήσουμε και να το ερμηνεύσουμε. Τέλος, ο Moscovici (1981) υποστηρίζει πως ο βασικός σκοπός των κοινωνικών αναπαραστάσεων είναι ο *έλεγχος του αγνώστου* από τα άτομα, ενώ μεταξύ των λειτουργικών μερών των κοινωνικών αναπαραστάσεων είναι και η *αιτιολόγηση* όπου ενεργοποιούνται τα κοινωνικά στερεότυπα που με τη σειρά τους εκφράζονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι τα πολιτιστικά στοιχεία κάθε κοινωνίας μεταδίδονται στα νέα μέλη της μέσω των διαδικασιών της *κοινωνικοποίησης* και του *επιπολιτισμού*. Ο Child (1954) όρισε την *κοινωνικοποίηση* ως «τη συνολική διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο, το οποίο γεννιέται με συμπεριφορικές δυνατότητες τεράστιου φάσματος, οδηγείται στο να αναπτύξει ορισμένες μόνο μορφές συμπεριφοράς που περιορίζονται σε στενότερο φάσμα, δηλαδή, το φάσμα που είναι αποδεκτό από τις αρχές της ομάδας του». Ο Herskovits (1948) υποστήριξε ότι τα περισσότερα από όσα μαθαίνουμε, τα μαθαίνουμε χωρίς άμεση, σκόπιμη διδασκαλία όπως ιδέες, έννοιες, αξίες, απλώς λόγω της διαθεσιμότητας των ποικίλων ερεθισμάτων στον περιβάλλοντα χώρο. Οι αξίες αυτές μεταδίδονται ευρέως, άμεσα και έμμεσα, και εμπεδώνονται στη συνείδησή μας διότι δεν αμφισβητούνται σχεδόν ποτέ. Το είδος αυτής της μάθησης ονομάζεται «*επιπολιτισμός*» και αναφέρεται σε όλα τα είδη μάθησης που συντελούνται στην ανθρώπινη ζωή επειδή απλώς είναι διαθέσιμα. Με άλλα λόγια οι αντιλήψεις της κάθε κοινωνίας μεταδίδονται μέσω των διαδικασιών της κοινωνικοποίησης και του επιπολιτισμού και ως εκ τούτου τα άτομα διαφορετικών κοινωνικών ομάδων θα έχουν σαφώς διαφορετικών ειδών εμπειρίες. *Αν λάβουμε υπόψη τα διαφορετικά συναισθήματα και τα κίνητρα που μπορεί να έχει το κάθε άτομο ξεχωριστά το οποίο ανήκει στην ίδια κοινωνία, τότε καταλαβαίνουμε πόσο διαφορετικά ενδέχεται να ερμηνεύεται το ίδιο γεγονός από τα μέλη της ίδιας κοινωνίας.*

Τέλος, τα επιπολιτισμένα άτομα είναι συνήθως ανυποψίαστα σχετικά με τη συνειδητοποίηση των ιδεών, αξιών που έχουν μάθει από την κοινωνία τους. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι μάλλον κάποια πράγματα τα θεωρούν δεδομένα όπως στο παράδειγμα της έρευνας των Wilcox, et. al. (2007) για την αρνητική στάση τους απέναντι στη βοήθεια από τους ειδικούς.

1.3. Κοινωνικές Αντιλήψεις για τα αίτια της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς

Οι κοινωνικές αντιλήψεις της κάθε εποχής φαίνεται ότι επηρέαζαν την απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των ανθρώπων. Επιπλέον, ανάλογα με την απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς καθορίζονταν και ο τρόπος αντιμετώπισης της συμπεριφοράς αυτής. Για παράδειγμα, στο μεσαίωνα οι αντιλήψεις που επικρατούσαν για τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών σήμερα μπορεί να θεωρούνται αστείες. Δεν είναι όμως καθόλου αστείο να θεωρεί κάποιος ότι ένα παιδί γεννιέται «φύσει κακό» κατά τον 17^ο αιώνα. Το αποτέλεσμα αυτής της αντίληψης οδήγησε στην αυστηρότητα, την πειθαρχία και την σωματική κακοποίηση πολλές φορές όσων παιδιών δεν συμμορφώνονταν με τους κανόνες της κοινωνίας τους ως κύριος τρόπος αντιμετώπισης παρόμοιων προβλημάτων που παρουσίαζαν τα παιδιά αυτά. Ο Άγγλος φιλόσοφος John Locke (1632-1704) υπήρξε από τους πρώτους που διακήρυξαν τα ανθρώπινα δικαιώματα και εξέφρασε την πεποίθηση ότι τα παιδιά πρέπει να ανατρέφονται με σκέψη και φροντίδα και όχι με αδιαφορία και σκληρότητα. Υποστήριξε επίσης ότι τα παιδιά είναι συναισθηματικά ευαίσθητα πλάσματα, στα οποία πρέπει να δίνονται οι ανάλογες εκπαιδευτικές ευκαιρίες (Illick, 1974).

Οι ψυχικές διαταραχές άρχισαν να απασχολούν τους ανθρώπους επιστημονικά μόλις πριν από 150 χρόνια περίπου. Η διάκριση μεταξύ «της φυσιολογικής συμπεριφοράς» και «της παθολογικής» για θέματα ψυχικής υγείας ήταν και συνεχίζει να είναι ως ένα βαθμό πρόβλημα όχι μόνο για τους ειδικούς αλλά και για τους μη ειδικούς. Εάν μία συμπεριφορά «χαρακτηριστεί» από κάποιον ως ασθένεια, δηλαδή, κάτι το οποίο μάλλον ξεφεύγει από τις δυνατότητες αντιμετώπισης από τον ίδιο, τότε υπάρχουν πολλές πιθανότητες να αναζητηθεί ειδική βοήθεια.

Σε επιδημιολογικές έρευνες (Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996) διαπιστώθηκε ότι σε κοινοτικό δείγμα από τη Μ. Βρετανία και άλλων χωρών μόνο το 20% ή και

λιγότερες των περιπτώσεων που παρουσίαζαν κάποια διαταραχή ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό δείχνει πως ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων με ψυχικές διαταραχές δεν επισκέπτεται ειδικό. *Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι τα αίτια αυτής της συμπεριφοράς αφορούν στο στιγματισμό ή/ και στην αντίληψη του περιβάλλοντος του ατόμου (γονείς, οικείοι και άλλοι) πως δεν υπάρχει πρόβλημα ψυχικής διαταραχής.*

Σε άλλη επιδημιολογική έρευνα (Wrigley, 2005) διαπιστώθηκε ότι σε σοβαρές περιπτώσεις ψυχικής ασθένειας (σχιζοφρένειας ή/ και κατάθλιψης) μόνο το 36% αναζητήσε βοήθεια και τελικά επισκέφθηκε κάποιον ειδικό. Στην περίπτωση της κατάθλιψης, τα αίτια της αποδίδονταν στο χαρακτήρα. Επίσης, όσο περισσότερο θεωρούσαν πως στιγματίζονται κοινωνικά τόσο λιγότερο πιθανό ήταν να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ακόμη, όταν θεωρούσαν πως πρόκειται μάλλον για βιολογικό πρόβλημα τότε ήταν περισσότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Από τις παραπάνω έρευνες διαπιστώνεται ότι όταν κάποιο άτομο παρουσιάζει «δυσλειτουργική συμπεριφορά» είναι πολύ αμφίβολο αν θα αναζητηθεί η βοήθεια κάποιου ειδικού. Τα αίτια αυτού του φαινομένου αφορούν στις αντιλήψεις για το *στιγματισμό* καθώς και στα αίτια που αποδίδονταν για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά από τους ίδιους ή/ και από άλλους. Επιπλέον, όταν θεωρηθεί πως η συμπεριφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε βιολογικά αίτια τότε ήταν περισσότερο πιθανό τα άτομα αυτά να απευθύνονται σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Δηλαδή, αν η δυσλειτουργική συμπεριφορά αποδοθεί σε βιολογικά αίτια τότε το άτομο θεωρείται «άρρωστο» και μάλλον πρέπει να του παρασχεθεί βοήθεια ειδικού. Αντίθετα, αν θεωρηθεί ότι είτε οφείλεται στο «χαρακτήρα» του είτε οφείλεται σε κάτι που μπορεί να ελέγξει τότε δεν είναι «άρρωστο» και πρέπει να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του χωρίς τη βοήθεια ειδικού.

Η αξιολόγηση από τον ειδικό έχει σκοπό τη διάγνωση και κατά συνέπεια την κατάλληλη αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. **Η λήψη απόφασης όμως για την αξιολόγηση αυτής της συμπεριφοράς από ειδικό εξαρτάται συνήθως από άτομα του περιβάλλοντός του.** Αυτό συμβαίνει γιατί ένα άτομο με δυσλειτουργική συμπεριφορά συνήθως δεν είναι σε θέση να κρίνει αν χρειάζεται βοήθεια ή όχι από ειδικό. Εάν τυχαίνει το άτομο αυτό να είναι παιδικής ηλικίας η αναζήτηση της βοήθειας από ειδικό εξαρτάται αποκλειστικά από άλλους (γονείς ή/ και τους εκπαιδευτικούς). Από την αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία γνωρίζουμε πόσο σημαντικό είναι οι

ψυχικές διαταραχές να εντοπίζονται σε όσο το δυνατό μικρή ηλικία, ώστε να αποφεύγεται η συσσώρευση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών.

Συμπερασματικά, σε περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό φαίνεται να είναι περισσότερο απίθανη παρά πιθανή (Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996) και φαίνεται ότι εξαρτάται από την απόδοση των αιτίων της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με τον Mosecovici (1981) η απόδοση των αιτίων για τον «έλεγχο του αγνώστου» αποτελεί λειτουργικό μέρος των κοινωνικών αντιλήψεων (αναπαραστάσεων). Επιπλέον, σε περιπτώσεις παιδιών που μπορεί να παρουσιάσουν στοιχεία ψυχοπαθολογίας, αυτά αξιολογούνται συνήθως από τους γονείς τους. Γίνεται απόλυτα κατανοητό πώς η αξιολόγηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς του παιδιού από τους γονείς του είναι πιθανό να τους οδηγήσει και στην απόφαση της αναζήτησης βοήθειας από κάποιον ειδικό. Γιατί όμως (Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996) είναι περισσότερο απίθανο παρά πιθανό να αναζητηθεί η βοήθεια ειδικού από τους γονείς των παιδιών;

Οι κοινωνικές αντιλήψεις λοιπόν, επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων. Επειδή μέρος των αντιλήψεων αυτών αποτελεί η αιτιολόγηση όπου ενεργοποιούνται τα κοινωνικά στερεότυπα που με τη σειρά τους εκφράζονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς (Moscovici, 1981) παρακάτω παρουσιάζεται ο μηχανισμός της απόδοσης για τα αίτια (αιτιολόγησης) σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα. Παρόλα αυτά σε πρόσφατες έρευνες (Mayer & Hanges, 2003· McFarland, Lev-Arey & Ziegert, 2003· Nguyen, O'Neal & Ryan, 2003· Ployhart, Ziegert & McFarland, 2003· Sackett, 2003) επισημαίνεται ότι οι στερεότυπες αντιλήψεις (όπως για παράδειγμα της απειλής) έχουν ενδιαφέρουσες σχέσεις με την απόδοση των αιτίων. Επιπλέον, οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι οι αποδόσεις των αιτίων ελάχιστα διαφέρουν μεταξύ των υποομάδων σε σχέση με τις στερεότυπες αντιλήψεις.

Επειδή ο μηχανισμός της απόδοσης αιτίων συνδέεται άμεσα με τις αντιλήψεις των ατόμων και στην περίπτωσή μας με τις αντιλήψεις των γονιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους, **στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε να διερευνηθούν τα πιθανά αίτια και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί των γονιών που τελικά ενδέχεται να τους οδηγήσει στην απόφαση να αναζητήσουν βοήθεια ή όχι από ειδικούς ψυχικής υγείας για τη συμπεριφορά των παιδιών τους η οποία ενδέχεται να τους προβληματίσει.**

Για την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών αυτών και επειδή η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) παγκοσμίως παρουσιάζεται με

αυξημένη συχνότητα στα παιδιά (3 – 5 %) (American Psychiatric Association, 1994) αλλά και στην Ελλάδα (10 – 16 % περίπου) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Ζουρνατζής και συν. 2003) θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθούν οι μηχανισμοί αυτοί μέσα από το παράδειγμα της ΔΕΠ-Υ. Το πρώτο ερώτημα αφορά στο μηχανισμό με τον οποίο μπορεί να αποδίδονται τα αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς τους.

1.4. Μηχανισμός απόδοσης αιτίων (attributions)

Σε έρευνα των Joiner & Wagner (1976) βρέθηκε πως υπάρχει σχέση μεταξύ της απόδοσης αιτίων (attributions³) των γονιών και της έκβασης της συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Σχεδόν κατά κανόνα οι γονείς προσπαθούν να αιτιολογήσουν και να ερμηνεύσουν⁴ την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού τους. Η προσπάθεια αυτή όπως αναφέρθηκε επηρεάζεται άμεσα από τις κοινωνικές αντιλήψεις της κάθε κοινωνίας και έχει ως στόχο την ανάλογη αντιμετώπιση των προβλημάτων στη συμπεριφορά του παιδιού από τους ίδιους. Συνήθως υιοθετούν κάποια ερμηνεία και ανάλογα μ' αυτή εφαρμόζουν τις ανάλογες τακτικές ώστε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού τους. Πολλές φορές όμως αποτυγχάνουν στην προσπάθεια αυτή και μπορεί να ανασκευάζουν τη θεωρία τους (**υπολανθάνουσα**) ή να εκτιμούν πως δεν είναι ικανοί προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά οι ίδιοι μια τέτοια κατάσταση. Η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy⁵) στη συμπεριφορά των γονιών έχει διερευνηθεί ελάχιστα σε αντίθεση με τον εκπαιδευτικό χώρο και ως έννοια ψυχολογικής λειτουργίας έχει εισαχθεί από τον Albert Bandura.

Σχετικές έρευνες που αφορούν στην αντίληψη του κοινωνικού περιγύρου για την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών, καταδεικνύουν πως σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει σοβαρή πιθανότητα η παρουσία ή όχι προβληματικής συμπεριφοράς να κρί-

³ Ο όρος «attribution» ερμηνεύεται ως «απόδοση αιτίων» (*ψυχολογία*, τ. 7, *τευχ. 1 παράρτημα* Απρίλιος 2000, εκδ. Ελληνικά Γράμματα), και σημαίνει ότι το άτομο έχει την τάση να προσδιορίζει τα αίτια (σωστά ή λάθος) μιας συμπεριφοράς (της δικής του ή άλλων). Στη διαδικασία αυτή μπορεί να χρησιμοποιούνται παρόμοιες εμπειρίες του παρελθόντος (εφόσον υπάρχουν ως πληροφορίες) του ίδιου ή/και άλλων.

⁴ Η **προσπάθεια αυτή των γονιών οδηγεί σε υπολανθάνουσες (implicit) θεωρίες**. Στην ψυχολογία οι θεωρίες αυτές αφορούν στις αιτιώδεις σχέσεις οι οποίες στηρίζονται κατά κύριο λόγο στις προσωπικές εμπειρίες και αντιλήψεις των γονιών. Επίσης, η ερμηνεία την οποία ο γονέας υιοθετεί κάθε φορά για τη συμπεριφορά του παιδιού του σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της δικής του προσωπικότητας.

⁵ Ο όρος «Self-Efficacy» συνήθως αποδίδεται στα ελληνικά ως «αυτοαποτελεσματικότητα» (*ψυχολογία*, τ. 7, *τευχ. 1 παράρτημα* Απρίλιος 2000, εκδ. Ελληνικά Γράμματα). Αναφέρεται στη διαδικασία εκτίμησης από κάποιο άτομο για τον εαυτό του που αφορά στην ικανότητά του να αντιμετωπίσει επιτυχώς ή όχι μία συμπεριφορά η οποία αποτελεί πρόβλημα για το ίδιο ή/και για άλλους.

νεται όγι τόσο με βάση τις πραγματικές δυσκολίες των παιδιών αλλά ανάλογα με τον τρόπο που ερμηνεύουν τις δυσκολίες αυτές οι ενήλικες. Για παράδειγμα σε έρευνα με κοινοτικό δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας στη χώρα μας (Maniadaki, 2003) βρέθηκε ότι υπήρχε διαφορετική αντίληψη και ερμηνεία των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας από τους γονείς ή/ και τους εκπαιδευτικούς ανάλογα με το φύλο των παιδιών.

Με ποιό τρόπο όμως τα άτομα αναζητούν μια αιτιώδη κατανόηση των γεγονότων; Σύμφωνα με τη γνωστική ψυχολογία ο ανθρώπινος νους επεξεργάζεται τις πληροφορίες μέσω γνωστικών διεργασιών. Ένα απλό σύστημα επεξεργασίας της πληροφορίας ξεκινά με τη γνωστική διαδικασία της αντίληψης, συνεχίζει με τη διαδικασία της σκέψης και τελικά μπορεί να καταλήξει στη λήψη απόφασης. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι προκατασκευασμένες ιδέες, έκφραση προσδοκιών κλπ. Επίσης, είναι κοινές στα άτομα της ίδιας κοινωνίας και καθορίζουν κατά κάποιο τρόπο τυποποιημένες (στερεότυπες) αντιδράσεις από τα άτομα. Παρακάτω θα γίνει αναφορά στον μηχανισμό αντίληψης των ερεθισμάτων σε ατομικό επίπεδο ο οποίος φαίνεται να είναι κοινός σε όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από την κοινωνία τους και τον πολιτισμό τους.

1.4.1. Αντίληψη και ερμηνεία

Αντίληψη είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα *ερμηνεύουν* τις πληροφορίες που δέχονται για να σχηματίσουν αντικείμενα, γεγονότα, εικόνες, ήχους, προτάσεις κλπ. Στις αρχές του 18^{ου} αιώνα ο φυσιολόγος Johannes Müller διαπίστωσε ότι τα οπτικά, ηχητικά και άλλα ερεθίσματα μεταφέρονται από τα αισθητήρια όργανα στον εγκέφαλο, όπου ερμηνεύονται ως διαφορετικά είδη αισθήσεων. Η ιδέα αυτή αποτελεί τη βάση της βιολογικής προσέγγισης του φαινομένου της αντίληψης. **Σήμερα γνωρίζουμε πως η αντίληψη είναι μια ερμηνευτική διαδικασία.** Ο πρώτος που επισήμανε τη διαφορετική ερμηνεία από διαφορετικά άτομα των ίδιων μετρήσιμων φυσικών ερεθισμάτων ήταν ο φυσικός Fechner, ο οποίος και πρότεινε πως το φαινόμενο αυτό αποτελεί αντικείμενο άλλης επιστήμης.

Μια ομάδα Γερμανών ψυχολόγων, που είναι γνωστοί ως Ψυχολόγοι της Μορφής (Gestalt) υποστήριζαν ότι οι νοητικές διεργασίες αποτελούνται κυρίως από σχηματοποιήσεις σε σύνολα (gestalten) και όχι από ακολουθίες απλών αισθητηριακών αντιλήψεων ή από διασυνδέσεις ανάμεσα στα ερεθίσματα και τις αντιδράσεις, όπως υποστήριζαν οι μπηχεβιοριστές.

Η έρευνα των θεωρητικών της διαδικασίας της αντίληψης περιορίστηκε κυρίως στην επεξεργασία των οπτικών ερεθισμάτων. Ο Gibson (1979), ιδρυτής της θεωρίας της άμεσης αντίληψης, πιστεύει ότι η αντίληψη δεν είναι μια διαδικασία που συμβαίνει από μόνη της αλλά σε ένα πλούσιο περιβάλλον από ερεθίσματα. Αντίθετα, άλλοι ψυχολόγοι (Bruner, 1957· Gregory, 1970) υποστηρίζουν ότι η αντίληψη είναι μια *ερμηνευτική διαδικασία* η οποία δεν βασίζεται μόνο σε πληροφορίες που προέρχονται από το ερέθισμα αλλά επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες και γνώσεις, οι οποίες δημιουργούν προσδοκίες σχετικά με το τι πρόκειται να δούμε ή να ακούσουμε. Σύμφωνα με την άποψη αυτή το αντιληπτικό σύστημα μπορεί να κατασκευάσει μια αναπαράσταση της πραγματικότητας συναρμολογώντας τα επιμέρους τμήματα των αντιληπτικών μας πληροφοριών. Στη διαδικασία αυτή το *αντιληπτικό σύστημα δημιουργεί και ελέγχει υποθέσεις που δεν είναι τίποτα άλλο από πιθανές ερμηνείες των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων*. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα όπου οι ερμηνείες του αντιληπτικού συστήματος είναι λανθασμένες όπως για παράδειγμα οι αντιληπτικές *πλάνες*. Ο Fodor (1985) διακρίνει δύο είδη αντιληπτικών διαδικασιών. Αυτές που απαιτούν συλλογισμούς και είναι ευέλικτες (π.χ. διαδικασίες δημιουργίας και ελέγχου υποθέσεων όταν λύνουμε προβλήματα, όταν παίρνουμε αποφάσεις κλπ.) και αυτές που απαιτούν συλλογισμό οι οποίες δεν είναι ευέλικτες αλλά παγιωμένες, δηλαδή, η προηγούμενη γνώση και εμπειρία δεν μπορούν να τις επηρεάσουν.

Ο Neisser (1976) πρότεινε τον αντιληπτικό κύκλο ως την καλύτερη ερμηνεία του φαινομένου της αντίληψης. Περιγράφει την αντίληψη ως μια ενεργητική διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών, η οποία προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Ουσιαστικά, υποστήριξε πως σε περίπτωση που υπάρχουν πλούσια ερεθίσματα, τότε η αντίληψη είναι άμεση όπως την περιγράφει ο Gibson. Όταν όμως οι πληροφορίες που διαθέτει το άτομο είναι περιορισμένες, τότε πρέπει να διαμορφώσει κανόνες και υποθέσεις, όπως υποστηρίζουν οι Gregory και Bruner. Ο ίδιος θεωρεί ότι τα αντιληπτικά γεγονότα της πραγματικής ζωής περιλαμβάνουν πολλά διαφορετικά προβλεπτικά *σχήματα* συγχρόνως. Για παράδειγμα, όταν παρατηρούμε κάποιον να χαμογελάει, το ερμηνεύουμε στη βάση μιας σειράς επιπέδων. Σε κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο γνωρίζουμε ότι αυτό είναι ένα σήμα με κανόνες που περιορίζουν τους τρόπους με τους οποίους θα αντιδράσουμε. Σε προσωπικό επίπεδο ίσως ερμηνεύσουμε το χαμόγελο ως ευγενικό, κινικό ή ίσως ως κενό, ανάλογα με τις προσδοκίες που έχουμε από το άτομο που χαμογελά. Σε επικοινωνιακό επίπεδο ίσως το εκλάβουμε ως ένδειξη ότι είναι σειρά μας να μιλήσουμε κ.ο.κ. Όλα αυτά είναι παραδείγματα διαφορετι-

κόν αντιληπτικών κύκλων. Τέλος, όπως επισημαίνει ο ίδιος η προηγούμενη εμπειρία, η παρούσα κατάσταση και η μελλοντική συμπεριφορά αφενός συνδέονται αξεδιάλυτα αφετέρου δε σημαίνει ότι αντιλαμβανόμαστε μόνο ότι προσδοκούμε να δούμε.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την πραγματικότητα ανάλογα με τις εμπειρίες τους και την προηγούμενη γνώση ή/και ανάλογα με τις προσδοκίες τους. Για παράδειγμα οι εμπειρίες ενός ατόμου επηρεάζονται άμεσα από τον πολιτισμό της κάθε κοινωνίας, αλλά και από τις εμπειρίες και τη γνώση του κάθε ατόμου ξεχωριστά όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

Επιστρέφοντας στο αρχικό ερώτημα για τον τρόπο απόδοσης των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη:

- τις αντιλήψεις (κοινωνικές αναπαραστάσεις) της συγκεκριμένης κοινωνίας για συγκεκριμένο θέμα οι οποίες μαθαίνονται ασυνείδητα μέσω της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης και του επιπολιτισμού,
- την αντιληπτική διεργασία σε γνωστικό επίπεδο σύμφωνα με τον Neisser η οποία είναι ανεξάρτητη από τον πολιτισμό, δηλαδή είναι πανανθρώπινη (1976),
- ότι οι αντιλήψεις αυτές καθορίζουν τις εμπειρίες, τη γνώση και τις προσδοκίες που μπορεί να αποκτήσει το κάθε άτομο ξεχωριστά στο περιβάλλον του
- τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του κάθε ατόμου ξεχωριστά
- τα συναισθήματα, τα κίνητρα κλπ. που μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο της ίδιας κοινωνίας.

Συμπεραίνουμε πως σε κάθε περίπτωση φαίνεται ότι τα άτομα ακολουθούν περίπου τον ίδιο τρόπο αντίληψης σε γνωστικό επίπεδο με τη σημαντική όμως διαφορά πως καταλήγουν σε διαφορετικές ερμηνείες. Δηλαδή, στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τα γεγονότα που παρατηρούν, **κατασκευάζουν τις δικές τους υπολανθάνουσες θεωρίες**. Στην ψυχολογία οι θεωρίες αυτές αφορούν στις αιτιώδεις σχέσεις οι οποίες στηρίζονται κατά κύριο λόγο στις προσωπικές εμπειρίες και αντιλήψεις των ατόμων για τον πολιτισμό, την κοινωνία κλπ.. Επίσης, η ερμηνεία την οποία υιοθετεί κάθε φορά το άτομο σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της δικής του προσωπικότητας. Για παράδειγμα η ερμηνεία και η αιτιολόγηση της «τρέλας» από κάποιο άτομο εξαρτάται από τις κοινωνικές αντιλήψεις (κοινωνικές αναπαραστάσεις) της κοινωνίας του. Όπως αναφέρθηκε αρχικά, στην αρχαιότητα η «τρέλα» θεωρούνταν ότι ήταν μήνυμα από τους θεούς ενώ στο μεσαίωνα ο κακός δαίμονας που τιμωρούσε. Δηλαδή, παρα-

τηρούνται δύο αντίθετες συμπεριφορές των μελών των κοινωνιών αυτών. Επειδή όμως αναφερόμαστε σε εντελώς διαφορετικές εποχές, με εντελώς διαφορετικές κοινωνικές αντιλήψεις (οι οποίες είναι μέρος της ιδεολογίας της κάθε εποχής ξεχωριστά) είναι λογικοφανές τα μέλη των κοινωνιών αυτών να έχουν αντίθετες συμπεριφορές απέναντι στην «τρέλα».

Παρόλα αυτά σε έρευνα, οι Sobol et. al., (1989) διαπίστωσαν ότι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ χρησιμοποίησαν τις ίδιες αιτιώδεις κατηγορίες ώστε να εξηγήσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, αναφέροντας ως αιτιολογικό παράγοντα την ελλιπή προσπάθεια κλπ. Το τελευταίο εξηγείται σύμφωνα με τη δημιουργία των κοινωνικών αντιλήψεων διότι χαρακτηριστικό αυτών είναι η μετάλλαξη και η ευελιξία τους ανάλογα με τις ιδεολογίες της κάθε εποχής. Δηλαδή, σε κάθε εποχή οι ιδεολογίες είναι περίπου οι ίδιες και συνεπώς οι κοινωνικές αντιλήψεις συγκλίνουν, οπότε εύλογο είναι στην παραπάνω έρευνα γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ να χρησιμοποιήσουν τις ίδιες αιτιώδεις κατηγορίες προκειμένου να ερμηνεύσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (εφόσον η έρευνα και για τις δύο ομάδες διενεργήθηκε την ίδια εποχή «ιδεολογιών»).

Φαίνεται λοιπόν, ότι τα άτομα ακόμη και αν δεν έχουν βιώσει μια δυσλειτουργική συμπεριφορά η οποία μπορεί να οφείλεται στη ΔΕΠ-Υ, η απόδοση των αιτιών της συμπεριφοράς αυτής ήταν ίδια. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί σύμφωνα με τις διαδικασίες δημιουργίας των κοινών αντιλήψεων (μέσω της κοινωνικοποίησης και του επιπολιτισμού) από την κοινωνία προς τα άτομα. Η κοινή αντίληψη για τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών αφορά συνήθως σε κανόνες που πρέπει να εφαρμόζουν οι γονείς προς τα παιδιά τους με σκοπό να επιτυγχάνεται μεταξύ άλλων συμμόρφωση και υπακοή των παιδιών απέναντι στους κανόνες αυτούς. Ακόμη, υπάρχει η κοινή αντίληψη ότι τα παιδιά από την πλευρά τους θα πρέπει να καταβάλλουν προσπάθειες προκειμένου να συμπεριφέροντε σωστά σύμφωνα με τις οδηγίες που τους δίνουν οι γονείς τους. Επιπλέον, εάν τα παιδιά δεν ακολουθούν τους κανόνες αυτούς θα πρέπει να γίνονται παρατηρήσεις και να επιβάλλονται τιμωρίες σ' αυτά από τους γονείς τους. Στο παράδειγμα για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και επειδή αυτά δυσκολεύονται να ακολουθούν κανόνες ενδέχεται να χαρακτηριστούν από τους ενήλικες ως «τεμπέλικα» ή ότι δεν «καταβάλλουν προσπάθεια» κ.α. Τέλος, σύμφωνα με τη διαδικασία των αντιληπτικών διεργασιών του Neisser (1976) στα ίδια άτομα τα οποία αντλούν ερεθίσματα από τις αντιλήψεις της κοινωνίας, οδηγούνται στην κατα-

σκευή της ίδιας περίπου *υπολανθάνουσας θεωρίας* και αποδίδουν στα ίδια αίτια τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είτε τη βίωσαν είτε όχι π.χ. σε έλλειψη προσπάθειας.

Μπορούμε λοιπόν να υποθέσουμε ότι από τη στιγμή που κάποιος αποκτά την ιδιότητα του γονιού, συνήθως φαντάζεται και προσδοκά να διαπαιδαγωγήσει σωστά το παιδί του. Δηλαδή, να μάθει στο παιδί του μεταξύ άλλων την υπακοή και γενικά την ανάλογη συμπεριφορά σύμφωνα με τις αντιλήψεις της εποχής του και της κοινωνίας του. Όταν το παιδί δεν ανταποκρίνεται σ' αυτές τις «κοινωνικές επιταγές» τότε ο γονιός αρχίζει να προβληματίζεται για το πιθανό αίτιο της απουσίας ανταπόκρισης του παιδιού του στις οδηγίες που του δίνει. Προκειμένου να ερμηνεύσει την κατάσταση αυτή επιστρατεύει τις γνώσεις του, ενδεχομένως και τις εμπειρίες του ίσως και τις προσδοκίες του και κατασκευάζει μία θεωρία με την οποία ερμηνεύει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά, δηλαδή ότι αρκετά παιδιά αντιδρούν και δεν ακολουθούν τις οδηγίες των γονιών τους επειδή π.χ. δεν καταβάλουν προσπάθεια. Ποια είναι όμως η διαδικασία της σκέψης για την απόδοση της αιτίας;

1.4.2. Διαδικασία απόδοσης αιτίων

Μία από τις πιο κυρίαρχες τάσεις στην ανθρώπινη σκέψη είναι η αναζήτηση αιτίων ή λόγων για τους οποίους συμβαίνουν τα πράγματα. Η θεωρία απόδοσης αιτίων του Heider (1944, 1958) υποστηρίζει ότι τα άτομα αναζητούν μια αιτιώδη κατανόηση των γεγονότων και ειδικά όταν τα γεγονότα αυτά είναι αρνητικά (Clery & Tesser, 1983; Wong & Weiner, 1981) και απροσδόκητα (Wong & Weiner, 1981) όπως για παράδειγμα η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Γενικά, οι απόδοσεις των αιτίων γίνονται αυτόματα και γρήγορα (Forsterling, 2001). Επιπλέον, είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι γονικές αποδόσεις είναι κοινωνικές κατασκευές και υπό αυτή τη μορφή επηρεάζονται από το περιβάλλον κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο (Johnston, & Ohan, 2005).

Η δεύτερη γενιά των θεωρητικών της απόδοσης των αιτίων σχημάτισε και συστηματοποίησε την ιδέα του Heider, συνεχίζοντας την αναλογία του διαισθητικού επιστήμονα. Ο Kelley (1967-1972) σχημάτισε το αναλυτικό μοντέλο της συμμεταβολής της απόδοσης των αιτίων. Το εν λόγω μοντέλο εστίασε στον τρόπο με τον οποίο ένας παρατηρητής χρησιμοποιεί μία λογική παρόμοια με την ανάλυση της διάστασης για να καθορίσει αν η αιτία για την αντίδραση ενός ατόμου σε ένα αντικείμενο έγκειται στο άτομο, το αντικείμενο, ή το περιστασιακό περιεχόμενο. Περίπου την ίδια χρονική

περίοδο, οι Jones & Davis (1965) πρότειναν αντίστοιχη συμπερασματική θεωρία, για τον τρόπο με τον οποίο ένας παρατηρητής αναλύει τη συμπεριφορά ενός ηθοποιού και τα αποτελέσματά της ώστε να καταλήξει σε συμπεράσματα για τις προσωπικές προδιαθέσεις του ηθοποιού.

Ο Weiner (1986) υποστήριξε ότι επειδή για ένα γεγονός υπάρχει μεγάλος αριθμός αιτίων που μπορεί να αποδοθεί ως αίτιο ή καλύτερα ως αιτιώδη κατηγορία (π.χ. έλλειψη προσπάθειας ή ανικανότητα) για το γεγονός αυτό, διαπίστωσε ότι μεταξύ των αποδόσεων αυτών για τα αίτια υπάρχουν τρεις βασικές διαστάσεις αιτίων περισσότερο σημαντικές από τις πρόσκαιρες συνθήκες (π.χ. έλλειψη προσπάθειας ή ανικανότητα) όπου λαμβάνει χώρα το γεγονός για το οποίο γίνεται προσπάθεια απόδοσης της αιτίας του. Οι τρεις αυτές διαστάσεις αφορούν στον προσδιορισμό:

- του *τόπου* (locus) δηλαδή αν το γεγονός οφείλεται σε εσωτερικούς (χαρακτηριστικά προδιάθεσης του ατόμου) ή εξωτερικούς (περιστασιακούς) παράγοντες σε σχέση με το άτομο.
- Της *σταθερότητας* (stability) δηλαδή πόσο συχνά παρουσιάζεται το γεγονός / συμπεριφορά σε σχέση με το χρόνο.
- Της *ελεγχιμότητας* (controllability) δηλαδή κατά πόσο μπορεί να ελέγχεται η συμπεριφορά από το ίδιο το άτομο.

Αυτές οι τρεις διαστάσεις καθορίζουν από κοινού τον τύπο των συναισθηματικών, των συμπεριφοριστικών, και των γνωστικών εκβάσεων που πιθανώς να προκύψουν από το σχηματισμό απόδοσης των αιτίων. Ο ίδιος κατέδειξε ότι η διάσταση της «*σταθερότητας*» αφορά πρώτιστα στις προσδοκίες και στις προθέσεις του ατόμου, ενώ ο «*τόπος*» και η «*ελεγχιμότητα*» αφορούν πρώτιστα στις αυτοαντιλήψεις του.

Μερικοί ερευνητές (Taylor, 1981) υποστήριξαν πως η θεωρία της απόδοσης των αιτίων δεν έλαβε υπόψη της τον παράγοντα του συναισθήματος. Ο Weiner (1992, 1995) σε απάντηση της κριτικής αυτής προσδιόρισε το συνδυασμό των διαστάσεων του *τόπου* και της *ελεγχιμότητας* οι οποίοι καθορίζουν και την συναισθηματική κατάσταση των γονιών με ανάλογα συναισθήματα. Εάν οι γονείς θεωρήσουν ότι τα αίτια είναι εσωτερικά και ελέγξιμα τότε τα συναισθήματά τους είναι κυρίως ο θυμός και η ντροπή. Εάν όμως θεωρήσουν ότι τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς είναι εσωτερικά και δεν είναι δυνατόν να ελέγχονται από το παιδίιώθουν οίκτο και συμπόνοια.

Τα ανάλογα συναισθήματα λοιπόν, όπως φαίνεται και από άλλες έρευνες (Wilson-Scott & Dembo, 1993) συνδέονται με τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτιών όπως για παράδειγμα όταν θεωρούνται εσωτερικές (τόπος) αλλά σκόπιμες (επίτηδες) και ελέγξιμες (ελεγχιμότητα) τότε δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα (αρνητικές επιπτώσεις). Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα (Bolton et. al., 2003) βρέθηκε ότι η υψηλή έκφραση των συναισθημάτων των γονιών η οποία οφείλονταν στην προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους, τούς οδήγησε στη χρήση υπηρεσιών από ειδικούς (κλινικούς ψυχολόγους) επειδή θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους αφορά στα ίδια (εσωτερικά αίτια) και μπορούν να ελέγχονται (ελεγχιμότητα) από τα ίδια. Αυτό σημαίνει ότι δημιουργούνταν αρνητικά συναισθήματα στους γονείς των παιδιών οι οποίοι μάλλον κατέληγαν σε αδιέξοδο θεωρώντας ότι δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους.

Άλλωστε, τα συναισθήματα είναι σχεδόν κατά κανόνα παρόντα στις αλληλεπιδράσεις των ατόμων και βέβαια μεταξύ γονέων και παιδιών και συμβάλουν στο αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης (Dix, 1991). Τέλος, ο Lazarus (1991) έχει περιγράψει τις συγκινήσεις ως μηνύματα τα οποία αποδίδονται σε συγκεκριμένα αίτια όπως για παράδειγμα την ευτυχία σε συνεργατική κοινωνική πρόθεση ενώ το θυμό σε εχθρική κοινωνική πρόθεση.

Χαρακτηριστική είναι η σύνδεση του αποτελέσματος της προσπάθειας του ατόμου με κάποιο στόχο του όπου οι Brockner & Wiesenfeld (1996) μεταξύ άλλων διαπίστωσαν ότι όταν τα άτομα αποτύχουν στους στόχους τους, τείνουν να αποδίδουν τα αίτια της αποτυχίας τους σε εξωτερικούς παράγοντες παρά σε εσωτερικούς (διάσταση «τόπου»). Αντίθετα, εάν έχουν επιτυχία στους στόχους τους τείνουν να αποδώσουν σε εσωτερικά αίτια την επιτυχία τους παρά σε εξωτερικά. Με άλλα λόγια υπάρχει η τάση να αποδίδουμε τις επιτυχίες μας σε εσωτερικούς παράγοντες και τις αποτυχίες μας σε εξωτερικούς (Forsterling, 2001· Fiske & Taylor, 1991). Τέλος, για τη διαμόρφωση των *στάσεων* απέναντι στα άτομα μεσολαβεί η διαδικασία της απόδοσης της αιτίας και ως συνέπεια αυτής η βοήθεια ή όχι προς τα άτομα αυτά (Betancourt, 1990· Schmidt & Weiner, 1988).

Σε άλλες έρευνες έχουν εξεταστεί και άλλες δύο διαστάσεις της απόδοσης αιτιών που αφορούν στη «γενίκευση» ή σφαιρικότητα ή συνολικότητα, δηλαδή γενικό για όλες τις καταστάσεις της ζωής του ίδιου ατόμου (globality) (Weiner, 2000· Peterson et. al., 1982· Peterson & Villanova, 1988· Cornah, et. al., 2003) και στην κα-

θολικότητα ή «παγκοσμιοτητα», δηλαδή στη σύγκριση του άτομα με άλλα της ίδιας περίπου ηλικίας (universality) (Cornah, et. al., 2003' Stratton et. al., 2001).

Οι Gilbert & Malone (1995) προτείνουν ένα μοντέλο απόδοσης των αιτιών το οποίο ξεκινά:

α) από το παρατηρήσιμο γεγονός ή/ και την κατάσταση.

β) ακολουθεί η προσδοκία του ατόμου, δηλαδή, γι' αυτό που θα έπρεπε να συμβεί κανονικά σύμφωνα με τα δικά του δεδομένα ή/ και με τα δεδομένα που είναι γενικώς αποδεκτά.

γ) αντιλαμβάνεται το πραγματικό γεγονός και το συγκρίνει μ' αυτό που θα έπρεπε να είχε συμβεί

δ) και τέλος αποδίδει τα αίτια του γεγονότος ανάλογα με την προσδοκία στην προδιάθεση του ατόμου ή/ και του εαυτού του (εσωτερικοί παράγοντες) ή σε περιστασιακούς (εξωτερικούς) παράγοντες.

Για παράδειγμα στη βάση αυτού του μοντέλου θα μπορούσε να λειτουργήσει και η απόδοση των αιτιών για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους. Δηλαδή, οι γονείς (α) παρατηρούν τη συμπεριφορά των παιδιών τους, (β) ακολουθεί η προσδοκία τους για «σωστή» συμπεριφορά από το παιδί τους, (γ) αντιλαμβάνονται όμως ίδια ή διαφορετική συμπεριφορά από την αναμενόμενη σύμφωνα με την προσδοκία τους, (δ) και τέλος αποδίδουν τη συμπεριφορά αυτή σε αίτια που αφορούν είτε σε προδιάθεση (dispositional) (εσωτερικούς παράγοντες) είτε σε παροδικές συνθήκες (εξωτερικοί παράγοντες) που αφορούν στο παιδί τους.

Σε αναθεώρηση των ερευνών για την απόδοση των αιτιών (Ployhart & Harold, 2004) επισημαίνεται ότι το μοντέλο των Gilbert & Malone (1995) είναι μια απλή διαδικασία η οποία όμως αποτελεί τον πυρήνα για κάθε διαδικασία της απόδοσης των αιτιών.

Οι Ployhart & Harold (2004) σε αναθεώρηση των θεωριών της απόδοσης των αιτιών προτείνουν μια θεωρία, την υπονήφια θεωρία απόδοσης αιτιών - αντίδραση (Applicant Attribution – Reaction Theory (AART)) η οποία έχει ως σκοπό να εξηγήσει καλύτερα τη γνωστική επεξεργασία ενός ατόμου ξεκινώντας από την παρατήρηση κάποιου γεγονότος ή/ και κατάστασης, της απόδοσης των αιτιών των γεγονότων ή/ και καταστάσεων καθώς και των μεμονωμένων διαφορών ή/ και των πολιτιστικών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την απόδοση των αιτιών, έως την αντίδραση ή τη συμπεριφορά του ατόμου σε σχέση με το γεγονός ή/ και την κατάσταση που παρατηρεί. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη της γνωστικής επεξεργασίας των αποδόσεων των

αιτίων βρίσκεται ανάμεσα στην παρουσία κάποιου γεγονότος ή/ και κατάστασης και του σχηματισμού αντιλήψεων για το γεγονός ή/ και την κατάσταση (π.χ. σωστού ή λάθους, χαρακτηριστικών) καθώς και της τελικής συμπεριφοράς (π.χ. κίνητρο). Σημειώνεται ότι οι ερευνητές θεωρούν τις αντιλήψεις αυτές όπως για παράδειγμα του «σωστού ή λάθους» υποπροϊόντα της απόδοσης των αιτίων.

Οι Ployhart & Harold (2004) διατυπώνοντας την υποψήφια θεωρία τους (Applicant Attribution – Reaction Theory (AART)) επισημαίνουν ότι σύμφωνα με άλλες έρευνες η διαδικασία της απόδοσης των αιτίων ξεκινά όταν ένα γεγονός χαρακτηριστεί από το άτομο ως ξαφνικό, αγχωτικό, αρνητικό ή γενικά σημαντικό (Fiske & Taylor, 1991· Wong & Weiner, 1981) καθώς και ότι η διαδικασία αυτή *είναι έμφυτη* σε περιπτώσεις όπου το άτομο καλείται να επιλέξει μεταξύ πιθανών ενδεχομένων που αφορούν στα αίτια (Ployhart & Ryan, 1997). Στην θεωρητική προσέγγιση των Ployhart & Harold (2004) επισημαίνεται ο διαχωρισμός μεταξύ της πραγματικότητας του γεγονότος ή/ και της κατάστασης από αυτό που έχει αντιληφθεί το ίδιο το άτομο ως γεγονός ή/ και κατάσταση από το πραγματικό, διότι όπως αναφέρεται και σε άλλες έρευνες διάφοροι παράγοντες όπως η ελλιπής ή φτωχή γνώση, η εκλεκτική κωδικοποίηση των περιστασιακών πληροφοριών του ατόμου (Gilbert & Malone, 1995· Gilbert et. al., 1988· Trope, 1986), οδηγούν στο θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτίων, γνωστό και ως «**απατηλή συνάφεια**».

Μέρος όμως της τάσης για την απόδοση των αιτίων είναι να θεωρείται από τα άτομα ότι τα γεγονότα κατά κάποιο τρόπο αλληλοσυνδέονται. Στη λήψη αποφάσεων, αυτό μπορεί να οδηγήσει στο σφάλμα που είναι γνωστό με τον όρο «**απατηλή συνάφεια**». Η απατηλή συνάφεια μάς οδηγεί να αντιμετωπίσουμε δύο εντελώς ξεχωριστά πράγματα σα να επηρεάζουν κατά κάποιο τρόπο το ένα το άλλο (Heyes, 1998). Η απατηλή συνάφεια σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς (Tversky & Kahnemann, 1973) σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών.

Η θεωρία των Ployhart & Harold (2004) προτείνει πως μετά το γεγονός ή/ και την κατάσταση που παρατηρεί το άτομο, ακολουθεί η γνωστική επεξεργασία από το ίδιο το άτομο ως εξής:

- α) η «αντιληπτή πραγματικότητα» του ατόμου (η οποία δεν εξασφαλίζει την αντίληψη του πραγματικού γεγονότος ή/ και κατάστασης),
- β) ακολουθεί η σύγκριση με τις αντιλήψεις του σε σχέση με τις προσδοκίες του για ίδια ή/ και παρόμοια γεγονότα ή/ και καταστάσεις.

γ) Στη συνέχεια αντιλαμβάνεται εάν μεταξύ γεγονότος ή/ και κατάστασης και των προσδοκιών του (δηλαδή, αυτό που θα έπρεπε να είχε συμβεί σύμφωνα με τις τις δικές του αντιλήψεις) υπάρχει αντίθεση ή συμφωνία.

δ) Τέλος, σύμφωνα με την αυτοαντίληψή του, ανεξάρτητα από την διαπίστωση που κάνει (δηλαδή εάν τα αποτελέσματα είναι αντίθετα ή όχι με τις προσδοκίες του) **ξεκινά να αποδίδει τα αίτια του γεγονότος στη βάση των τριών διαστάσεων του Weiner (1985)**, δηλαδή, του «τόπου», της «σταθερότητας» και της «ελεγχιμότητας». Σημειώνεται ότι οι ερευνητές θεωρούν πολύ σημαντικό το στάδιο αυτό, διότι παρατηρείται η πλήρης συνέπεια των λαθών (απατηλή συνάφεια), των προκαταλήψεων και χειρισμών που θα ακολουθήσουν διαμορφώνοντας τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων.

ε) Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα από αυτή τη διεργασία θα καθορίσουν τη στάση του και τη συμπεριφορά του απέναντι στο γεγονός ή/ και την κατάσταση.

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με την πρόταση των παραπάνω ερευνητών τα στάδια από α) έως και δ) επηρεάζονται σημαντικά από πολιτιστικούς παράγοντες όπως διαπιστώνεται και από άλλη έρευνα για τις αποδόσεις των αιτιών (Fletcher & Ward, 1988) αλλά και από τις ατομικές διαφορές. Στους πολιτιστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η ατομικότητα (δηλαδή, πόσο ατομικά ή συλλογικά λειτουργεί το άτομο), η κοινωνική τους δύναμη, το φύλο, η κοινωνική αστάθεια / αβεβαιότητα / αμφιβολία και η αποφυγή. Στις ατομικές διαφορές περιλαμβάνονται οι εμπειρίες των ατόμων, η προσωπικότητά τους, οι αξίες τους, οι υπολανθάνουσες θεωρίες και οι πεποιθήσεις τους.

Σε έρευνα, οι Sobol et. all., (1989) διαπίστωσαν ότι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ, αφενός χρησιμοποίησαν τις ίδιες αιτιώδεις κατηγορίες ώστε να εξηγήσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ **αφετέρου διέφεραν στις εκτιμήσεις τους για τις διαστάσεις της «σταθερότητας» και της «ελεγχιμότητας» για τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους γονείς που δεν είχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ.** Στο παράδειγμα της περίπτωσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ οι γονείς των παιδιών αυτών μπορεί να αποδίδουν την υπερκινητικότητα στη «ζωηράδα», την καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας στην «ανωριμότητα», την αντιδραστική συμπεριφορά στην «ανυπακοή», στην κακή διάθεση ή/ και στο γεγονός ότι το παιδί τους είναι «κακομαθημένο» κ.ο.κ.

Σύμφωνα με τον Weiner (1995' 2000) τα άτομα προσπαθούν συνήθως να διακρίνουν εάν το αίτιο κάποιου γεγονότος είναι ελέγξιμο ή όχι. Ανάλογα με την απόδοση της αιτίας (ελέγξιμη ή όχι) θα διαμορφώσουν ανάλογη στάση και συμπεριφορά απέναντι είτε στους ίδιους είτε στους άλλους. Δηλαδή, εάν θεωρήσουν πως είναι ελέγξιμο (π.χ. έλλειψη προσπάθειας) τότε διαμορφώνεται μία αρνητική στάση απέναντι στη συμπεριφορά οπότε καταδικάζουν το άτομο. Αντίθετα, εάν θεωρήσουν ότι το αίτιο προέρχεται από μια ανεξέλεγκτη πηγή (π.χ. βιολογία) τότε συνήθως διαμορφώνεται μία θετική στάση απέναντι στη συμπεριφορά και κατά συνέπεια κατανοούν ότι η συμπεριφορά αυτή δεν είναι σκόπιμη και ενδέχεται να παρέχουν υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο. Ο ίδιος επισημαίνει ότι τα άτομα κρίνονται ανάλογα με το αν εξαρτάται ή δεν εξαρτάται από τα ίδια η κακή τους κατάσταση και κατά συνέπεια θεωρούνται υπαίτια (υπόλογα) ή άρρωστα αντίστοιχα για αυτή.

Θεωρητικοί της απόδοσης των αιτιών (Fiske & Taylor, 1991' Nisbett & Ross, 1980) υποστηρίζουν ότι οι αποδόσεις των αιτιών διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς επειδή τα άτομα τις χρησιμοποιούν για να κατανοήσουν και να ελέγχουν το περιβάλλον τους (Forsterling, 1992). Συνεπώς, ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται και αποδίδουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους θα επηρεάσουν και τη δική τους συμπεριφορά απέναντι στη συμπεριφορά των παιδιών τους (Bugental, et. al., 1998).

Σε άλλη έρευνα με δείγμα 131 μητέρες αγοριών ηλικίας 6-10 ετών διερευνήθηκε μεταξύ άλλων η εκτίμηση της ικανότητάς τους ώστε να ελέγχουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι η παραπάνω εκτίμηση συνδέεται με την απόδοση αιτιών που προηγούνται (Geller & Johnston, 1995).

Σύμφωνα με τα παραπάνω αλλά και σε έρευνα των Hoza et. al., (2000) διαπιστώθηκε ότι οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί των γονιών στα παιδιά τους τα οποία έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από τους ίδιους στην «κακή διάθεση» και στην «έλλειψη προσπάθειας» των παιδιών τους και όχι σε κάτι που μπορεί να οφείλεται σε οργανικά αίτια. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ακόμη και όταν αναζητήθηκε η βοήθεια ειδικού οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδόθηκε από τους γονείς τους στα ίδια αίτια, δηλαδή, την «ανεπαρκή προσπάθεια», την «κακή διάθεση» του παιδιού κ.ο.κ. Το τελευταίο σημαίνει ότι σε ότι αφορά στην απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους δεν υπήρχε αλλαγή. Σε επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα (Maniadaki & et. al., 2006) με τη μέθοδο της υποθετικής παρου-

σίασης (σύντομα χρονογραφήματα) (vignettes) περιπτώσεων παιδιών όπου περιγράφονταν ουσιαστικά τα συμπτώματα για τη ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ και οι γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ έκριναν ως σοβαρή τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού (συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ) και θα απευθύνονταν σε ειδικό προκειμένου να τους συμβουλευτεί σε ποσοστό 78,2% και 83,2% αντίστοιχα.

Στην πράξη όμως (Metzler, et. al., 2000· Leaf et. al., 1996) το ποσοστό των ατόμων που αναζητούν βοήθεια από ειδικό είναι ιδιαίτερα χαμηλό (περίπου 20%). Πιθανόν να εμπλέκονται άλλοι παράγοντες ώστε τελικά να αναζητείται βοήθεια από ειδικό. Άλλωστε, είναι διαφορετικό να βιώσει κάποιος ένα πρόβλημα και να πρέπει να πάρει αποφάσεις από την απλή αναφορά σε κάτι απαντώντας θεωρητικά και μάλιστα όταν πρόκειται για προσφιλές του πρόσωπο και ακόμη περισσότερο όταν πρόκειται για το ίδιο το παιδί του.

Συνοψίζοντας θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ανάλογα με την απόδοση των αιτιών από τους γονείς για τη συμπεριφορά του παιδιού τους μπορεί να τους οδηγήσει ώστε να λάβουν απόφαση και για τον «κατάλληλο» κατά τα άλλα τρόπο αντιμετώπισης διαπράττοντας πιθανότατα το σφάλμα της «απατηλής συνάφειας». Δηλαδή, αν για παράδειγμα η αντιδραστική συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ αποδίδεται από τους γονείς του στην «ανεπαρκή προσπάθεια» (δηλαδή κάτι που θεωρητικά σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών μπορεί να «ελεγχθεί» από το παιδί) ενδέχεται να θεωρήσουν πως οι ίδιοι είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν το αίτιο αυτό (την «ανεπαρκή προσπάθεια» προσπάθεια του παιδιού τους) και δε μένει παρά να «πείσουν» το παιδί τους πως πρέπει να καταβάλει περισσότερη προσπάθεια συνήθως με συνεχόμενες παρατηρήσεις και επιβολή τιμωριών. Το αποτέλεσμα όμως τέτοιων χειρισμών από τους γονείς οδηγεί συνήθως στην επιδείνωση των προβλημάτων και όχι στην αποκατάστασή τους όπως οι ίδιοι μπορεί να πιστεύουν. Σ' αυτή την περίπτωση φαίνεται ότι η απόδοση της αιτίας καθορίζει και την αίσθηση που έχουν για την ικανότητά τους ώστε να ελέγξουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους.

Από την πολύχρονη κλινική εμπειρία μας αλλά και από έρευνες οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ οι οποίοι ζήτησαν βοήθεια για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους διαπιστώθηκε πως είχαν τις ίδιες αντιλήψεις για τα αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς με τους γονείς οι οποίοι είτε δεν αναζήτησαν είτε δεν δέχτηκαν (Wilcox, et. al., 2007· Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996) βοήθεια από ειδικούς.

Ποιο είναι όμως το πιθανό αίτιο της απόφασης των γονιών να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό εφόσον τα αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους είτε δεν άλλαξαν γι' αυτούς είτε είναι τα ίδια με των γονιών που αναζήτησαν βοήθεια;

Επιπλέον, σε διεθνείς έρευνες (Hoza, et. al., 2000⁶ Johnston & Patenaude, 1994) αλλά και στη χώρα μας (Maniadaki, et. al., 2005) διαπιστώθηκε ότι στην περίπτωση που τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ήταν πολύ έντονα τότε η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την επιτυχή αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους ήταν χαμηλή.

Μήπως το αίτιο της απόφασής τους σχετίζεται με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους σε ότι αφορά στους χειρισμούς τους;

1.5. Αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy⁶) και κοινωνικογνωστική θεωρία

Η δημιουργία πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να αφορά σε διάφορους στόχους και φαίνεται ότι αποτελεί καθολικό φαινόμενο στους ανθρώπους ανεξάρτητα από τον πολιτισμό τους (Luszczynska, et., al., 2005).

Σύμφωνα με τον Bandura (1986) τα άτομα κατέχουν ένα σύστημα εαυτού (self system) που τους επιτρέπει έως ένα βαθμό να ασκούν έλεγχο στις σκέψεις τους, τα συναισθήματά τους, τα κινήträ τους και τις ενέργειές τους. Το σύστημα αυτό παρέχει μηχανισμούς αναφοράς και ένα σύνολο υπολειπουριών για την αντίληψη, τη ρύθμιση και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ του συστήματος αυτού και των περιβαλλοντικών πηγών επιρροής. Το σύστημα αυτό εξυπηρετεί μια αυτορρυθμιστική λειτουργία παρέχοντας στα άτομα την ικανότητα να επηρεάζονται οι γνωστικές διαδικασίες και οι ενέργειές τους ώστε να αλλάζουν και το περιβάλλον τους.

Πός όμως οι άνθρωποι *ερμηνεύουν* τα αποτελέσματα των αποδόσεών τους, πληροφορούν και αλλάζουν το περιβάλλον τους και τις αυτοπεποιθήσεις τους, και στη συνέχεια πληροφορούν και αλλάζουν την επόμενη απόδοσή τους; Η διατύπωση του

⁶ Ο όρος «Self-Efficacy» συνήθως αποδίδεται στα ελληνικά ως «αυτοαποτελεσματικότητα» (*ψυχολογία*, τ. 7, τευχ. 1 παράρτημα Απρίλιος 2000, εκδ. Ελληνικά Γράμματα). Αναφέρεται στη διαδικασία της εκτίμησης από κάποιο άτομο για τον εαυτό του και αφορά στην πεποίθησή του ότι έχει την ικανότητα να αντιμετωπίσει επιτυχώς ή όχι μία συμπεριφορά που αποτελεί πρόβλημα για το ίδιο ή/ και για άλλους. Τέλος, η «αυτοαποτελεσματικότητα» επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, την αίσθηση και κινητοποίηση του ατόμου καθώς και αυτά που τελικά επιτυγχάνει (Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008 σελ. 88).

ερωτήματος αυτού είναι ταυτόχρονα και η σύλληψη της κεντρικής ιδέας του Bandura (1986) για την αμοιβαία αιτιοκρατία, μία άποψη όπου:

α) οι προσωπικοί παράγοντες υπό τη μορφή γνώσεων, επηρεάζουν και τις γνωστικές βιολογικές λειτουργίες (biological events)

β) η συμπεριφορά και

γ) οι περιβαλλοντικές επιρροές δημιουργούν τις αλληλεπιδράσεις που οδηγούν σε μία τριαδική αμοιβαιότητα.

Γενικά, ο Bandura παρείχε μια άποψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην οποία οι πεποηθείσες των ανθρώπων για τους εαυτούς τους αποτελούν βασικά στοιχεία για την άσκηση ελέγχου και την προσωπική επίδραση σε γεγονότα που εξελίσσονται, όπου τα άτομα αντιμετωπίζονται ως προϊόντα και παραγωγοί του περιβάλλοντός τους και κατ' επέκταση του κοινωνικού τους συστήματος.

Ο Bandura (2001) υποστηρίζει ότι η συνείδηση είναι η ίδια η ουσία της ψυχικής ζωής του ανθρώπου που όχι μόνο καθιστά τη ζωή προσωπικά εύχρηστη αλλά και άξια να τη ζούμε. Μια λειτουργική συνείδηση περιλαμβάνει τη σκόπιμη πρόσβαση και τη μελέτη επεξεργασίας των πληροφοριών για την επιλογή, την κατασκευή, τη ρύθμιση, και την αξιολόγηση των σχεδίων δράσης. Ο ανθρώπινος νους δεν είναι απλός δέκτης ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, το οποίο ελέγχει τη συμπεριφορά του χωρίς τη δική του συμμετοχή. Αντίθετα, ο ανθρώπινος νους είναι παραγωγικός, δημιουργικός, δυναμικός και αντανεκλαστικός. *Δηλαδή, είναι ταυτόχρονα παραγωγός και προϊόν των κοινωνικών συστημάτων.* Ο ίδιος αναφέρει ότι κάθε προσπάθεια αντιστοίχισης της επεξεργασίας των πληροφοριών του ανθρώπινου νου με αυτή των ηλεκτρονικών υπολογιστών καθίσταται ελλιπής διότι δεν λαμβάνονται υπόψη πρωταρχικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ανθρώπινου νου όπως η υποκειμενικότητα, η αυτοκαθοδήγηση και ο αυτοσυλλογισμός. Πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ της φυσικής κατασκευής του νου και της λειτουργικής χρήσης του. Η ανθρώπινη επίδραση χαρακτηρίζεται από πυρήνες γνωρισμάτων και λειτουργεί μέσω της φαινομενικής και της λειτουργικής συνείδησης. Τα γνωρίσματα των πυρήνων αφορούν στη χρονική διάρκεια της ανθρώπινης επίδρασης μέσω της σκοπιμότητας και της σύνεσης, της αυτορρύθμισης και όχι της παθητικής αντίδρασης, και του αυτοσυλλογισμού (με την έννοια της αυτοαξιολόγησης) για τις ικανότητες κάποιου και το σκοπό των αναζητήσεων της ζωής του. Η κοινωνικογνωστική θεωρία προτείνει μεταξύ άλλων τρεις τρόπους ανθρώπινης επίδρασης: την άμεσα προσωπική, την έμμεση (μέσω άλλων ανθρώπων) και τη συλλογική

(αφορά στην κοινωνία). Τέλος, η έρευνα της ανθρώπινης επίδρασης έχει επικεντρωθεί στην άμεση επίδραση.

Σύμφωνα με τον Bandura (1986) με τη διαδικασία του αυτοσυλλογισμού (self-reflection) τα άτομα είναι σε θέση να αξιολογήσουν τις εμπειρίες τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τα άτομα στην πεποίθηση ότι είναι ή δεν είναι ικανά για την επίτευξη κάποιων στόχων με σκοπό να είναι σε τέτοια θέση που θα τους επιτρέψει να κάνουν προβλέψεις για τα επόμενα παρόμοια σχέδια δράσης τους. Η άποψη αυτή δε σημαίνει ότι όσοι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να γνωρίζουν τις ικανότητές τους ή να έχουν ολοκληρώσει κάποια σχέδια δράσης τους είναι και σε θέση να προβλέψουν με ασφάλεια τα αποτελέσματα των επόμενων ενεργειών τους, επειδή οι πεποιθήσεις που έχουν για τις ικανότητές τους επηρεάζουν ισχυρά τους τρόπους με τους οποίους θα συμπεριφερθούν. Συνεπώς, η συμπεριφορά των ανθρώπων μπορεί να προβλεφθεί καλύτερα σύμφωνα με τις πεποιθήσεις τους για τις ικανότητές τους και όχι από τα αποτελέσματα των επιτυχιών των στόχων τους. Το τελευταίο δε σημαίνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να ολοκληρώσουν τους στόχους τους με επιτυχία αρκεί να πιστεύουν (να έχουν δηλαδή την πεποίθηση) απλά πως έχουν τις ικανότητες να πετύχουν τους στόχους αυτούς, αλλά απαιτείται αρμονία μεταξύ των αυτοπεποιθήσεων και της γνώσης των δεξιοτήτων τους. Μάλλον, σημαίνει ότι οι αυτοαντιλήψεις για την ικανότητά τους συνυπολογίζοντας τη γνώση και τις δεξιότητες που έχουν, βοηθούν ώστε να καθορίζεται τελικά αν είναι πράγματι ικανά για την επίτευξη των στόχων. Παρόλα αυτά, επισημαίνει ότι σε πρώτο πλάνο πρέπει να τοποθετούνται οι πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητα, διότι αυτές αποτελούν κρίσιμους καθοριστικούς παράγοντες για την απόκτηση της γνώσης των δεξιοτήτων τους. Επιπλέον, ο ίδιος υποστηρίζει ότι οι πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητά τους οι οποίες μπορεί να αποκτηθούν αρχικά, αποτελεί κρίσιμο καθοριστικό παράγοντα για τις επόμενες προσπάθειές τους σε παρόμοια έργα.

Η διαδικασία όμως (Pajares, 1998) για τις αυτοπεποιθήσεις (και για την αυτοαποτελεσματικότητα) είναι διαισθητική, δηλαδή, τα άτομα συμμετέχουν σε μία συμπεριφορά, ερμηνεύουν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους, χρησιμοποιούν αυτές τις ερμηνείες για να δημιουργήσουν και να αναπτύξουν τις πεποιθήσεις για την ικανότητά τους, ώστε να συμμετάσχουν σε επόμενες παρόμοιες συμπεριφορές σύμφωνα με τις αυτοπεποιθήσεις που έχουν δημιουργήσει. Σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία, για την αυτοπεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας θα αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο αυτοαποτελεσματικά και τελικά θα παρουσιάσουν ανάλογες συμπεριφο-

ρές με την αίσθηση αυτή. Δηλαδή, σύμφωνα με την αίσθηση αυτή θα συμμετέχουν ή όχι αντίστοιχα σε μελλοντικές παρόμοιες συμπεριφορές.

Σύμφωνα με τους Cleary & Zimmerman (2001) Clifford (1986) τα άτομα αισθάνονται περισσότερο ικανά όταν πιστεύουν πως τα αίτια οφείλονται σε *εσωτερικούς παράγοντες* και όταν αυτά είναι *ελέγξιμα από τα ίδια*. Αντίθετα, αισθάνονται λιγότερο ικανά όταν αποδόσουν τα αίτια της αποτυχίας τους σε εξωτερικούς παράγοντες οι οποίοι είναι ανεξέλεγκτοι από τα ίδια. Φαίνεται λοιπόν, ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα των αλλαγών στη συμπεριφορά ενός ατόμου.

Τα άτομα χρησιμοποιούν τις αυτοπεποιθήσεις τους με σκοπό να ασκήσουν έλεγχο (ως ένα βαθμό) στο περιβάλλον τους. **Οι αυτοπεποιθήσεις αυτές περιλαμβάνουν ως τμήμα τους τις πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητά τους** (Bandura, 1986). Ο Bandura (1977) αρχικά αναφέρθηκε στην πίστη κάποιου να εκτελέσει επιτυχώς μια ιδιαίτερη συμπεριφορά ενώ ο ίδιος (1997, σελ. 2) όρισε τις πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητα ως «*τιςπίστεεις / πεποιθήσεις κάποιου για την ικανότητά του να οργανώνει και να εκτελεί τα σχέδια δράσης που απαιτούνται ώστε να διαχειρίζεται πιθανές καταστάσεις που αφορούν στη ζωή του*». Επειδή, οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας αναφέρονται στις ικανότητες των ατόμων οι οποίες γίνονται αντιληπτές από τα ίδια για συγκεκριμένους στόχους, διαφέρουν από την αντίληψη των ατόμων για την ικανότητά τους γενικά η οποία ερμηνεύεται από άλλες θεωρίες και αφορά γενικά στην προσωπικότητα του ατόμου. Δηλαδή, κάποιο άτομο μπορεί να θεωρεί ότι είναι δυναμικό με πολλές ικανότητες αλλά για κάποιο συγκεκριμένο στόχο θεωρώντας είτε ότι δεν έχει τη γνώση που απαιτείται είτε οτιδήποτε άλλο να θεωρεί πως δεν έχει την ικανότητα να το αντιμετωπίσει. Σύμφωνα με τους Ozer & Bandura (1990) η αυτοαποτελεσματικότητα ενδιαφέρεται «για το κίνητρο, τους γνωστικούς πόρους και τα σχέδια δράσης που απαιτούνται για να ασκηθεί ο έλεγχος των γεγονότων από τα άτομα» (σελ. 472). Αντίθετα, κάποιο άτομο μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του γενικά ανίκανο αλλά για κάποιο συγκεκριμένο στόχο να θεωρεί ότι μπορεί να τα καταφέρει. Γενικά η προσωπικότητα του ατόμου (ειδικά την περίοδο της ανάπτυξης της) φαίνεται ότι επηρεάζει και επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητά του για συγκεκριμένες ενέργειες (Carraja, et. al., 2003). **Στοιχεία από πρόσφατη έρευνα σε διάφορες χώρες (Luszczynska, et. al., 2005) δείχνουν ότι η παράμετρος της προσωπικότητας παρέμενε σταθερή στη σχέση της με την αυτοαποτελεσματικότητα μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών.**

Για την καλύτερη κατανόηση των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας είναι χρήσιμο να αναφερθεί:

- ο τρόπος με τον οποίο αποκτώνται,
- πως επηρεάζουν την κινητήρια και αυτορρυθμιστική διαδικασία,
- και πως διαφέρουν από τις παρόμοιες ή σχετικές αντιλήψεις γενικά για την αυτοπεποίθηση οι οποίες αφορούν κυρίως στην προσωπικότητα του ατόμου.

Πρέπει να επισημανθεί ότι στην ανάπτυξη της θεωρίας της αυτοαποτελεσματικότητας ο Bandura (1977' 1982) έχει διαφοροποιήσει τις προσδοκίες της έκβασης από τις προσδοκίες της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι πρώτες αναφέρονται στις πεποιθήσεις ότι οι ιδιαίτερες συμπεριφορές θα οδηγήσουν σε μία συγκεκριμένη έκβαση, ενώ οι τελευταίες αφορούν στις αυτοαντιλήψεις της ικανότητας ή της δυνατότητας κάποιου να εκτελέσει τις συγκεκριμένες ενέργειες ώστε τελικά να οδηγήσουν στην έκβαση. Οι προσδοκίες της αυτοαποτελεσματικότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις αντιληπτές δεξιότητες κάποιου για τον εαυτό του ενώ οι προσδοκίες έκβασης αφορούν περισσότερο στις κοινωνικές επιταγές οι οποίες ενσωματώνονται στη γνώση, στη συμπεριφορά και γενικά στις αντιλήψεις κάποιου για το περιβάλλον λαμβάνοντας υπόψη την ενθάρρυνση ή την αποθάρρυνση από αυτό σε σχέση με τις ενέργειές του (Gecas, 1989).

1.5.1. Οι πηγές των πεποιθήσεων για την αυτοαποτελεσματικότητα

Ο Bandura (1986) υποστήριξε ότι η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελεί τμήμα των πεποιθήσεων των ατόμων. Επιπλέον, προσδιόρισε τέσσερις πηγές πεποιθήσεων για την αυτοαποτελεσματικότητα. Οι πηγές αυτές συντελούν στην απόκτηση των πεποιθήσεων αυτών και έχουν την παρακάτω σειρά σημαντικότητας:

Α) Η πρώτη πηγή είναι οι ερμηνείες από τις προσωπικές εμπειρίες των αποτελεσμάτων σε σκόπιμα παρόμοια σχέδια δράσης. Δηλαδή, τα άτομα αυτοαξιολογούν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους και δημιουργούν πεποιθήσεις για την αυτοαποτελεσματικότητά τους στις ενέργειες αυτές. Οι εκβάσεις των ενεργειών τους που ερμηνεύονται ως επιτυχείς αυξάνουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους, ενώ αυτές που ερμηνεύονται ως αποτυχημένες μειώνουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους και ως εκ τούτου η πιο πιθανή συμπεριφορά των ατόμων αυτών είναι να αποφεύγουν μελλοντικά να συμμετέχουν σε παρόμοια έργα.

Β) Η δεύτερη σε σημαντικότητα πηγή είναι η εμπειρία των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ενέργειες από άλλους. Γενικά, η πηγή αυτή είναι λιγότερο ισχυρή σε σχέση με τις εμπειρίες του ίδιου του ατόμου. Εάν όμως το άτομο δεν είναι βέβαιο για τις ικανότητές του ή/ και έχει πολύ μικρή εμπειρία σε παρόμοιες ενέργειες, τότε γίνεται πιο ευαίσθητο στην πηγή αυτή. Για παράδειγμα, η αποτυχία ενός πρότυπου έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις στη δημιουργία αυτοαποτελεσματικότητας εάν το άτομο που το παρατηρεί κρίνει πως έχει παρόμοιες ικανότητες με το πρότυπο αυτό. Εάν όμως το άτομο που παρατηρεί το πρότυπο αυτό κρίνει ότι έχει περισσότερες ικανότητες από αυτό, τότε η αποτυχία του προτύπου δεν έχει καμία επίπτωση στη δημιουργία της αυτοαποτελεσματικότητάς του.

Γ) Η τρίτη σε σημαντικότητα πηγή είναι η λεκτική πειθώ από άλλα άτομα. Η πηγή αυτή είναι λιγότερο ισχυρή από τις δύο προηγούμενες. Είναι η προσπάθεια που γίνεται από άλλους οι οποίοι προβάλλουν επιχειρήματα και τίθενται στην κρίση του ατόμου. Τα επιχειρήματα αυτά σχετίζονται με την ευκολία ή δυσκολία στην επιτέλεση κάποιου έργου καθώς και με την ικανότητα του ατόμου να έχει ή να μην έχει επιτυχία στην επιτέλεση του έργου αυτού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο Bandura, προτείνει μεταξύ άλλων ειδικά προγράμματα για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των μαθητών για τις σχολικές τους επιδόσεις μέσω της λεκτικής πειθούς.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η λεκτική πειθώ έχει μεγαλύτερη επιτυχία ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου που την χειρίζεται. Δηλαδή, εάν το άτομο που τη χειρίζεται έχει ισχυρή προσωπικότητα και θεωρείται «αυθεντία» και πολύ καλός γνώστης των συγκεκριμένων θεμάτων στα οποία ενδεχομένως έχει και αποδεδειγμένη επιτυχία, τότε μπορεί να επηρεάσει περισσότερο τα άλλα άτομα τα οποία συναντούν παρόμοιες δυσκολίες και θα πρέπει να λάβουν αποφάσεις προκειμένου να καταβάλλουν ή όχι προσπάθειες με σκοπό την προσπέλαση των δυσκολιών αυτών. Από την πολύχρονη κλινική εμπειρία μου διαπιστώνεται καθημερινά ότι η λεκτική πειθώ είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο. Μέσω αυτού οι γονείς των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές μπορούν να πείθονται για τα αίτια των διαταραχών αυτών. Έπειτα, ακολουθώντας τις οδηγίες του ειδικού να πείθονται για τις ικανότητές τους ώστε να αντιμετωπίζουν με επιτυχία τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις διαταραχές αυτές. Τέλος, όταν οι γονείς των παιδιών βιώσουν επιτυχίες

στις προσπάθειες αυτές (πρώτη πηγή πληροφόρησης και πιο σημαντική) αυξάνεται η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους με τελικό αποτέλεσμα την απαλοιφή της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς του παιδιού τους. Το τελευταίο συμβαίνει εφόσον οι γονείς των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές αποφασίσουν να επισκεφθούν κάποιον ειδικό για τις δυσκολίες του παιδιού τους.

Δ) Η τέταρτη και τελευταία σε σημαντικότητα πηγή είναι οι φυσιολογικές παροδικές καταστάσεις όπως η ανησυχία, η καθημερινή πίεση, η διέγερση, η κόυραση και οι καταστάσεις της διάθεσης του ίδιου του ατόμου. Οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να επηρεάσουν τις φυσιολογικές καταστάσεις και τελικά να γίνεται ανακύκλωση μεταξύ πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας και φυσιολογικών καταστάσεων.

Πρέπει να επισημανθεί ότι οι παραπάνω πηγές πληροφοριών για την πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας δεν είναι άμεσα προσβάσιμες (αντύληπτες) από τα άτομα για τις κρίσεις των ικανοτήτων τους. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα δεν συνειδητοποιούν πως οι πηγές αυτές διαμορφώνουν και τελικά καθορίζουν τις αυτοπεποιθήσεις τους. Τα άτομα ερμηνεύουν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους και οι ερμηνείες αυτές παρέχουν πληροφορίες στις οποίες βασίζονται οι κρίσεις για την ικανότητά τους. Τα άτομα προσέχουν και χρησιμοποιούν διάφορα είδη πληροφοριών ώστε να δημιουργήσουν τις ικανότητες για την αποτελεσματικότητά τους. Οι κανόνες και ο τρόπος στάθμισης που υιοθετούν και ενσωματώνουν τις πληροφορίες αυτές αποτελεί τη βάση για τις ερμηνείες που δίνουν κάθε φορά για την ικανότητα της αυτοαποτελεσματικότητάς τους (Pajares, 1998).

1.5.2. Η επίδραση των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας

Η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει με διάφορους τρόπους τις διαδικασίες της ανάπτυξης των κινήτρων και της αυτορρύθμισης. Επίσης, επηρεάζει τους ανθρώπους στις επιλογές των σχεδίων δράσης που ακολουθούν. Οι περισσότεροι άνθρωποι συμμετέχουν στους στόχους για τους οποίους αισθάνονται ικανοί και βέβαιοι να τους πετύχουν και αποφεύγουν εκείνους για τους οποίους δεν αισθάνονται ικανοί. Ο William James (1892/1975) υποστήριξε ότι *«η εμπειρία ουσιαστικά καθορίζει τις επιλογές των ατόμων ώστε τελικά να συμμετέχουν ή όχι σε διάφορους στόχους»*. Εάν συμβαίνει κάτι τέτοιο, οι αυτοπεποιθήσεις που δημιουργούνται (δηλαδή, από την

πρώτη και τη δεύτερη πηγή πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας) επηρεάζουν με τη σειρά τους τις επόμενες επιλογές. Οι επιλογές αυτές συμβάλλουν στον καθορισμό της εμπειρίας κάποιου (δηλαδή, για συμμετοχή ή όχι σε επόμενες παρόμοιες εμπειρίες) αλλά και της οδού μέσω της οποίας τα άτομα προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο των γεγονότων, διότι τα γεγονότα αυτά έχουν ανάλογες επιπτώσεις στη ζωή τους. Οι πεποιθήσεις αυτές καθορίζουν πόσο πολύ προσπαθούν οι άνθρωποι, για πόσο χρονικό διάστημα προσπαθούν και τελικά πόσο ανθεκτικοί μπορεί να είναι στα εμπόδια που συναντούν. Τέλος, οι πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας επηρεάζουν τον αριθμό και το είδος των εμπειριών, καθώς και το επίπεδο ολοκλήρωσης των στόχων (Pajares, 1998).

O Bandura (1986· 1997) επισημαίνει ότι οι άνθρωποι με υψηλή πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να εμπλακούν σε πραγματικά δύσκολους στόχους ακόμη και αν έχουν αποτύχει προηγουμένως είτε στους ίδιους είτε σε παρόμοιους. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλή πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να κρίνουν κάποιους στόχους ως δύσκολους από ότι είναι στην πραγματικότητα και είτε να αποφύγουν την επιχείρηση για την επίτευξή τους είτε να έχουν μεγάλη πίεση και άγχος προκειμένου να πετύχουν την επίτευξή τους. Για τους παραπάνω λόγους, ο ίδιος υποστηρίζει ότι οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν το βασικό παράγοντα της ανθρώπινης επίδρασης.

1.5.3. Η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας και των προσδοκιών της έκβασης των ενεργειών ως παράγοντες κινήτρου και αυτορρύθμισης.

O Bandura (1978· 1984· 1986) έκανε διάκριση μεταξύ των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας και των προσδοκιών έκβασης των ενεργειών ως παραγόντων που επιδρούν και συμβάλλουν ανάλογα στην απόφαση των ατόμων προκειμένου να συμμετέχουν ή όχι σε συγκεκριμένες συμπεριφορές. Σύμφωνα με τον Bandura (1986) οι κρίσεις της προσωπικής ικανότητας για τη συμμετοχή σε μία συμπεριφορά διαφέρουν από τις κρίσεις (προβλέψεις) της συνέπειας που θα παράγει η συμπεριφορά. Επιπλέον, υποστήριξε ότι οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας καθορίζουν εν μέρει τις προσδοκίες έκβασης διότι (Bandura, 1984) αυτές εξαρτώνται από την εκτίμηση των ανθρώπων προκειμένου να ολοκληρώσουν τις ενέργειές τους. Το τελευταίο δεν σημαίνει ότι οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας ενός ατόμου ταυτίζονται και με τις προσδοκίες του. Δηλαδή, είναι διαφορετικό να προσδοκούμε την επι-

τυχή έκβαση ενός στόχου και διαφορετικό να εκτιμούμε πως δεν έχουμε την ικανότητα για την επίτευξή του.

Μερικοί ερευνητές (Kirsch, 1985) έχουν υποστηρίξει ότι ο Bandura δεν έκανε σαφείς διακρίσεις μεταξύ των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας και των προσδοκιών. Συγκεκριμένα, ο Kirsch (1985) υποστήριξε πως οι προσδοκίες έκβασης είναι ανεξάρτητες μεταβλητές από τις πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας (**αυτοαντίληψεις για την ικανότητα κάποιου**).

Τα επιχειρήματα που προβάλλει ο Kirsch αφορούν μάλλον στις προσδοκίες που έχει το περιβάλλον από το άτομο παρά στις προσδοκίες του ίδιου του ατόμου. Επιπλέον, οι προσδοκίες αυτές ενδέχεται να ταυτιστούν με αυτές του περιβάλλοντος και να αποτελούν πλέον προσδοκίες και του ίδιου του ατόμου σύμφωνα με τη δημιουργία των κοινωνικών αντιλήψεων αλλά και των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας.

Παρόλα αυτά ο Bandura (1997) υποστήριξε ότι οι προσδοκίες έκβασης είναι διακριτές και σημαντικές για την κατανόηση της συμπεριφοράς. Η έρευνα έχει δείξει (Schunk & Miller, 2002) ότι οι πεποιθήσεις των αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν συνήθως τους καλύτερους προβλεπτικούς παράγοντες σε σύγκριση με τις προσδοκίες έκβασης της συμπεριφοράς. Τέλος, ο Bandura (1977-1982) στην ανάπτυξη της θεωρίας της αυτοαποτελεσματικότητας διέκρινε τις προσδοκίες της έκβασης από αυτές της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι πρώτες (προσδοκίες έκβασης) αφορούν στις πεποιθήσεις ότι ιδιαίτερες συμπεριφορές θα οδηγήσουν σε μια συγκεκριμένη έκβαση ενώ οι δεύτερες (προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας) αφορούν στην αυτοαντίληψη του ατόμου ότι έχει την ικανότητα ή τη δυνατότητα της εφαρμογής των ιδιαίτερων συμπεριφορών που θα οδηγήσουν τελικά στην προσδοκία έκβασης.

Σχολιάζοντας τα παραπάνω φαίνεται πως υπάρχει κάποιο κοινό σημείο αλληλεπικάλυψης όπως αναφέρουν Wells-Parker et. al., (1990).

1.5.4. Διάκριση μεταξύ της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας από άλλους τύπους αυτοπεποιθήσεων

Αυτοαποτελεσματικότητα και έννοια του εαυτού.

Η έννοια του εαυτού αναφέρεται σε μια γενικευμένη αυτοαξιολόγηση που ενσωματώνει ποικίλες αυτοαντιδράσεις και πεποιθήσεις όπως τα συναισθήματα της αυτοαξίας και των γενικών πεποιθήσεων της ικανότητας. Αντίθετα, οι πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας είναι ένα πλαίσιο με συγκεκριμένες κρίσεις της προσωπικής

ικανότητας με σκοπό να οργανωθεί και να εκτελεστεί ένα σχέδιο δράσης ώστε να στεφθεί με επιτυχία ένας καθορισμένος στόχος. Η αυτοαποτελεσματικότητα εστιάζει πιο συγκεκριμένα στους στόχους ή τις δραστηριότητες για τις οποίες ένα άτομο αισθάνεται ικανό παρά ως μια ανάπτυξη πιο σφαιρικών αξιολογήσεων όπως προβλέπεται στις αξιολογήσεις της έννοιας του εαυτού (Bandura, 1986). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψυχομετρικές δοκιμασίες της έννοιας του εαυτού μπορούν να συμπεριλάβουν στοιχεία αυτοαποτελεσματικότητας αλλά και να ενσωματώσουν τα σχετικά στοιχεία με την αυτοεκτίμηση και τις σφαιρικές αντιλήψεις για την ικανότητα. Η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο αυτοαντιλήψεων έχει καθιερωθεί εμπειρικά από διάφορους ερευνητές (Bong & Skaalvik, το 2003).

Αυτοαποτελεσματικότητα και αυτοεκτίμηση.

Η αυτοεκτίμηση έχει οριστεί ως ένας τύπος πεποίθησης που περιλαμβάνει τις κρίσεις της αυτοαξίας. Είναι **μια συναισθηματική αντίδραση** που δείχνει πώς αισθάνεται ένα άτομο για τους άλλους ή/ και για το ίδιο. Αυτό είναι αρκετά ευδιάκριτο από τις αντιλήψεις των αυτοαποτελεσματικότητας, οι οποίες περιλαμβάνουν τις γνωστικές κρίσεις της προσωπικής ικανότητας (Pintrich & Schunk, 2002). Οι αντιλήψεις για την αξία ή την αυτοεκτίμηση μπορούν να αναπτυχθούν μέσα από τη σφαιρική αυτοαντίληψη ενός ατόμου (δηλ., την έννοια του εαυτού) καθώς επίσης και από διάφορες άλλες πηγές, όπως είναι τα χαρακτηριστικά που διαθέτει κάποιο άτομο τα οποία είτε εκτιμούνται είτε υποτιμώνται από την κοινωνία (Bandura, 1997). Κατά συνέπεια, ένα άτομο μπορεί να καθιερώσει τα συναισθήματα της αξίας του ή να σκεφτεί «είμαι καλό άτομο» εάν γίνεται αντιληπτό από το ίδιο πως είναι ικανό σε συγκεκριμένες περιοχές ή αν διαθέτει χαρακτηριστικά που προσδοκά και αποδέχεται η κοινωνία, όπως η αυταπάρνηση και η ενσυναίσθηση. Αν και η θετική αυτοεκτίμηση είναι επιθυμητή και απαραίτητη για την προσαρμοστική λειτουργία, τα βασικά ζητήματα αφορούν στη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τις αντιλήψεις της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς επίσης και εάν είναι διακριτή *πρόβλεψη* της απόδοσης σε στόχους σε σχέση με την αυτοαποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα οι συγκριτικές επιδράσεις της αυτοαποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης έχουν ερευνηθεί από τους Mone, Baker, και Jeffries (1995), οι οποίοι μελέτησαν την ισχύ της αυτοαποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης με σκοπό την πρόβλεψη των προσωπικών στόχων αλλά και την απόδοσή τους από σπουδαστές κολλεγίων. Η αυτοεκτίμηση δεν αποτέλεσε προβλε-

πτικό παράγοντα σε καμία έκβαση, δηλαδή, είτε για τους προσωπικούς στόχους είτε για την απόδοση στους στόχους αυτούς.

1.5.5. Η ανάπτυξη της γονικής πεποιθήσης της αυτοαποτελεσματικότητας

Η ανάληψη του γονικού ρόλου αρκετές φορές γίνεται ξαφνικά αλλά και προγραμματισμένα οδηγώντας όμως τους γονείς συνήθως σε αναθεώρηση των απόψεών τους ανάλογα με τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Η χρήση μεθόδων αντιμετώπισης της συμπεριφοράς των παιδιών πολλές φορές αντλείται αρχικά από προηγούμενη εμπειρία των ίδιων (Gruse et. al., 1994) ως παιδιά από τους δικούς τους γονείς.

Η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ψυχολογικούς παράγοντες ο οποίος επηρεάζει τη συμπεριφορά των γονιών στη διαδικασία του γονικού ρόλου και της αντιμετώπισης της συμπεριφοράς τους απέναντι στη συμπεριφορά των παιδιών τους (Coleman & Karraker, 1997).

Το «σχήμα» της αυτοαποτελεσματικότητας διαμορφώνεται και ταυτόχρονα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η αίσθηση της ικανότητας των γονιών ώστε να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σχετίζεται με μεταβλητές που αφορούν στα εξής: **προσωπικότητα** (Luster & Mittelstaedt, 1993), **μητρική πίεση (stress)** (Hagekull & Bohlin, 1990· Nakagawa, Teti, & Lamb, 1992), **μητρική κατάθλιψη** (Cox, Puckering, Pound, & Mills, 1987· Field, 1984· Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Schanberg, Zimmerman, & Kuhn, 1988· Gelfand & Teti, 1990· Radke-Yarrow, 1990· Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995), **μητρική εμπειρία και γνώση της φροντίδας και της ανάπτυξης παιδιών** (Conrad, Gross, Fogg, & Ruchala, 1992· Stoiber & Houghton, 1993), **τα μητρικά χαρακτηριστικά** (attitudes) (Bohlin & Hagekull, 1987· Walker, 1980), **μητρικές πεποιθήσεις για τον γονικό ρόλο** (Kochanska, 1990· Pridham & Chang, 1985· Sigel, 1985), **μητρικές επιθυμίες** (Bohlin & Hagekull, 1987), **μητρικές προσδοκίες** (Glass, 1983· Hagekull & Bohlin, 1990· Stoiber & Houghton, 1993), **και μητρική αυτοαποτελεσματικότητα** (Conrad et al., 1992· Cutrona & Troutman, 1986· Donovan, Leavitt, & Walsh, 1990· Johnston & Mash, 1989· Teti & Gelfand, 1991).

Μία πλούσια βιβλιογραφία σχετικά με τη γονική αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας έχει αποκαλύψει ότι αποτελεί μία ισχυρή μεταβλητή για την εξήγηση μιας σημαντικής μερίδας της διαφοράς που παρατηρείται στις γονικές δεξιότητες και την ικανοποίηση των γονιών από το ρόλο τους. Επιπλέον, η ανάπτυξη κατάλληλων γονικών πεποιθήσεων όπως

αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας ενδέχεται να λειτουργήσει ως «φάρμακο» απέναντι στις δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών από τους γονείς τους (Coleman & Karraker, 1997). Τέλος, όπως επισημαίνει και ο Bandura (1989) η επίδραση πληροφοριών από το περιβάλλον ή/ και από εμπειρίες στην ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται σε γνωστικό (γνωσιακό) επίπεδο από το ίδιο το άτομο. **Ο ίδιος προσδιορίζει ουσιαστικά ότι η γνωστική επεξεργασία διαβαίνει μέσω της απόδοσης των αιτίων.** Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι το άτομο αποδίδει τις επιτυχίες σε εσωτερικά αίτια (δηλαδή, ικανότητα) σε αντιδιαστολή με τις αποτυχίες που τείνει να τις αποδώσει σε εξωτερικά. Ουσιαστικά αναφέρεται τουλάχιστον στη διάσταση του «τόπου» της θεωρίας του Weiner όπως άλλωστε έχει διερευνηθεί και επισημανθεί από τους Donovan & Leavitt (1985) σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ μητέρων και των παιδιών τους σε προσχολική ηλικία (νήπια).

Οι Coleman & Karraker (1997) αναφέρουν ότι οι διαδικασίες ανάπτυξης της γονικής αυτοαποτελεσματικότητας ενδέχεται να ερμηνεύονται από αρκετές προσεγγίσεις. Μεταξύ αυτών αναφέρονται:

- στη θεωρία δεσμού (Ainsworth et. al., 1978),
- στην κοινωνικοπολιτιστική η οποία επικεντρώνεται στα γονικά «σχήματα» (Grusec et. al., 1994)
- στην πραγματική εμπειρία της αλληλεπίδρασης των μητέρων με τα παιδιά τους όπου δημιουργούνται αυτοαντιλήψεις για το γονικό ρόλο (Goodnow, 1985) και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ με «έντονες» συνήθως συμπεριφορές (Mash & Johnston, 1983a; Mash & Johnston, 1983b)
- και τέλος στο βαθμό της γνωσιακής – συμπεριφορικής προετοιμασίας για το γονικό ρόλο και ιδιαίτερα στις μητέρες (Affonso & Sheptak, 1989; Colman & Colman, 1971) όπως χαρακτηριστικά μπορεί να αναφερθεί για τις γυναίκες που βρίσκονται στην περίοδο εγκυμοσύνης το φαινόμενο του «φανταστικού παιδιού» (Winnicott, 1976). Ο Rubin (1984) μάλιστα έχει προτείνει τρία στάδια προγενέθλιας γνωσιακής – συμπεριφορικής προετοιμασίας.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ανάπτυξη της γονικής αυτοαποτελεσματικότητας ξεκινά συνήθως από την περίοδο της εγκυμοσύνης και συνεχίζει με τις αλληλεπιδράσεις της συμπεριφοράς μεταξύ γονιών και παιδιού. Ακόμη, φαίνεται ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει ευμενώς ή δυσμενώς τις κινητήριες διαδικασίες (Schunk, 1990) καθώς και τη συναισθηματική κατάσταση καταλήγοντας ακόμη και σε καταθλιπτική κατάσταση (Mad-dux & Meier, 1995) όπου οι γονείς αποδίδουν σε *εσωτερικά, σταθερά* και *γενικευμένα* για

τον εαυτό τους τις αναποτελεσματικές τους προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών τους.

Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στη μητέρα όπως και η δική μας μελέτη. Τα ποσοστά απαντήσεων στα ερωτηματολόγια της παρούσας ερευνητικής εργασίας αφορούσαν μητέρες και μάλιστα σε ποσοστό περίπου 80% έναντι των πατέρων. Όπως όμως καταλήγουν οι Coleman & Karraker (1997) η γονική αυτοαποτελεσματικότητα είναι πολύ πιθανό να έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά τους.

Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται (Bandura, 1989· Coleman & Karraker, 1997) ότι η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων – γονιών οδηγεί τους γονείς στη μείωση της γνωστικής επεξεργασίας των πληροφοριών ενώ αντίθετα η υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους τείνει να ενσωματώσει την ελπίδα και τη συνέχεια της προσπάθειας για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Άλλωστε ο Bandura (1982) έχει προτείνει ότι η χαμηλή πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί όχι μόνο να εμποδίσει την απόκτηση νέων δεξιοτήτων, αλλά να καταστείλει ακόμη και αυτών που ήδη υπάρχουν. Τέλος, όπως συχνά τονίζεται από τον ίδιο (Bandura, 1982) υπάρχει μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των σχημάτων, των αυτοαναφορών, των συναισθηματικών απαντήσεων, των κινήτρων και των ενεργειών.

Γι' αυτό λοιπόν η γονική αυτοαποτελεσματικότητα θα πρέπει να εξεταστεί σε ένα πλαίσιο διαδικασιών που *μεσολαβούν*, ώστε να δημιουργηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα με σκοπό την κατανόηση των διαδικασιών αυτών και τελικά την πρόβλεψη της γονικής συμπεριφοράς. Το ίδιο ευελπιστούμε και στην παρούσα έρευνα προσπαθώντας να προβλέψουμε τη συμπεριφορά τους απέναντι στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία αλλά και στην απόφασή τους για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας εφόσον δεν πρόκειται για κάτι συνηθισμένο αλλά για κάποια διαταραχή και μάλιστα ίσως την πιο συχνή, δηλαδή τη ΔΕΠ-Υ.

1.5.6. Η γονική πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Σε έρευνα (Scheel & Rieckmann, 1998) που αφορά στην αντιμετώπιση των δυσκολιών παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τους γονείς τους, μεταξύ άλλων υποστηρίζεται ότι οι προσπάθειες των γονιών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους ενδυναμώνονται ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους για την αυτοαποτελεσματικότητα των προσπαθειών αυτών.

Σε άλλη έρευνα (Maniadaki, et. al. 2005) φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ, έχουν χαμηλή πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και μάλιστα περισσότερο όταν τα παιδιά τυχαίνει να είναι αγόρια. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι McLaughlin & Harrison, (2006) οι οποίοι ερεύνησαν τις γονικές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας σε μητέρες από την Αυστραλία.

1.6. Η σχέση μεταξύ απόδοσης αιτίων και πεποίθησης αυτοαποτελεσματικότητας

Σε μεγάλη έρευνα (Mone & Baker, 1992) μεταξύ άλλων διαπιστώθηκε ότι οι διαστάσεις του *τόπου* (εσωτερικοί – εξωτερικοί παράγοντες σε σχέση με το άτομο) και της *σταθερότητας* (σταθερότητα – αστάθεια σε σχέση με το χρόνο) της απόδοσης των αιτίων σχετίζονται με την δημιουργία πεποιθήσεων για την αυτοαποτελεσματικότητα των προσωπικών στόχων και την αυτορρύθμιση. Συγκεκριμένα, η επίτευξη των προσωπικών στόχων των ατόμων εξαρτάται από την αυτοαντίληψή τους για τις διαστάσεις του *τόπου* και της *σταθερότητας* και ως εκ τούτου τη δημιουργία της ανάλογης πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητάς τους για την επίτευξη αυτών των στόχων. Προκειμένου να προβλέψουν την επίτευξη αυτών των στόχων προσπαθούν να σταθμίσουν εάν εξαρτάται από τους ίδιους (εσωτερικά αίτια) καθώς επίσης και εάν θεωρούν τους εαυτούς τους πως αποδίδουν σταθερά σε παρόμοιους στόχους τότε θα δημιουργηθεί υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας στα άτομα αυτά και θα καταβάλλουν προσπάθειες. Αντίθετα, εάν η επίτευξη των στόχων αυτών θεωρηθεί από τα άτομα ότι εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες καθώς επίσης και ότι τα ίδια δεν είναι σταθερά στη θετική επίτευξη παρόμοιων στόχων, τότε θα δημιουργήσουν χαμηλή πεποίθηση για την αυτοαποτελεσματικότητά τους και κατά συνέπεια μάλλον δεν θα καταβάλουν προσπάθεια. Τέλος, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η διάσταση της *σταθερότητας* δεν οδηγεί πάντα στη μείωση της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η ανεπαρκή προσπάθεια (ασταθής παράγοντας) και ως εκ τούτου τα άτομα συνεχίζουν να έχουν υψηλή πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας καταβάλλοντας περισσότερη προσπάθεια την επόμενη φορά για την επίτευξη του ίδιου προσωπικού στόχου.

Σύμφωνα με τον Weiner (1995) τα άτομα προσπαθούν συνήθως να διακρίνουν εάν το αίτιο κάποιου γεγονότος είναι ελέγξιμο ή όχι. Ανάλογα με την απόδοση της αιτίας (ελέγξιμη ή όχι) θα διαμορφώσουν ανάλογη στάση και συμπεριφορά απέναντι στον εαυτό τους ή/ και απέναντι στους άλλους.

Ο Bandura (1997) υποστήριξε ότι στις περισσότερες αυτορρυθμιστικές διαδικασίες, υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία που παρουσιάζουν αμοιβαία σχέση μεταξύ της απόδοσης των αιτίων και των αντιλήψεων για την προσωπική αποτελεσματικότητα των ατόμων. Ως παράδειγμα αναφέρει τους σπουδαστές με υψηλή πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας οι οποίοι όταν θεωρούν τις εκβάσεις απόδοσης προσωπικά ελέγξιμες (Bandura, 1997), τείνουν να αποδώσουν την αποτυχία τους σε παράγοντες που μπορούν να αλλάξουν. Αντιθέτως, οι σπουδαστές με τη χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα αποδίδουν την αποτυχία σε ανεξέλεγκτους παράγοντες, αυξάνοντας τα συναισθήματα της απελπισίας και της ανικανότητας (Silver, Mitchell & Gist, 1995) και κατά συνέπεια μάλλον τείνουν να αποφύγουν επόμενες προσπάθειες για παρόμοιους στόχους.

1.7. Συμπεράσματα βάσει των ερευνών για την απόδοση των αιτίων της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς και την πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τον Heider (1944' 1958) και την «*ψυχολογία του αφέλους*» οι γονείς φαίνεται ότι προσπαθούν να αιτιολογήσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Φαίνεται λοιπόν, ότι τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν τα πραγματικά αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς του παιδιού τους (Hoza et. al., 2000).

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν οι ίδιοι τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού τους, αναζητούν (Heider, 1944' 1958) μία αιτιώδη κατανόηση της συμπεριφοράς αυτής. Με τη διαδικασία της απόδοσης αιτίων καταλήγουν σε εσφαλμένα συμπεράσματα για τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής τα οποία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα διότι δεν υποσιάζονται ότι μπορεί να οφείλεται σε κάποια διαταραχή. Άλλωστε είναι επόμενο εφόσον δεν κατέχουν την ειδική γνώση. Οι ερμηνείες που ενδέχεται να δίνουν για τα αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού τους τους οδηγούν στο να αισθάνονται ικανοί ή όχι ώστε να αντιμετωπίσουν αυτή τη συμπεριφορά. Ση-

μειώνεται ότι η απόδοση των αιτιών για τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές συνδέεται με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Μέχρι το σημείο αυτό παρουσιάστηκαν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί για την απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς με τους οποίους ενδέχεται να λειτουργούν τα άτομα και ειδικά οι γονείς. Παρακάτω θα γίνει αναφορά στα επιστημονικά δεδομένα για τα πιθανά αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς και γενικά των ψυχικών διαταραχών.

1.8. Επιστημονικές προσεγγίσεις για την ψυχοπαθολογική συμπεριφορά

Ο Sigmund Freud ήταν ο πρώτος που ανέπτυξε ολοκληρωμένα μία θεωρητική προσέγγιση βάσει της οποίας αφενός απέδιδε τα αίτια των ψυχικών διαταραχών κυρίως στην ανάπτυξη των σχέσεων με το περιβάλλον (π.χ. μητέρα) με επίκεντρο τη σεξουαλικότητα και αφετέρου πρότεινε τρόπο για τη θεραπεία τους.

Ο Siegfried Fischer (1950) αναφέρει μεταξύ άλλων πως η ψυχανάλυση δεν βασίζεται σε αιτιώδη ερευνητική μεθοδολογία όπως στις φυσικές επιστήμες αλλά στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών και το σκοπό τους. Επιπλέον, ο ίδιος υποθέτει ότι οι ψυχικές διαδικασίες έχουν οργανική βάση αιτιολογίας και μάλιστα ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ του βλεννογόνου του εγκεφάλου, του μεταβολισμού και της σχιζοφρένειας.

Στον αντίποδα της παραπάνω θεώρησης βρισκόταν η συμπεριφοριστική προσέγγιση. Πρότεινε κυρίως τη θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών αφού δεχόταν ότι ήταν σχεδόν αδύνατο να εντοπιστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς τουλάχιστον σε οργανική βάση.

Έκτοτε, και με την πρόοδο των επιστημών κάποιες διαταραχές όπως για παράδειγμα η νοητική υστέρηση μπορούσε να αποδοθεί σε κάποιο γνωστό οργανικό αίτιο όπως για παράδειγμα στην τρισωμία 21 (σύνδρομο Down). Φυσικά η νοητική υστέρηση δεν οφείλεται (αίτιο) αποκλειστικά στη συγκεκριμένη χρωμοσωμική ανωμαλία, διότι, νοητική υστέρηση μπορεί να έχουν και άλλα άτομα δίχως την τρισωμία 21. Το τελευταίο σημαίνει ότι η συμπτωματολογία (νοητική υστέρηση) δεν μπορεί να μας εξασφαλίσει τον εντοπισμό της αιτίας.

Μερικές φορές, ακόμη και στην κλινική πράξη υπάρχουν διαφορές στη διάγνωση μεταξύ των ειδικών ακόμη και για την ίδια περίπτωση. Ενδεικτικά μπορεί να αναφερθεί πως στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα ο Spitzka (1890) αναφέρεται στο Reif (1971) απέδιδε περίπου το 25% όλων των ψυχικών διαταραχών στον αυνανισμό ως αιτιολογικό παράγοντα.

Στη βάση της αναζήτησης των πραγματικών αιτιών των ψυχικών διαταραχών και επειδή ήταν σχεδόν αδύνατο να προσδιοριστούν με βάση την οργανική αιτιολόγησή τους (γονίδια, μικρόβια κ.ά.), αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες. Η ανάπτυξη αυτών των θεωρητικών προσεγγίσεων είχαν στόχο την επιστημονική απόδοση των αιτιών των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, ποικίλουν ανάλογα με τις αντιλήψεις των ειδικών της κάθε εποχής στη βάση των συμπτωμάτων της κάθε διαταραχής.

Το παραδοσιακό ιατρικό πρότυπο απόδοσης αιτιών των ψυχικών διαταραχών έχει βασιστεί στην υπόθεση της παρουσίας ευπροσδιόριστων σωματικών οντοτήτων που δημιουργούν την ασθένεια. Εντούτοις, κάτω από το πρίσμα της βιοϊατρικής αιτιολογίας, γίνεται αποδεκτό ότι στην έναρξη, τη διατήρηση και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σημαντικός παράγοντας αλλαγών στη συμπεριφορά των ατόμων αποτελεί το περιβάλλον. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό πρότυπο θα πρέπει να ισχύουν οι παρακάτω αρχές στην έρευνα της ψυχοπαθολογίας (Sameroff, 1995):

- (α) η ίδια παθολογική οντότητα θα πρέπει να προκαλέσει την ίδια διαταραχή σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία.
- (β) τα ίδια συμπτώματα στις διαφορετικές ηλικίες πρέπει να προκληθούν από την ίδια οντότητα.
- (γ) οι συγκεκριμένες διαταραχές στην παιδική ηλικία πρέπει να παρουσιάζονται με παρόμοιο τρόπο και στην ενήλικη ζωή.

Δυστυχώς όμως, καμία από τις τρεις αρχές δεν μπορεί να γενικευτεί. Όσον αφορά στην πρώτη αρχή, το ίδιο βιολογικό πρόβλημα μπορεί να δημιουργεί αρκετά διαφορετικές συμπεριφορές ανάλογα με την ηλικία. Δεύτερον, τα ίδια συμπτώματα μπορούν να προκληθούν είτε με διαφορετικές διαδικασίες στις διαφορετικές ηλικίες είτε με διαφορετικές οντότητες. Για παράδειγμα η θλίψη που είναι ένα αρχικό χαρακτηριστικό των ενήλικων συναισθηματικών διαταραχών ταυτόχρονα αποτελεί χαρακτηριστικό της παιδικής ηλικίας. Τρίτον, πολλά συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, δεν συνεχίζουν να υπάρχουν στην ενηλικίωση τουλάχιστον σε παρόμοιο βαθμό (Sameroff, 2000).

Φαίνεται λοιπόν ότι η βιοϊατρική προσέγγιση δεν μπορεί να προσδιορίσει επαρκώς

τα αίτια των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, λόγω της ευρείας αποδοχής της επίδρασης του περιβάλλοντος στη διαμόρφωση των συμπεριφορών πρέπει να διερευνούνται ταυτόχρονα οι αιτιώδεις διαδικασίες που οδηγούν σ' αυτές. Η κατανόηση των αιτιολογικών διαδικασιών αφορούν σε εκτιμήσεις του ρόλου των αναπτυξιακών μηχανισμών, της συνέχειας ή ασυνέχειας μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού και ενδέχεται να επηρεάζονται ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος (Rutter & Sroufe, 2000). Οι αποκλίσεις που μπορεί να παρατηρούνται στη συμπεριφορά τοποθετούνται στη δυναμική σχέση μεταξύ των ατόμων και των πλαισίων της ανάπτυξής τους (Sameroff, 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολύ πρόσφατα (Μάιος 2007) ερευνητική ομάδα 200 ειδικών από τη Βρετανία ανακοίνωσε ότι μετά την χαρτογράφηση του ανθρώπινου DNA εντόπισε γονίδια όπου μεταξύ άλλων ήταν και αυτό που ευθύνεται για τη μανιοκατάθλιψη! Αυτό σημαίνει ότι αφενός μπορεί να βρεθούν αιτιολογικές θεραπείες και αφετέρου ότι ενδέχεται να ισχύει και για άλλες ψυχικές διαταραχές. Επειδή η ανακάλυψη αυτή είναι πολύ πρόσφατη, η παρούσα εργασία θα περιοριστεί με επιφύλαξη στα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα όπου μεταξύ άλλων υποστηρίζεται (Tsuang & et. al., 2004) η αλληλεπίδραση των γενετικών καταβολών με το περιβάλλον.

1.8.1. Το αναπτυξιακό πλαίσιο στην ψυχοπαθολογία

Οι επιστημονικοί προβληματισμοί σχετικά με την απόδοση αιτιών των ψυχικών διαταραχών συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμη και σήμερα. Μετά τις δεκαετίες του 1950 και 1960 η θεραπεία συμπεριφοράς εδραιώνεται ως η θεραπεία αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών λόγω της αδυναμίας προσδιορισμού των αιτιών των ψυχικών διαταραχών. Έκτοτε και μέχρι σήμερα οι εξελίξεις στη βάση της συμπεριφορικής θεραπείας οδήγησαν στην εμφάνιση της επιστήμης της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας.

Η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία μελετά την ανάπτυξη της δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί αυτή να εξελίσσεται πιθανόν σε κάτι διαφορετικό σύμφωνα με τη συμπτωματολογία που παρατηρείται. Για παράδειγμα από έρευνες για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)⁷ (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR) συχνά παρατηρείται ότι τα άτομα αυτά έχουν ταυτόχρονα είτε και άλλες διαταραχές (συννοσηρότητα) είτε διαφορετικές συμπεριφορές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τίθεται λοιπόν το ερώτημα

⁷ Η αγγλική ορολογία Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

γιατί να παρατηρούνται αυτές οι ουσιαστικές διαφορές στη συμπεριφορά του ατόμου οι οποίες επηρεάζουν καθοριστικά την προσαρμογή του στο περιβάλλον;

Βασικό στοιχείο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας αποτελεί η έννοια της συνέχειας. Αυτό σημαίνει ότι η ψυχοπαθολογικές καταστάσεις μπορεί να μεταβάλλονται ή να παραμένουν αμετάβλητες με την πάροδο του χρόνου. Με άλλα λόγια η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία καλείται να προσδιορίσει «τι οδηγεί σε τι» (McGee et. al., 1995). Επίσης, διερευνώνται οι παράγοντες καθώς και τα στάδια ανάπτυξης που πιθανό να ευνοούν την εκδήλωση κάποιας διαταραχής (Costello et. al., 1993).

Στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία, συνδυάζεται η μελέτη της ανάπτυξης γενικότερα με τη μελέτη της παθολογικής συμπεριφοράς και διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν την ανάπτυξη και αντίστροφα. Η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία έχει ως αφετηρία της τη διαπίστωση πως οι δυσπροσάρμοστες μορφές συμπεριφοράς δεν εμφανίζονται ξαφνικά αλλά έχουν συνήθως κάποια προϊστορία.

Παρόλο που οι περισσότερες από τις γνωστές θεωρίες για τη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά συμφωνούν με την παραπάνω διαπίστωση, η πρώτη θεωρία στην οποία είχε διατυπωθεί ξεκάθαρα η αναπτυξιακή προοπτική, ήταν η ψυχαναλυτική θεωρία. Σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική θεωρία, οι διαταραχές των ενηλίκων έχουν τις ρίζες τους σε ιστορικά γεγονότα τα οποία μπορεί να έχει βιώσει το άτομο ακόμη και σε πολύ μικρή ηλικία. Το μοντέλο του Erikson, το οποίο αναφέρεται στα στάδια ανάπτυξης, προσφέρει επίσης ένα βιώσιμο πλαίσιο όπου μπορεί να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να σχετίζονται με την εκδήλωση διαφορετικών μορφών ψυχοπαθολογίας.

Τα τελευταία χρόνια έγιναν σοβαρές προσπάθειες προκειμένου να προσδιοριστεί το πλαίσιο της έρευνας στη βάση της φιλοσοφίας για την ανάπτυξη του ατόμου μεταξύ των γενετικών καταβολών και την επίδραση του περιβάλλοντος.

1.8.2. Η έννοια της συννοσηρότητας στην ψυχοπαθολογία

Για πολλούς ειδικούς «συννοσηρότητα» σημαίνει η ταυτόχρονη παρουσία στο ίδιο άτομο δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών. Άλλοι ειδικοί (Angold, 1988) υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ακραίες μορφές συμπεριφοράς που παρεκκλίνουν σε ορισμένο βαθμό από το συνηθισμένο, και όχι ποιοτικά διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες διαφέρουν ριζικά μεταξύ τους.

Οι Caron και Rutter (1991) μεταξύ άλλων επισημαίνουν ότι το φαινόμενο της συννοσηρότητας μπορεί να έχει πολλαπλές πηγές αιτιολογίας. Μπορεί να οφείλεται:

- στους ίδιους αιτιολογικούς παράγοντες,
- σε διαφορετικό τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων μίας μόνο διαταραχής,
- στην πρόκληση μίας διαταραχής από μία άλλη που προϋπάρχει,
- στην πρόωπη εκδήλωση κάποιας άλλης διαταραχής,
- στην αλληλοεπικάλυψη των διαγνωστικών κριτηρίων.

Ειδικά για το τελευταίο πιθανό αίτιο της συννοσηρότητας οι Achenbach et. al. (1989) υποστηρίζουν ότι αποτελεί αδυναμία του παρόντος διαγνωστικού συστήματος. Παρόλα αυτά τα ισχύοντα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM-IV & ICD-10 ενθαρρύνουν τις πολλαπλές διαγνώσεις. Αρκετοί ερευνητές (Pincus et. al. 2004) υποστηρίζουν ότι αυτά εμποδίζουν την έρευνα και κατά συνέπεια τη διάγνωση και την αντιμετώπιση και πρέπει στις επόμενες εκδόσεις να γίνει αναθεώρηση. Κάποιο άλλοι πάλι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002) προκειμένου να «απεγκλωβιστεί» ο ειδικός από το φαινόμενο της συννοσηρότητας και τις δυσχέρειες που προκαλεί στην αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, προτείνουν την υιοθέτηση της επιγενετικής αντίληψης (Goldsmith et. al., 1997) της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας προσδιορίζοντας κάθε φορά ποια συμπτώματα ενδέχεται να είναι κυρίαρχα ή πρωτογενή και ποια δευτερογενή.

1.8.3. Διαγνωστικά εγχειρίδια

Σύμφωνα με το παρόν διαγνωστικό σύστημα η πλειονότητα των ειδικών ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί κυρίως δύο οδηγούς διάγνωσης. Το DSM-IV-TR (Text Revision APA, 2000) και το ICD-10 (WHO, 1993). Σε γενικές γραμμές πρόκειται για παρόμοια συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών με τη διαφορά ότι το πρώτο συνεκτιμά και τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του.

Σοβαρό μειονέκτημα και των δύο συστημάτων ταξινόμησης είναι οι ελλιπείς πληροφορίες για τα αίτια της εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Επίσης, η φύση των κατηγορικών συστημάτων είναι στατική και δεν λαμβάνει υπόψη τη δυναμική φύση της ανάπτυξης (Routh, 1990).

Παρά τις αδυναμίες του διαγνωστικού συστήματος ένα σημαντικό πλεονέκτημα είναι η επικοινωνία μεταξύ των ειδικών και μπορεί να αφορά στην έρευνα, τη διάγνωση και τη θεραπευτική παρέμβαση.

Οι Pincus et. al. (2004) μεταξύ άλλων προτείνουν πως η έρευνα της ψυχοπαθολογίας πρέπει να βασιστεί σε διαγνωστικές στρατηγικές που εξαρτώνται από την εκτίμηση της κλινικής εξέτασης.

1.9. Η αξιολόγηση των αναπτυξιακών διαταραχών από τους ειδικούς

Η διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών προϋποθέτει την αξιολόγηση των συμπεριφορών που παρεκκλίνουν από τις συνηθισμένες. Επίσης, πρέπει να αξιολογηθούν παράμετροι των συμπεριφορών αυτών όπως η έκτασή τους, η βαρύτητα των συμπτωμάτων καθώς και η λειτουργικότητα του ατόμου στο περιβάλλον.

Η αξιολόγηση εκτός από τη διάγνωση στοχεύει στην πιθανή έκβαση των δυσκολιών («τι οδηγεί σε τι») και κατά συνέπεια στον κατάλληλο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης ο Achenbach (1995) προτείνει να συγκεντρώνονται στοιχεία από τις ακόλουθες πέντε πηγές:

- Αναφορές γονέων (σταθμισμένες κλίμακες, αναπτυξιακό ιστορικό, συνέντευξη με γονείς).
- Αναφορές παιδαγωγών (σταθμισμένες κλίμακες, σχολικές επιδόσεις, συνέντευξη με τον παιδαγωγό),
- Γνωστική αξιολόγηση (δοκιμασίες για ικανότητες, τις επιδόσεις, τις κινητικές και αντιληπτικές δεξιότητες),
- Αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης (βάρους, ύψους, ιατρική και νευρολογική εξέταση),
- Αξιολόγηση του παιδιού και του εφήβου (άμεση παρατήρηση, κλινική συνέντευξη, σταθμισμένες κλίμακες αυτοαξιολόγησης).

Τέλος, πολύ σημαντικό στοιχείο κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι η διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους επικοινωνούν και συμπεριφέρονται στο παιδί τα σημαντικά πρόσωπα γι' αυτό.

1.9.1. Μέθοδοι αξιολόγησης αναπτυξιακών διαταραχών

Οι μέθοδοι αξιολόγησης των ψυχικών διαταραχών διαμορφώνονται ανάλογα με την προσέγγιση που υιοθετεί ο κάθε ειδικός. Για παράδειγμα ένας ειδικός που έχει υιοθετήσει την ψυχοδυναμική προσέγγιση συνήθως αναζητά τα αίτια της συμπεριφοράς διερευνώντας τις σχέσεις μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, ενώ ένας ειδικός

που έχει υιοθετήσει την αναπτυξιακή προσέγγιση διερευνά τα αίτια της συμπεριφοράς με τη μέθοδο της δυναμικής εξέλιξης μεταξύ του παιδιού και του περιβάλλοντος όπου αναπτύσσεται.

Στην παρούσα εργασία η αξιολόγηση των συμπεριφορών αντλεί μεθόδους από την αναπτυξιακή προσέγγιση. Αυτό σημαίνει ότι μεταξύ άλλων θα διερευνώνται στοιχεία που αφορούν αφενός στους διάφορους παράγοντες του πλαισίου ανάπτυξης (γονείς, συνομήλικοι, εκπαιδευτικοί κ.ά.) και αφετέρου την ηλικία, το φύλο, το πολιτισμικό πλαίσιο κλπ. που ενδέχεται να επηρεάζουν την έκβαση των διαταραχών.

Η κλινική συνέντευξη είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος αξιολόγησης για τα προβλήματα των παιδιών και της οικογένειάς τους (Sattler, 1998). Στόχος του ειδικού αποτελεί η συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν στο ιστορικό ανάπτυξης, τις λειτουργικές και δυσλειτουργικές μορφές συμπεριφοράς στο περιβάλλον (συνήθως σπίτι, σχολείο). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με απευθείας συνέντευξη του ειδικού από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ή/ και με σταθμισμένα εργαλεία.

Η κλινική συνέντευξη και παρατήρηση με το παιδί βοηθάει τον ειδικό να συγκεντρώσει πληροφορίες που αφορούν στην αντίληψη του ίδιου του παιδιού για την κατάστασή του. Ταυτόχρονα, με την κλινική παρατήρηση ο ειδικός, διαμορφώνει μία αδρή εικόνα για το νοητικό επίπεδο του παιδιού, το επίπεδο ανάπτυξής του στο γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα.

Για την καλύτερη κατανόηση της αξιολόγησης των διαταραχών στη βάση της αναπτυξιακής προσέγγισης και λόγω της αυξημένης συχνότητας που εμφανίζεται στα παιδιά παγκοσμίως (3 – 5 %) (American Psychiatric Association, 1994) αλλά και στην Ελλάδα (10 – 16 % περίπου) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Ζουρντζής και συν., 2003) παρακάτω θα γίνει αναλυτική παρουσίαση της αξιολόγησης του ειδικού μέσα από το παράδειγμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).

1.10. Το παράδειγμα της ΔΕΠ-Υ

1.10.1. Ιστορικό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε πως είχε παρατηρηθεί από τα αρχαία χρόνια. Ο Γαληνός είχε παρατηρήσει πως κάποια παιδιά ήταν «αεκίνητα». Μάλιστα κάποιοι πρότειναν και «όπιο» για την αντιμετώπιση αυτής της συμπεριφοράς (Goodman & Gilman, 1975).

Ο πρώτος επιστήμονας που περιέγραψε κλινικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ήταν ο γιατρός George Still (1902) ο οποίος υποστήριξε ότι τα αίτια της ήταν βιολογικά. Επίσης, αναφέρθηκε στην εξελικτική πορεία των παιδιών αυτών, και απέδωσε τα συμπτώματα της διαταραχής στο έλλειμμα του «ηθικού ελέγχου» της συμπεριφοράς και της «αναστολής της βούλησης» των παιδιών αυτών.

Το 1972 η Virginia Douglas υποστήριξε πως το κυρίαρχο αίτιο της ΔΕΠ-Υ δεν είναι η υπερκινητικότητα αλλά τα ελλείμματα στην παρατεταμένη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορρύθμισης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση, καταγραφή και την επεξεργασία των πληροφοριών. Σύμφωνα με το μοντέλο της, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε ελλείμματα σε τέσσερις βασικούς τομείς: στην οργάνωση και διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας, στη δυνατότητα αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων, στη ρύθμιση του επιπέδου εγρήγορσης ανάλογα με τις απαιτήσεις των περιστάσεων και στην ασυνήθιστα ισχυρή τάση για αναζήτηση άμεσης ενίσχυσης.

Οι προτάσεις της Douglas έδωσαν το έναυσμα για νέες έρευνες. Επίσης, έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μετονομασία της διαταραχής σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα» στην τρίτη έκδοση του DSM - III (American Psychiatric Association, 1980) από αυτή με τον όρο «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία».

Ο Wender (1971) διατήρησε τον όρο «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» και διέκρινε τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της διαταραχής σε τομείς, όπως η κινητική συμπεριφορά, οι σχολικές επιδόσεις, οι διαπροσωπικές σχέσεις, το συναίσθημα και η αυτορρύθμιση. Μάλιστα, αιτιολόγησε τις δυσκολίες που παρουσιάζουν στους πιο πάνω τομείς, υποστηρίζοντας ότι οφείλονται σε μειωμένη ευαισθησία απέναντι στην τιμωρία και αμοιβή, στη μειωμένη διάρκεια της προσοχής λόγω της υπερκινητικότητας, καθώς και στη χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και την «εξωστρέφεια». Στη θεωρία του όμως υπήρχαν και αμφισβητούμενοι όροι όπως η «εξωστρέφεια».

Ειδικοί, τόσο της συμπεριφορικής (Willis & Lovaas, 1977) όσο και της ψυχαναλυτικής σχολής (Bettelheim, 1973· Hartocollis, 1968), υποστήριξαν πως η υπερκινητικότητα οφείλεται σε κακούς χειρισμούς των γονιών, με διαφορετική ωστόσο ερμηνεία των αιτιολογικών μηχανισμών.

Στην τέταρτη έκδοση του DSM (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) τονίζονται τα πλαίσια όπου μπορεί να παρουσιάζονται τα συμπτώματα, η έννοια της λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά και η διάκριση της ΔΕΠ-Υ σε δύο ομά-

δες συμπτωμάτων (αντί της μίας στο DSM-III-R). Η πρώτη αναφέρεται στη διάσπαση της προσοχής και η δεύτερη στην υπερκινητική – παρορμητική συμπεριφορά. Όταν πληρούνται τα κριτήρια και των δύο ομάδων, τότε δίνεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος», ενώ όταν πληρούνται τα κριτήρια της πρώτης ομάδας, δίνεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ, με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο» ή όταν πληρούνται τα κριτήρια μόνο της δεύτερης, «ΔΕΠ-Υ, με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό – παρορμητικό τύπο».

Στην τελευταία έκδοση του επεξηγηματικού εγχειριδίου του DSM (DSM – IV – TR, American Psychiatric Association, 2000) προσδιορίζονται με σαφέστερο τρόπο τα περιγραφικά χαρακτηριστικά της διαταραχής και παρατίθενται νεότερα επιδημιολογικά στοιχεία.

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων, που εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD 10, 1993), οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου ταξινομούνται στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία». Πιο συγκεκριμένα, κωδικοποιούνται με βύση τέσσερις τύπους : Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής, Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου, Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου και Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη.

1.10.2. Η φύση και η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ (αναπτυξιακή πορεία)

Αρκετές φορές οι γονείς και οι παιδαγωγοί βρίσκονται αντιμέτωποι με παιδιά που παρουσιάζουν διαφορετική συμπεριφορά από αυτή των συνομήλικών τους, με κύρια χαρακτηριστικά την υπερκινητικότητα, την έλλειψη προσοχής, την παρορμητικότητα και άλλα συμπτώματα δευτερογενούς προέλευσης όπως π.χ. τις χαμηλές σχολικές επιδόσεις και την επιθετική συμπεριφορά.

Οι ερμηνείες που μπορεί να δώσουν ποικίλλουν ανάλογα με τις αντιλήψεις τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, αυτή η συμπεριφορά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένδειξη «ανωριμότητας», με φυσικό επακόλουθο η βελτίωση της κατάστασης να εναποτίθεται στο πέρασμα του χρόνου. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να ειπωθεί από τους γονείς ότι και οι ίδιοι είχαν παρόμοια συμπεριφορά, αλλά τώρα δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Άλλες φορές μπορεί να αποδίδονται στην κακή διαπαιδαγώγηση ή τους λανθασμένους χειρισμούς όπως «...τον/ την έχουμε κακομάθει κλπ...». Ένα από τα συνηθισμένα λάθη του περιβάλλοντος είναι η υιοθέτηση της άποψης ότι πρόκειται

απλώς για υπερβολικά ζωηρά και κακομαθημένα παιδιά. Υπάρχουν βέβαια πολλές διαφορές ανάμεσα σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και σε ένα ζωηρό παιδί, που αφορούν κυρίως στην ικανότητα και το βαθμό ελέγχου της κινητικής δραστηριότητας ανάλογα με τις περιστάσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η ερμηνεία που θα δώσουν οι ενήλικες στη συμπεριφορά του παιδιού, προσδιορίζει συνήθως και την επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης (Μανιαδάκη, 2001α). Ορισμένοι μπορεί να επαναπαντούν και απλώς να περιμένουν να μεγαλώσει το παιδί. Άλλοι να ενοχοποιήσουν τον εαυτό τους και να προσπαθήσουν ν' αντιμετωπίσουν μόνοι τους την κατάσταση, με συμβουλές ή τιμωρίες. Τις περισσότερες φορές όμως φτάνουν σε αδιέξοδο και κάποιοι ενδέχεται να ζητήσουν τη βοήθεια ειδικού.

Ο Barkley (1990) αναφέρει ότι κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, είναι η εκδήλωση των συμπτωμάτων απροσεξίας και/ή παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας, σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία τους. Αποτέλεσμα των συμπτωμάτων είναι να εμφανίζουν περιορισμένες ικανότητες για συγκέντρωση της προσοχής, αναστολή των παρορμήσεών τους και αδυναμία ν' ακολουθήσουν συγκεκριμένους κανόνες του περιβάλλοντός τους.

Η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως «πρωτογενή» ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, γιατί απορρέουν από τη φύση της διαταραχής και έχουν οργανική αιτιολογία. Λόγω των ελλειμμάτων στους παραπάνω τομείς η προσαρμογή τους στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι πολύ δύσκολη.

Η απροσεξία οδηγεί στη δυσκολία συγκέντρωσης και εκτέλεσης μια δραστηριότητας, ιδιαίτερα όταν αυτή απαιτεί πνευματική προσπάθεια (Douglas, 1972). Η προσοχή διασπάται πολύ εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από σκέψεις. Επίσης, συνέπειες της απροσεξίας μπορεί να είναι η έλλειψη οργάνωσης, η δυσκολία ολοκλήρωσης ή/και οι εναλλαγές δραστηριοτήτων. Μπορεί να δίνεται η εντύπωση της αφηρημάδας και της ονειροπόλησης.

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές από τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ, αλλά και αυτό που μπορεί να προβληματίζει περισσότερο το περιβάλλον. Ταυτόχρονα είναι αυτό που αλλάζει σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου. Λόγω της υπερκινητικότητας, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μη κάθονται ήσυχα, να χοροπηδούν και να σκαρφαλώνουν διαρκώς, να στριφογυρίζουν στο κάθισμά τους και να κάνουν απότομες κινήσεις ή να κινούν νευρικά τα χέρια τους. Συνέπεια αυτής της

συμπεριφοράς είναι συνήθως να έχουν περισσότερα ατυχήματα (Hartsough & Lambert, 1985· Reebye, 1997) σε σχέση με τους συνομηλικούς τους.

Τέλος η παρορμητικότητα είναι το στοιχείο του συνδρόμου που συνδέεται κυρίως με τα προβλήματα στη συμπεριφορά. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά βιάζονται ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους απευθύνονται, παρεμβαίνουν σε συζητήσεις με άσχετους σχολιασμούς, παραβιάζουν κανόνες συμπεριφοράς και απαιτούν άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους, δεδομένου ότι χαρακτηρίζονται από χαμηλή ανοχή στη ματαίωση (Douglas & Pardy, 1994). Η στάση τους αυτή δημιουργεί αρνητικές εντυπώσεις στο περιβάλλον με αποτέλεσμα να τους επιβάλλονται συχνά τιμωρίες. Η αδυναμία τους ν' ανταποκριθούν σε συνήθεις συμπεριφορές που απαιτεί το περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψή τους από αυτό.

Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνονται τα «πρωτογενή» συμπτώματα, διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και, πολλές φορές με το φύλο του παιδιού. Είναι σημαντικό ο ειδικός να είναι σε θέση να διακρίνει εκείνες τις μορφές συμπεριφοράς που ενώ είναι φυσιολογικές για μία ηλικία, παρεκκλίνουν του «φυσιολογικού» εάν εμφανίζονται σε μια άλλη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Πολλά από τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αλλάζουν μορφή ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο. Σύμφωνα με τη «φυσιολογική ανάπτυξη» ένα παιδί είναι εντελώς διαφορετικό στην ηλικία των τεσσάρων από την ηλικία των οκτώ ετών. Με παρόμοιο τρόπο ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μία εντελώς διαφορετική εικόνα στα τέσσερα και στα οκτώ χρόνια του. Επιπλέον, εάν σκεφτούμε πως η κλινική εικόνα είναι ανάλογη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων, μπορούμε να φανταστούμε πόσο διαφορετική μπορεί να είναι η κλινική εικόνα μεταξύ δύο παιδιών με ΔΕΠ-Υ.

Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά εμφανίζονται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, τόσο για την έγκυρη διάγνωση, όσο και για την ακριβή εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων.

1.10.2.1. Βρεφική ηλικία

Κάποιοι ειδικοί παρατήρησαν ότι ορισμένα βρέφη διαφέρουν ως προς τη συμπεριφορά τους σε σχέση με άλλα. Είναι περισσότερο ανήσυχα, έχουν υψηλά επίπεδα δραστηριότητας, έντονες και απρόβλεπτες αντιδράσεις και γενικά «δύσκολη ιδιοσυγκρασία» (Turecki, 1989). Οι μητέρες συχνά μπορεί ν' αναφέρουν πως είναι «δύσκολα» παιδιά σε θέματα φροντίδας, και πολλές φορές μπορεί να κλαίει χωρίς προφανή λόγο (Thomas & Chess, 1977· Wolf, 1969). Μπορεί επίσης να έχουν δυσκολίες

στον ύπνο και στη λήψη τροφής (Nichamin, 1972). Έρευνες έχουν δείξει ότι είναι πολύ πιθανό τα «δύσκολα» παιδιά μελλοντικά να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όπως προβλήματα λόγου και ομιλίας, προβλήματα συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και, ενδεχομένως ΔΕΠ-Υ (Ross & Ross, 1982). Λογικό επακόλουθο είναι ότι σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να μιλάμε για χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία αλλά μόνο για πιθανές ενδείξεις.

1.10.2.2. Νηπιακή ηλικία

Για να δοθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα πρέπει να έχουν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 7 ετών. Ο Barkley (1981), υποστηρίζει ότι η ανίχνευσή της είναι δυνατή από τη νηπιακή ηλικία. Σε διαχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), επιβεβαιώνεται η άποψη του Barkley, γιατί βρέθηκε ότι το 66,7% των παιδιών που εντοπίστηκαν με πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία, ανταποκρινόταν πλήρως στα κριτήρια της διαταραχής δύο χρόνια αργότερα, όταν πια φοιτούσαν στη Β΄ τάξη του δημοτικού.

Κατά τη νηπιακή ηλικία, μπορούμε να παρατηρήσουμε, μια ακατάπαυστη κινητική δραστηριότητα : το παιδί αδυνατεί να παραμείνει ήσυχο έστω και λίγα λεπτά της ώρας. Ενοχλεί τους ενήλικες, οι οποίοι το περιγράφουν συχνά ως «σβούρα». Είναι αδέξιο στις κινήσεις του και συχνά μπορεί να έχει ατυχήματα.

Τις περισσότερες φορές αυτό που προβληματίζει έντονα τους γονείς δεν είναι τόσο η αυξημένη κινητική δραστηριότητα ή η αδεξιότητα στις κινήσεις, όσο η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Οι δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου είναι από τις συχνότερες αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν στην αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς (Baker & Cantwell, 1987).

Η τάση για εξερεύνηση του περιβάλλοντος είναι ένα από τα «φυσιολογικά» χαρακτηριστικά της νηπιακής ηλικίας. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όμως, στην προσπάθειά τους αυτή, εκδηλώνουν συχνά έντονα προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Campbell, 1985), και αδυνατούν να ελέγξουν και ν' αναστείλουν τις ακατάλληλες μορφές συμπεριφοράς (Barkley, 1990). Επίσης συχνά δυσκολεύονται ν' ακολουθήσουν τις εντολές που δίνονται από τους γονείς ή άλλους, λόγω της διάσπασης της προσοχής. Ο γονέας ή ο παιδαγωγός πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει αν οι προφορικές εντολές γίνονται κατανοητές από το παιδί, γιατί είναι πολύ πιθανό να του είναι αδύνατο να συγκεντρωθεί ώστε να καταλάβει μια μακροσκελή πρόταση. Είναι πολύ συνηθισμένο

το περιβάλλον να μη κατανοεί αυτή τη δυσκολία και να θεωρεί ότι το παιδί δεν είναι υπάκουο. Αυτή η συμπεριφορά του παιδιού είναι πολύ πιθανό να καθορίσει την ανάλογη στάση από το περιβάλλον, συχνά με τιμωρίες και επιπλήξεις.

Η παρορμητική συμπεριφορά αρκετά συχνά καθιστά το νήπιο με ΔΕΠ-Υ επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά, με αποτέλεσμα αυτό να αντιμετωπίζει προβλήματα στην προσαρμογή του στον παιδικό σταθμό ή το νηπιαγωγείο και να δυσκολεύεται να ενταχθεί ομαλά στην ομάδα των συνομηλίκων του (Campbell & Cluss, 1982).

1.10.2.3. Σχολική ηλικία

Στην ηλικία αυτή τα περισσότερα παιδιά έχουν αναπτύξει δεξιότητες που τους επιτρέπουν ν' ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου, όπως είναι η ικανότητα να διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα την προσοχή τους, να τηρούν κανόνες, να συνεργάζονται και να εντάσσονται στην ομάδα των συνομηλίκων τους. Ακόμη, οι γνωστικές ικανότητες τους επιτρέπουν την εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όμως, δεν συμβαίνει κάτι ανάλογο. Οι ικανότητες αυτές δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένες. Η ελλειμματική φύση μερικών από αυτές αποτελεί κεντρικό σύμπτωμα της διαταραχής (Barkley, 1990).

Τα πρωτογενή συμπτώματα συνεχίζουν να υπάρχουν, και σε συνδυασμό με τις αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος, οδηγούν συνήθως σε δευτερογενή προβλήματα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Οι γονείς που είχαν αποδώσει τις δυσκολίες του παιδιού τους στην «ανωριμότητα», δυστυχώς, διαπιστώνουν ότι τα προβλήματα όχι μόνο συνεχίζουν να υπάρχουν, αλλά εμφανίστηκαν και άλλα, που έρχονται να προστεθούν στα ήδη υπάρχοντα.

Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού, η εικόνα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά διαφορετική από των άλλων παιδιών. Συνήθως σηκώνεται από τη θέση του και περιφέρεται άσκοπα μέσα στην τάξη, αφαιρείται και χάνει τον ειρμό του μαθήματος, και χάνει το ενδιαφέρον του μαθησιακού αντικειμένου, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι δύσκολο (Douglas, 1972). Συχνά γονείς και παιδαγωγοί αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά σπάνια ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες και ιδιαίτερα αυτές που σχετίζονται με τη σχολική εργασία. Στο σπίτι, η έλλειψη οργάνωσης και η σχολική μελέτη, αποτελούν αντικείμενο συγκρούσεων ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς (Μανιαδάκη, 2001 β). Η συμπεριφορά τους είναι συχνά απρόβλεπτη για τους δασκάλους, γιατί ενδέχεται να τα καταφέρνουν σε μία δραστηριότητα τη μια μέρα και να αποτυγχάνουν στην ίδια

την επόμενη. Αυτή η ασυνέπεια στη συμπεριφορά, συχνά ερμηνεύεται από τους δασκάλους ως «τεμπελιά» και έλλειψη προσπάθειας, με αποτέλεσμα ν' ασκείται μεγαλύτερη πίεση με συχνές παρατηρήσεις. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και στο σπίτι. Είναι αρκετά πιθανό, με τις τακτικές των παρατηρήσεων ή και επιπλήξεων, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να οδηγούνται σε σχολική αποτυχία. Βιώνουν συναισθήματα απόρριψης, μειώνεται η αυτοεκτίμησή τους και χάνουν το κίνητρο για μάθηση. Εγκαταλείπουν εύκολα τις προσπάθειες και πολλές φορές μπορεί να έχουν ξεσπάσματα θυμού και έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες.

Αποτέλεσμα της «κακής συμπεριφοράς τους», είναι συχνά οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις. Κοινωνιομετρικές έρευνες δείχνουν ότι επιλέγονται σπανιότερα για παρέα από τους συνομηλίκους τους (Pelham & Milich, 1984). Η απόρριψη είναι φυσικό επακόλουθο, όχι μόνο για την επιθετικότητα και τους συχνούς καυγάδες, αλλά και για την κακή χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η ικανότητα ν' ακούν το συνομιλητή τους, να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να περιμένουν τη σειρά τους στα παιχνίδια. Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις επιδεινώνονται όταν η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες (Flicek, 1992).

Σημειώνεται ότι η παραπάνω εικόνα δεν είναι ίδια για όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Υπενθυμίζεται ότι συνήθως είναι διαφορετική, επειδή οι κύριοι παράγοντες που διαμορφώνουν την κλινική εικόνα (περιβάλλον και σοβαρότητα των συμπτωμάτων) δεν είναι ίδιοι σε κάθε περίπτωση παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Η σχολική ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία η ποιότητα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και το περιβάλλον, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σ' αυτή την ηλικία καλείται να μάθει να ελέγχει τις πρωτογενείς δυσκολίες του, προκειμένου να προσαρμοστεί στο σχολικό πλαίσιο, ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σχολικής μάθησης, να διαμορφώσει ρεαλιστική εικόνα για τις δυνατότητές του και ν' αναπτύξει αποδοκτές κοινωνικές δεξιότητες. Η κατάλληλη στήριξη και βοήθεια, μπορούν να εξασφαλίσουν ομαλότερη πορεία προς την εφηβεία και την ενηλικίωση. Η μη έγκαιρη και ανάλογη αντιμετώπιση συχνά οδηγούν στην αποτυχία, με αποτέλεσμα το παιδί να έρχεται αντιμέτωπο με νέες δυσκολίες αλλά και μεγαλύτερους κινδύνους.

1.10.2.4. Εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία είναι μία αναπτυξιακή περίοδος έντονων ψυχολογικών και βιολογικών αλλαγών. Η δύσκολη διαδικασία της αναζήτησης ταυτότητας και οι αλλαγές στο σώμα (ορμονικές, διαστάσεις σώματος, δευτερογενή χαρακτηριστικά φύλου κ.ά.), σε συνδυασμό με τις αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος, κάνουν ακόμη πιο δύσκολη την προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν περισσότερες δυσκολίες στην προσαρμογή τους, δεδομένου ότι η διάσπαση της προσοχής συνεχίζει να υπάρχει και να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη κατά την εφηβική ηλικία (Hart et al., 1995). Η υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα υποχωρούν αισθητά. Δυστυχώς όμως, δεν εξαφανίζονται.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε μια διαχρονική έρευνα του Barkley και των συνεργατών του, η οποία διήρκεσε 16 χρόνια, (Barkley, Grodzinsky, & Du Paul, 1992· Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990· Barkley et al., 1991), μελετήθηκε η πορεία 100 παιδιών με ΔΕΠ-Υ από την παιδική τους ηλικία μέχρι την ενηλικίωση. Διαπιστώθηκε ότι το 80% των παιδιών που είχαν λάβει τη διάγνωση τη ΔΕΠ-Υ, τη διατηρούσαν για 8 χρόνια. Το σημαντικότερο εύρημα ίσως, είναι πως το 60% των παιδιών είχε αναπτύξει επιπλέον Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής. Επίσης, η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, η νεανική παραβατικότητα και η σχολική αποτυχία, εμφανίζονταν πολύ συχνά στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Ανάλογα αποτελέσματα φαίνεται ότι ισχύουν και για τους Έλληνες. Σε έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο (Κάκουρος, 1998), διαπιστώθηκε ότι η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις παραπάνω διαταραχές εμφανιζόταν σε ποσοστό 75% στην εφηβεία.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Patterson et al., 1992), μπορεί να καθιστά πολλές φορές τον έφηβο με ΔΕΠ-Υ ευάλωτο και επιρρεπή στις αρνητικές επιρροές ορισμένων ομάδων συνομηλίκων του χώρου (Κάκουρος, 1998). Μπορεί να παρασυρθεί πιο εύκολα σε πράξεις αντικοινωνικού χαρακτήρα, όπως παραβίαση νόμων, κατάχρηση ουσιών κ.ά. Αυτό οφείλεται στη μεγάλη του ανάγκη για αποδοχή από το περιβάλλον. Αρκετά συχνά ο κοινωνικός περίγυρος του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι απορριπτικός όπως και στην προηγούμενη αναπτυξιακή ηλικία, με αποτέλεσμα να γίνεται «αποδεκτός», μόνο από άτομα του περιθωρίου, των οποίων τους κανόνες είναι υποχρεωμένος ν' ακολουθεί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.10.3. Πιθανά αίτια και επιδημιολογικά στοιχεία της ΔΕΠ-Υ

Πολλοί ειδικοί ασχολούνται με τον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ. Οι μέχρι τώρα προσπάθειες δεν κατάφεραν να προσδιορίσουν τα ακριβή αίτια, γιατί η διερεύνησή τους συναντά πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Σε κάποιες περιπτώσεις δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες αποδείξεις, ενώ σε κάποιες άλλες απουσιάζουν εντελώς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ (αν και πολυπαραγοντική), έχει βιολογικό υπόστρωμα και αποδίδεται σε γενετικούς και νευρολογικούς παράγοντες. Ο τρόπος με τον οποίο συντελούν στην εμφάνισή της, δεν είναι γνωστός. Τα ερευνητικά δεδομένα στηρίζονται συνήθως σε συνάψεις και γι' αυτό δεν αποδεικνύουν άμεσα τα αίτια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αίτια πρέπει ν' αναζητούνται στο περιβάλλον. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η κακή διαπαιδαγώγηση, οι οικογενειακές συγκρούσεις και η ψυχοπαθολογία των γονέων, έδειξαν υψηλή συνάφεια με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Μεταγενέστερες έρευνες όμως έδειξαν ότι η σχέση αυτή είναι αποτέλεσμα της επίδρασης των προβλημάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά των γονέων, και όχι το αίτιο εμφάνισης της διαταραχής. Επίσης, φάνηκε η κληρονομική διάσταση της ΔΕΠ-Υ, αφού οι γονείς των παιδιών παρουσίαζαν και οι ίδιοι τη διαταραχή, γεγονός το οποίο δυσχέραινε περισσότερο τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, καθώς και τις μεθόδους διαπαιδαγώγησης (Plomin, 1995).

Γενετικοί παράγοντες

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα αίτια της ΔΕΠ-Υ, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τον κληρονομικό παράγοντα. Οι καρυότυποι παιδιών με την εν λόγω διαταραχή, δεν έχουν δείξει κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία. Η ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν έχει καταλήξει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα (Blum et al., 1996). Κάποιοι ερευνητές έστρεψαν την προσοχή τους στη μελέτη των νευροδιαβιαστών (Cook et al., 1995). Νευροχημικές και νευροανατομικές έρευνες (Quinn, 1995) οδηγούν στη σύνθεση ενός μοντέλου σύμφωνα με το οποίο η ντοπαμίνη και η νοραδρεναλίνη δρουν ανασταλτικά στην παραγωγή, την κατανάλωση και τη ρύθμιση άλλων νευροδιαβιαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο.

Ωστόσο, έρευνες με διδύμους έδειξαν πως υπάρχει μεν κληρονομικότητα, αλλά είναι το περιβάλλον που καθορίζει το βαθμό και τον τρόπο εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σημαντικές ατομικές διαφορές στην κλινική εικόνα (Levy et al., 1997).

Νευρολογικοί παράγοντες

Ερευνητές παρατήρησαν ότι κάποια άτομα, μετά από βλάβες ή τραυματισμούς στον μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου, παρουσίαζαν όμοια συμπτώματα με αυτά της ΔΕΠ-Υ (Heilman et al., 1991). Οι βλάβες αφορούσαν τον προμετωπιαίο φλοιό. Οι ασθενείς παρουσίαζαν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, τον ανασταλτικό έλεγχο των αντιδράσεων, τη ρύθμιση του συναισθήματος, τα κίνητρα και γενικά την οργάνωση της συμπεριφοράς (Grattan & Eslinger, 1991).

Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να υποστηριχθεί και από άλλες ενδείξεις, όπως την επιμονή των συμπτωμάτων στο χρόνο, αλλά και τη συσχέτισή της με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητικές δυσκολίες, τα αίτια των οποίων πιστεύεται πως αποδίδονται σε βλάβες με νευρολογικό υπόστρωμα.

Μελέτες οι οποίες βασίζονται σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως το επίπεδο διέγερσης του εγκεφάλου, είναι χαμηλότερο σε σχέση με τα «φυσιολογικά» επίπεδα (Ross & Ross, 1982), γι' αυτό και χορηγούνται ψυχοδιεγερτικά φάρμακα όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα χρησιμοποιείται η μεθυλφενιδάτη (Ritalin) (Συρρίγου –Παπαβασιλείου, 2001). **Επίσης, τα τελευταία χρόνια έχουν κυκλοφορήσει το Concerta και μόλις το 2008 το μη διεγερτικό ατομοξετίνης (Strattera).** Άλλες έρευνες αναφέρονται στη μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα της γλυκόζης, λόγω μειωμένης αιματικής ροής στη μετωπιαία περιοχή του εγκεφάλου (Sieg et al., 1995). Επίσης, με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας, φάνηκε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε κάποιες περιοχές του εγκεφάλου, μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και αυτών της ομάδας ελέγχου (Castellanos et al., 1996).

Φαίνεται ότι οι περισσότερες έρευνες για την αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ εστιάζονται σε βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος και μάλιστα σε ανωμαλίες του προμετωπιαίου λοβού. Βέβαια, καμία από τις έρευνες δεν καταλήγει σε απόλυτα συμπεράσματα. Σύμφωνα με τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι τα γονίδια ελέγχουν μεγάλο μέρος της ανάπτυξης του εγκεφάλου, και συνεπώς, ίσως να καθορίζουν γενετικά την εμφάνιση ή όχι της ΔΕΠ-Υ. Ελ-

πιδοφόρο μήνυμα, αποτελεί το τέλος της χαρτογράφησης του DNA του ανθρώπου, το οποίο είναι πιθανό να δώσει στο μέλλον απαντήσεις και σ' αυτό το ερώτημα.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι Willis και Lovaas (1977) υποστήριζαν ότι τα αίτια της ΔΕΠ-Υ είναι περιβαλλοντικά, όπως για παράδειγμα η κακή διαπαιδαγώγηση από γονείς και εκπαιδευτικούς. Οι έρευνες με τον παραπάνω προσανατολισμό ήταν ελάχιστες, χωρίς αποδοχή και στήριξη από το χώρο των ειδικών, γιατί δεν απαντούν σε βασικά ερωτήματα που αφορούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Διαχρονικές έρευνες (Campbell, 1987· Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990) θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την παραπάνω άποψη γιατί πράγματι υπάρχει μεγάλη συνάφεια ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις γονιού – παιδιού κατά την προσχολική ηλικία και τη διατήρηση της υπερκινητικότητας, στην παιδική και εφηβική ηλικία. Η συνάφεια αυτή δεν αποδεικνύει την αιτιώδη σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον και την υπερκινητικότητα. Το τελευταίο φαίνεται να μην ισχύει, γιατί σε έρευνα όπου χορηγήθηκαν διεγερτικά φάρμακα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Humphiers et al., 1978), βελτιώθηκε η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ παιδιών και αυστηρών / αυταρχικών μητέρων. Η ερμηνεία που δόθηκε είναι ότι τα διεγερτικά φάρμακα περιόρισαν τα συμπτώματα, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί το επίπεδο συνεργασίας των παιδιών και κατά συνέπεια να μειωθεί ο αριθμός των αρνητικών αντιδράσεων των μητέρων (Barkley et al., 1985).

Η βαρύτητα με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά και η έκβασή τους (δευτερογενή προβλήματα), είναι συνήθως συνάρτηση του περιβάλλοντος και κατά συνέπεια του χειρισμού των πρωτογενών συμπτωμάτων από γονείς και εκπαιδευτικούς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.10.4. Επιδημιολογικά στοιχεία

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει πως το ποσοστό της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3% έως 5% του παιδικού πληθυσμού (American Psychiatric Association, 1994). Ο ορισμός της ΔΕΠ-Υ έχει υποστεί πολλές αλλαγές. Το σύνολο των ψυχικών διαταραχών και ψυχολογικών προβλημάτων στερείται ακριβών και αντικειμενικών μετρήσεων, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται ασάφειες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη ΔΕΠ-Υ. Το ποσοστό που δίνει η APA (1994) διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει ο κάθε ειδικός προκειμένου να ορίσει και να μετρήσει τη ΔΕΠ-Υ (DuPaul, 1991· Ross & Ross, 1982).

Για τη μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες που βασίζονταν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Τα ποσοστά εμφανίζουν διαφορές από χώρα σε χώρα, όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ 7%, στην Γερμανία 10,9 % και στην Ελλάδα 10% (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια του DSM, τα ποσοστά παρουσιάζουν ακόμη μεγαλύτερες διακυμάνσεις όπως 4,9% στις ΗΠΑ και 29% στις Ινδίες. Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια προβλήματα υγείας, η δυσλειτουργικότητα της οικογένειας, το οικονομικό – κοινωνικό επίπεδο και άλλες αναπτυξιακές βλάβες. Επίσης, φάνηκε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, συμβαίνει να έχουμε διαφορετικά ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων, και μάλιστα από τρεις έως 6 φορές περισσότερο, σε βάρος των αγοριών. Το τελευταίο επιβεβαιώνεται και από έρευνα στην Ελλάδα (Ζουρνατζής και συν., 2001) και μάλιστα σε κοινοτικό δείγμα, με αναλογία 4 αγόρια προς 1 κορίτσι.

1.10.5. Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ πολύ συχνά συνυπάρχει με μία (44%), δύο (32%) ή και τρεις (11%) διαταραχές (Szatmari et al., 1989). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το ποσοστό συνυπαρξης και άλλων διαταραχών με τη ΔΕΠ-Υ, ανέρχεται στο 50-80% (Biederman et al., 1991). Η συννοσηρότητα είναι μια αμφισβητούμενη έννοια λόγω της αδυναμίας της σαφούς οριοθέτησης των ψυχικών διαταραχών, όπως συμβαίνει με τις σωματικές ασθένειες. Η έκταση και το εύρος της «συννοσηρότητας» εξαρτάται από την εκάστοτε αντίληψη των ειδικών για τις ψυχικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά είναι πραγματικό γεγονός και ίσως θα έπρεπε να θεθεί σε ανώτερη φιλοσοφική βάση, με σκοπό τον προσδιορισμό γενικά της έννοιας της ψυχοπαθολογίας.

Η συνύπαρξη και άλλων διαταραχών με τη ΔΕΠ-Υ, καθιστά πιο δύσκολη τη διάγνωση και κατά συνέπεια την πρόγνωση και την αντιμετώπιση. Γενικά η πρόγνωση και η έκβαση σε μια τέτοια περίπτωση, είναι δυσμενέστερη (Shaywitz & Shaywitz, 1991). Η ύπαρξη συννοσηρότητας αυξάνει τις πιθανότητες για λανθασμένη διάγνωση από τους ειδικούς. Υπενθυμίζεται, ότι σε κάθε περίπτωση, οι χειρισμοί του περιβάλλοντος διαμορφώνουν και ανάλογη κλινική εικόνα.

1.10.5.1. ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, προκύπτει ότι η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Ε.Π.Δ.) και τη Διαταραχή Διαγωγής (Δ.Δ.) κατά την εφηβεία, απαντάται στο 40-60% κλινικού δείγματος (Barkley et al., 1990a). Περίπου ίδια ποσοστά ισχύουν και για μικρότερες ηλικίες. Είναι η συχνότερη και η πιο σοβαρή περίπτωση συννοσηρότητας, γιατί η έκβαση είναι δυσμενέστερη σε σχέση με περιπτώσεις όπου εμφανίζονται αμγή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Στην εν λόγω ομάδα, παρατηρείται πρόωρη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Στα παιδιά αυτά η τάση για νέματα, η επιθετικότητα, οι καυγάδες και οι κλοπές, εμφανίζονται σε υψηλότερα επίπεδα και μάλιστα λίγο αργότερα από τη ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 1990). Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς, είναι συχνά η απόρριψη από το περιβάλλον και τις παρέες των συνομηλίκων. Αφού βιώσουν την απόρριψη, τα παιδιά αυτά διαπράττουν συχνά ακόμα πιο έντονες πράξεις αντικοινωνικού περιεχομένου, προκειμένου να βρεθούν στο επίκεντρο της προσοχής.

Όπως επισημαίνουν ειδικοί, σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι η ΔΕΠ-Υ, οδηγεί συνήθως σε Ε.Π.Δ. / Δ.Δ., αλλά υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιαστούν αυτές οι διαταραχές, ανάλογα με τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Taylor et al., 1991· Κάκουρος, 1998). Επίσης, ο Rutter (1997), αναφέρεται στο γεγονός ότι η διασπαστική συμπεριφορά και η ΔΕΠ-Υ είναι δύο διαταραχές με κοινή αιτιολογία, που παρουσιάζονται όμως σε διαφορετικές φάσεις της ανάπτυξης.

1.10.5.2. ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές Διάθεσης

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις Αγχώδεις Διαταραχές ή τις Διαταραχές Διάθεσης, απαντά σε μικρότερα ποσοστά απ' ό,τι η Ε.Π.Δ. ή οι Δ.Δ. Τα ερευνητικά δεδομένα είναι αρκετά λιγότερα. Σε κλινικά δείγματα, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις Αγχώδεις Διαταραχές, υπολογίζεται στο 25-40% (Biederman et al., 1992), ενώ με τις Διαταραχές Διάθεσης στο 30-50% (Barkley et al., 1990b) ανάλογα με τη διαταραχή που θεωρείται κυρίαρχη. Επίσης, υποστηρίζεται ότι τα ποσοστά είναι υψηλότερα όταν πρόκειται για συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο και Διαταραχών Άγχους. Σύμφωνα με το Barkley (1990), η ΔΕΠ-Υ και οι Αγχώδεις Διαταραχές δεν συνδέονται αιτιολογικά μεταξύ τους. Ο ίδιος υποστηρίζει πως όταν πρόκει-

ται για συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με Διαταραχές της Διάθεσης (κατάθλιψη), τα καταθλιπτικά στοιχεία οφείλονται στην απόρριψη των παιδιών αυτών από τους συνομηλικούς τους.

Κλινικές έρευνες κατέδειξαν ότι το 57-98% παιδιών και εφήβων με Διπολική Διαταραχή παρουσιάζει επίσης ΔΕΠ-Υ (Borchardt & Berstein, 1995), ενώ τα ποσοστά εμφάνισης Διπολικής Διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυμαίνονται μεταξύ 11-12% (Biederman et al., 1996).

Από τη μελέτη των σχετικών ερευνών, συνάγεται το συμπέρασμα πως υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα για τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις Αγχώδεις Διαταραχές ή τις Διαταραχές της Διάθεσης. Αυτό οφείλεται στη δυσκολία διάκρισης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία, λόγω του εύρους και αρκετές φορές της ασάφειας των συναισθηματικών προβλημάτων (Achenbach & Edelbrock, 1991).

1.10.6. Προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εκτός από την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα, αντιμετωπίζουν και άλλες δυσκολίες (δευτερογενείς), οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν ως απόρροια των πρωτογενών συμπτωμάτων. Μερικές από αυτές είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, τα προβλήματα συμπεριφοράς και λόγου, καθώς επίσης οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τις περισσότερες φορές μπορεί ν' αποτελέσουν τους λόγους παραπομπής για διάγνωση, γιατί εντοπίζονται πιο εύκολα και από μη ειδικούς. Σημειώνεται ότι δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζονται όλες οι δυσκολίες σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τη γονιμική ανάπτυξη, καθώς οι επιδόσεις των παιδιών αυτών σε κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης (WISC - III και Stanford-Binet), υπολείπονται κατά 7-15 μονάδες από το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al., 1993· Fisher et al., 1990). Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη μέτρηση της νοημοσύνης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, γιατί πρόκειται για κλίμακες που απαιτούν ακαδημαϊκές επιδόσεις και συγκέντρωση της προσοχής (Κάκουρος, 1996), στα οποία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν πρωτογενείς δυσκολίες.

Οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν είναι συνήθως ανάλογες της ηλικίας τους, γιατί η σχολική μάθηση προϋποθέτει συγκέντρωση της προσοχής και, γενικά, φαίνεται να δυσχεραίνεται από το σύνολο των πρωτογενών συμπτωμάτων της

ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να χρειαστούν ειδική βοήθεια, να επαναλάβουν σχολική τάξη ή ακόμη και να εγκαταλείψουν το σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε πανελλαδική έρευνα (Ζουρνατζής και συν., 2001), βρέθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις στους βασικούς ακαδημαϊκούς τομείς (ανάγνωση, γραφή και μαθηματικά). Επίσης, έχει βρεθεί ότι το 20-80% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ανταποκρίνεται και στα κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Cantwell & Baker, 1991).

Αξίζει επίσης ν' αναφερθεί πως στα παιδιά με δυσλεξία, εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα και τα συμπτώματα με ΔΕΠ-Υ. Κάποιοι ειδικοί έχουν διατυπώσει την άποψη πως η δυσλεξία και η ΔΕΠ-Υ έχουν κοινή αιτιολογία, ενώ άλλοι θεωρούν πως η ΔΕΠ-Υ αποτελεί δευτερογενές σύμπτωμα της δυσλεξίας (Barkley et al., 1983· Stanovich, 1986· Pennington, 1991), χωρίς όμως να δικαιολογείται η εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ πριν από την είσοδο στο σχολείο. Εξάλλου, σημειώνεται ότι η δυσλεξία δεν αποτελεί ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία στα δύο διαγνωστικά εγχειρίδια DSM -IV και ICD 10, αλλά μόνο στο δεύτερο ICD-10 αναφέρεται πως περιλαμβάνεται στην γενική διαγνωστική κατηγορία της «αναγνωστικής διαταραχής». Οι δυσκολίες του ορισμού των μαθησιακών δυσκολιών καθιστούν ασαφή την αιτιώδη σχέση μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών.

Από επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν ειδικές δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Συγκεκριμένα, το 6-35% των παιδιών αυτών αργούν να μιλήσουν (Hartsough & Lambert, 1985), και ότι το 10-54% αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό (16-37%) των παιδιών που έχουν προβλήματα ομιλίας είναι παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Baker & Cantwell, 1987).

Τα προβλήματα του λόγου και της ομιλίας, είναι πιθανό να σχετίζονται με ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες απαιτούν οργάνωση της σκέψης. Ακόμη, οι δυσκολίες στην ακουστική διάκριση (η ικανότητα του ηχητικού διαχωρισμού των φθόγγων) και η αδυναμία στη συγκέντρωση της προσοχής σε ακουστικά ερεθίσματα δυσχεραίνουν την ανάπτυξη του προφορικού λόγου και πιθανόν του γραπτού. Γι' αυτό, αρκετές φορές υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και την καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί ν' αντιμετωπίζουν δυσκολίες που αφορούν στην προσαρμογή τους στο περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής όπως σε δεξιότητες αυτουπηρέτησης ή /και ανάπτυξης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων. Στον κινητικό τομέα, διαπιστώνεται ότι το 52% των παιδιών αυτών έχει φτωχό συντονισμό των κινήσεων και γενικά δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα και στο συντονισμό των κινήσεων (Barkley et al., 1996; Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990). Επίσης, λόγω της αυξημένης κινητικής δραστηριότητας έχουν ανήσυχο ύπνο ήδη από την βρεφική ηλικία ακόμη όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι μητέρες τους (Ball et al., 1997). Έχουν επίσης περισσότερα ατυχήματα, κυρίως στην παιδική ηλικία, λόγω των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Hartsough & Lambert, 1985).

Στο συναισθηματικό τομέα παρουσιάζουν δυσανάλογες διακυμάνσεις σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Είναι περισσότερο ευερέθιστα και εχθρικά, διεγείρονται πιο εύκολα και γενικά διακρίνονται από στοιχεία έντονης συναισθηματικής φόρτισης και αρνητισμού. Το πιο πιθανό είναι ότι η παρορμητικότητά τους δυσχεραίνει την αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων, και ως εκ τούτου δεν επικοινωνούν ικανοποιητικά με τους συνομηλίκους τους αλλά και γενικά με το περιβάλλον τους. Οι συνεχόμενες αποτυχίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και τις σχολικές επιδόσεις όταν εισέλθουν στο σχολείο μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμό των κινήτρων για αποδεκτούς τρόπους επικοινωνίας και για μάθηση. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επειδή βιώνουν συχνότερα την αποτυχία σε σχέση με τα άλλα παιδιά, αισθάνονται μειονεκτικά με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μειονεκτούν σημαντικά στην αίσθηση του χρόνου σε σχέση με του συνομηλίκους τους (Barkley et. al., 1997).

1.10.7. Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (κριτήρια DSM-IV, ICD10)

Η συμπεριφορά των ανθρώπων έχει αρκετά κοινά βασικά χαρακτηριστικά. Αρκετές φορές όμως η συμπεριφορά κάποιων, μπορεί να «διαφέρει» σημαντικά από τη συνηθισμένη, σύμφωνα με την Ψυχολογία των ατομικών διαφορών. Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν ή /και καθορίζουν ορισμένες φορές τη συμπεριφορά, μπορεί να είναι γενετικής ή οργανικής φύσης, οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος, η ιδιοσυγκρασία και γενικά ο χαρακτήρας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η διάκριση ανάμεσα σε «φυσιολογική» και «μη φυσιολογική» συμπεριφορά είναι δύσκολη, τουλάχιστον στο χώρο της ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί και από τις αλλαγές που γίνονται κατά καιρούς στα διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM και ICD). Πολλές φορές μπορεί να παρατηρηθεί «διαφορετικότητα» ή «απόκλιση», αλλά είναι πολύ δύσκολο ν' αποδοθεί σε συγκεκριμένα αίτια.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο καθορισμός της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς, είναι αρκετές φορές και θέμα αντίληψης της εκάστοτε κοινωνίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ανάλογοι προβληματισμοί υπάρχουν και για τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Η «διαφορετική» συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, πολλές φορές προβληματίζει το περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικούς). Αρκετές φορές οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, μπορεί να καταφεύγουν σε εύκολες εξηγήσεις, θεωρώντας ως αιτιολογικό παράγοντα την «ανωριμότητα». Δυστυχώς όμως, συχνά διαπιστώνεται πως με την πάροδο της ηλικίας, η «διαφορετική» συμπεριφορά συνεχίζει να υπάρχει και πολλές φορές επιδεινώνεται, γιατί μπορεί να προστεθούν και άλλα προβλήματα, όπως για παράδειγμα οι μαθησιακές δυσκολίες.

Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, είναι ανάλογη και της αντιμετώπισης του περιβάλλοντος. Σ' αυτό το σημείο αξίζει ν' αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο το περιβάλλον μπορεί ν' αντιληφθεί τη φύση της ΔΕΠ-Υ, γιατί ανάλογα θα διαμορφώσει και τη στάση του. Εάν για παράδειγμα πιστεύει πως οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οφείλονται στην ανωριμότητα, τη «ζωηράδα» ή την τεμπελιά, τότε θα υιοθετήσει την ανάλογη στάση, προσδοκώντας σίγουρα κάτι πολύ διαφορετικό σε σχέση με την περίπτωση που αντιλαμβανόταν τη ΔΕΠ-Υ ως πρόβλημα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Αρκετές φορές, γονείς και εκπαιδευτικοί, μπορεί να ζητήσουν τη βοήθεια ειδικού, προκειμένου να κατανοήσουν τα αίτια της «διαφορετικής» συμπεριφοράς. Η διάγνωση αποτελεί ίσως το σημαντικότερο κομμάτι στη διαδικασία αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τον Achenbach (1985), ο όρος «διάγνωση» χρησιμοποιείται συνήθως με δύο διαφορετικές σημασίες. Η πρώτη αφορά την επίσημη «κατηγοριοποίηση» και ονομασία μιας προβληματικής συμπεριφοράς (DSM, ICD). Η δεύτερη αναφέρεται στη διαδικασία συλλογής πληροφοριών με σκοπό την κατανόηση της φύσης ενός προβλήματος, της πιθανής αιτιολογίας και το σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι βασικοί στόχοι της διάγνωσης σύμφωνα με τους Mash & Terdal (1988) είναι :

- Ο καθορισμός της φύσης και της αιτιολογίας του προβλήματος

- Η πρόγνωση της έκβασης των δυσκολιών του παιδιού
- Ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης
- Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης

Η διάγνωση είναι μια δύσκολη διαδικασία και απαιτεί από τον ειδικό προσεκτικό προσδιορισμό των συμπτωμάτων, προκειμένου να εντοπιστούν τα αίτιά τους. Είναι αυτονόητο ότι ο τρόπος με τον οποίο ο ειδικός αντιμετωπίζει τη διαδικασία της διάγνωσης εξαρτάται από την εμπειρία του και το θεωρητικό του υπόβαθρο, τα οποία καθορίζουν τη σκέψη και τις ενέργειές του. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι οι επιστημονικές αντιλήψεις των ειδικών για τη ΔΕΠ-Υ στη Μεγάλη Βρετανία διαφέρουν από αυτές των ειδικών στις ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, η υπερκινητικότητα και η διάσπαση της προσοχής κατατάσσονται ως δευτερογενή συμπτώματα της διαταραχής διαγωγής από τους πρώτους, ενώ τα ίδια συμπτώματα θεωρούνται πρωτογενή μιας διαταραχής οργανικής αιτιολογίας, της ΔΕΠ-Υ, από τους δεύτερους (Prendergast et al., 1988).

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι και μεταξύ των ειδικών υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις που μπορεί ν' αποβούν εις βάρος της σωστής αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη ΔΕΠ-Υ. Σημειώνεται, ότι ακόμη και για τα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM & ICD, έχουν εκφραστεί απόψεις που αντιτίθενται στη χρήση τους λόγω των αρνητικών επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρει η «ετικετοποίηση» ορισμένων μορφών συμπεριφοράς.

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να στηριχθεί στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV ή του ICD 10, αλλά αρκετές φορές δεν αρκεί. Σημειώνεται ότι στην τελευταία έκδοση του DSM (DSM-IV-TR, 2000) δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στα κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ, αλλά επαναδιατυπώθηκαν τα κριτήρια με έμφαση στη λειτουργικότητά. Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά τα κριτήρια ΔΕΠ-Υ και για τα δύο εγχειρίδια.

DSM-IV

A. Είτε το (1) είτε το (2) :

1. Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα απροσεξίας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο :

Απροσεξία

- Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.
- Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.

- Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος
 - Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης οδηγιών).
 - Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
 - Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
 - Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία κλπ.).
 - Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
 - Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.
2. Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο :

Υπερκινητικότητα

- Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
- Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να παραμείνει στο ίδιο σημείο.
- Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί, σκαφαλώνει και στριφογυρίζει με τρόπο που δεν ταυιάζει στις περιστάσεις και σε χώρους που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και στους ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας).
- Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του.
- Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή»
- Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα.

Παρορμητικότητα

- Συχνά απαντά απέρисκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του /της.
- Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του /της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια).

B. Ορισμένα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας ή απροσεξίας που προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια : για παράδειγμα, στο σχολείο (ή στην εργασία) και στο σπίτι.

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

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή ή Διαταραχή Προσωπικότητας).

Η κωδικοποίηση της διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους :

- 314.01 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα Συνδυασμένος Τύπος : Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια Α1 και Α2 κατά τους τελευταίους 6 μήνες
- 314.02 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο : Όταν πληρούται το Κριτήριο Α1, αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο Α2 τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314.03 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό Τύπο : Όταν πληρούται το Κριτήριο Α2 αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο Α1 τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314.04 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με προεξάρχοντα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητα.

Σημείωση κωδικοποίησης : Σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ανήλικες) τα οποία επί του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο προσδιορισμός «Σε Μερική Ύφεση».

ICD 10

Τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών υπερκινητικού τύπου στο ICD 10 (1993) δεν παρουσιάζονται σε κατηγορίες, όπως στο DSM-IV, ούτε καθορίζεται ορισμένος αριθμός κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται ώστε να τεθεί η διάγνωση.

Έτσι οι διαταραχές υπερκινητικού τύπου ταξινομούνται στην κατηγορία F90 ως «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία». Πιο συγκεκριμένα κωδικοποιούνται με βάση τέσσερις τύπους :

F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής

F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου

F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου

F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη

Στο ICD 10 δίνεται λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς με αυτού του τύπου τις διαταραχές, ενώ ταυτόχρονα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα δευτερογενή χαρακτηριστικά, καθώς και για θέματα διαφορικής διάγνωσης. Το ICD 10 θεωρεί ως πρωτεύοντα χαρακτηριστικά την ελλειμματική προσοχή και την υπερδραστικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει:

- να υπάρχουν και τα δύο
- να εμφανίζονται πριν το 6^ο έτος της ηλικίας
- να επιμένουν στο χρόνο
- να μην αντιστοιχούν στην ηλικία
- να εμφανίζονται σε περισσότερες από μία καταστάσεις (π.χ. σχολείο, σπίτι, χώρος ιατρείου)
- ν' αποκλείονται άλλες διαταραχές άγχους, συναισθηματικές, διάχυτες ή σχιζοφρένειας
- η νοημοσύνη να είναι σε φυσιολογικά πλαίσια

Μεταξύ άλλων, αναφέρει πως ορισμένα χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η πρόωγη εγκατάλειψη του σχολείου, η δυσανάλογη με την ηλικία και τις συνθήκες υπερβολική δραστηριότητα, η απροσεξία και η παρορμητικότητα καθώς επίσης, τ' ατυχήματα, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και η απόρριψη του περιβάλλοντος. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα δευτερογενή χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η αντικοινωνική συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση, ενώ όταν παρουσιάζονται διαταραχές της μάθησης και αδεξιότητα στις κινήσεις, τότε πρέπει να ταξινομούνται χωριστά (F80 – F89). Επισημαίνεται ότι η διάγνωση μπορεί να τεθεί ακόμη και κατά την ενήλικη ζωή.

Βασικό κριτήριο της διαταραχής είναι η παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων επιθετικότητας, ενοχής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Όταν τα συμπτώματα αυτά απουσιάζουν, τότε τίθεται η διάγνωση «F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής», ενώ όταν είναι παρόντα τίθεται η διάγνωση «F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου». Ο υπολειμματικός τύπος «F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη» πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχει δυνατότητα διαφοροποίησης μεταξύ F90.0 και F90.1, αλλά πληρούνται τα γενικά κριτήρια για την F90.

Σε κάθε περίπτωση, ο ειδικός πρέπει να είναι «εξοπλισμένος» με γνώση των βασικών αρχών της ψυχολογικής αξιολόγησης, της αναπτυξιακής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας. Χρειάζονται επίσης βασικές γνώσεις Κοινωνικής Ψυχολογίας για τη δια-

μόρφωση των στάσεων και αντιλήψεων καθώς και τον τρόπο που αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Υπενθυμίζεται ότι η χρήση μόνο των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM και ICD 10 καθώς και η βαθμολογία σε κάποιες κλίμακες αξιολόγησης, δεν αρκεί για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Χρειάζεται να συνεκτιμηθούν και άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι αντιλήψεις του περιβάλλοντος.

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ προϋποθέτει τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων. Ο Κάκουρος πρότεινε την πολυεπίπεδη προσέγγιση στη διάγνωση και την αντιμετώπιση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Είναι μια πρόταση που βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς και δανείζεται στοιχεία από τη γνωσιακή και τη συστημική προσέγγιση. Πρόκειται για μια πολυδιάστατη διαδικασία, κατά την οποία αξιολογούνται οι δυσκολίες του παιδιού, τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και οι αντιλήψεις των γονιών για τις δυσκολίες του παιδιού τους. Συλλέγονται στοιχεία για τη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι, το σχολείο ή σε άλλα πλαίσια όπου συμμετέχει το παιδί (π.χ. αθλητικοί σύλλογοι). Η διάγνωση βασίζεται στα αποτελέσματα από τη χρήση ποικίλων μέσων αξιολόγησης, όπως κλίμακες, συνέντευξη, ψυχομετρικές δοκιμασίες, κλινική παρατήρηση κ.ά. Μετά την συνεκτίμηση όλων των παραγόντων γίνεται η διάγνωση και ταυτόχρονα καταρτίζεται το σχέδιο της θεραπευτικής παρέμβασης.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές εξετάσεις που να οδηγούν σε διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Hill & Cameron, 1999). Ο ρόλος του γιατρού στη διαδικασία της διάγνωσης έγκειται κυρίως στον αποκλεισμό κάποιου ιατρικού προβλήματος που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ και χρήζει φαρμακευτική αγωγή, όπως για παράδειγμα σε εγκεφαλίτιδες ή ωτίτιδες. Επίσης, όταν κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση ψυχοδιεγερτικής φαρμακευτικής αγωγής.

Τα μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ αποτελούνται από:

- κλίμακες ανίχνευσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ όπως η κλίμακα ADHD του Gilliam (1995), ADHD Rating Scale -IV του DuPaul (1991) και άλλες.
- Κλίμακες για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα η ευρέως διαδεδομένη κλίμακα CBCL (Achenbach, 1991), η οποία έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Roussos & et al., 1999 α, β) και καλύπτει τις ηλικίες από 2-18 ετών, με δύο μορφές: η μία για γονείς και η άλλη για εκπαιδευτικούς και αποτελείται από την κλίμακα για Κοινωνικές Ικανότητες και

την κλίμακα για την προβληματική συμπεριφοράς. Επίσης, υπάρχει η μορφή αυτοαναφοράς για εφήβους.

- Η κλίμακα Conners 28 (Conners, 1990) για γονείς και εκπαιδευτικούς καλύπτει τις ηλικίες από 3-17 ετών και αποτελείται από πέντε υποκλίμακες και αξιολογεί προβλήματα συμπεριφοράς, μάθησης, ψυχοσωματικά προβλήματα, άγχους και παρορμητικότητα –υπερκινητικότητα. Έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Roussos & et al., 2001).
- Η συνέντευξη με τους γονείς, το δάσκαλο αλλά και το παιδί
- Η κλινική παρατήρηση του παιδιού
- Ψυχομετρικές δοκιμασίες για τη μέτρηση της νοημοσύνης (όταν υπάρχουν σοβαροί ενδοιασμοί για το επίπεδο της νοημοσύνης) όπως για παράδειγμα το WISC III που έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Γεώργας και συν., 1997), την ανίχνευση μαθησιακών δυσκολιών με το Αθηνά τεστ το οποίο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε για την Ελλάδα από το Ψυχομετρικό Εργαστήριο της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Παρασκευόπουλος και συν., 1999).
- Ιατρικές εξετάσεις προς αποκλεισμό κυρίως κάποιου ιατρικού προβλήματος.

Στη συνέχεια, ο ειδικός θα πρέπει να σταθμίσει τις πληροφορίες και σε σχέση με το θεωρητικό του υπόβαθρο, να καταλήξει στη διάγνωση. Επισημαίνεται ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, όπως και κάθε πρόβλημα ψυχοπαθολογίας που μπορεί ν' απασχολεί τον άνθρωπο, είναι η σοβαρότερη διαδικασία για τον προσδιορισμό του προβλήματος (ή την απουσία του), γιατί καθορίζει την εξελικτική πορεία και γενικά την αντιμετώπισή του. Επίσης, στη διαδικασία της διάγνωσης εντάσσεται και ο τρόπος παρουσίασής της στους ενδιαφερόμενους, κυρίως όταν αυτοί είναι οι γονείς του παιδιού. Οι γονείς πρέπει να κατανοήσουν τα αίτια του προβλήματος και να απορρίψουν τις λανθάνουσες θεωρίες τις οποίες πιθανόν είχαν αναπτύξει πριν την αναζήτησή βοήθειας από ειδικό, ώστε να βοηθήσουν στο επόμενο βήμα που είναι η αντιμετώπιση, η οποία ξεκινά ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης.

Τέλος, σημειώνεται ότι στο βιβλίο *A Research Agenda for DSM-V* των Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2002) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας προτείνεται η αλλαγή της ταξινόμησης της ΔΕΠ-Υ η οποία θα συμπεριλαμβάνεται σε κατηγορία μεταξύ άλλων διαταραχών στη συμπεριφορά (Attention-Deficit and Disruptive Disorders).

1.11. Σύνοψη

Από τη βιβλιογραφία αλλά και από την κλινική εμπειρία διαπιστώνεται ότι παρόμοιες δυσλειτουργικές συμπεριφορές με αυτές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ή/ και άλλων διαταραχών μπορεί να παρατηρούνται και σε παιδιά χωρίς κάποια διαταραχή. **Η διαφορά σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή αφορά κυρίως στη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των συμπεριφορών αυτών.** Δηλαδή, η συμμόρφωση σε κανόνες της οικογένειας, του σχολείου και γενικά όπου απαιτείται μπορεί να αποτελέσει ένδειξη ότι δεν πρόκειται για κάτι παροδικό το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς από τους γονείς με τους συνήθεις τρόπους (παρατηρήσεις, τιμωρίες κλπ.) όπως συμβαίνει με τα παιδιά χωρίς τη διαταραχή. Για παράδειγμα τα αίτια της «ζωηράδας» ή/ και της αντιδραστικής συμπεριφοράς (για το φαγητό, τον ύπνο, τις σχολικές εργασίες κλπ.) δεν σημαίνει πως οφείλονται απαραίτητα σε κάποια διαταραχή διότι με τη συνήθη προσπάθεια των γονιών μπορούν να ξεπεραστούν, ενώ αντίθετα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή/ και άλλης διαταραχής επιμένουν στο χρόνο, συσσωρεύονται και συνήθως διογκώνονται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). **Με άλλα λόγια θα πρέπει να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές των παιδιών τους αφού ταυτόχρονα εξετάζονται οι απαντήσεις τους μέσω ψυχομετρικών εργαλείων ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παρουσίας κάποιας διαταραχής μέσω του ADHD Rating Scale-IV για τη ΔΕΠ-Υ και μέσω του CBCL και για άλλες διαταραχές.**

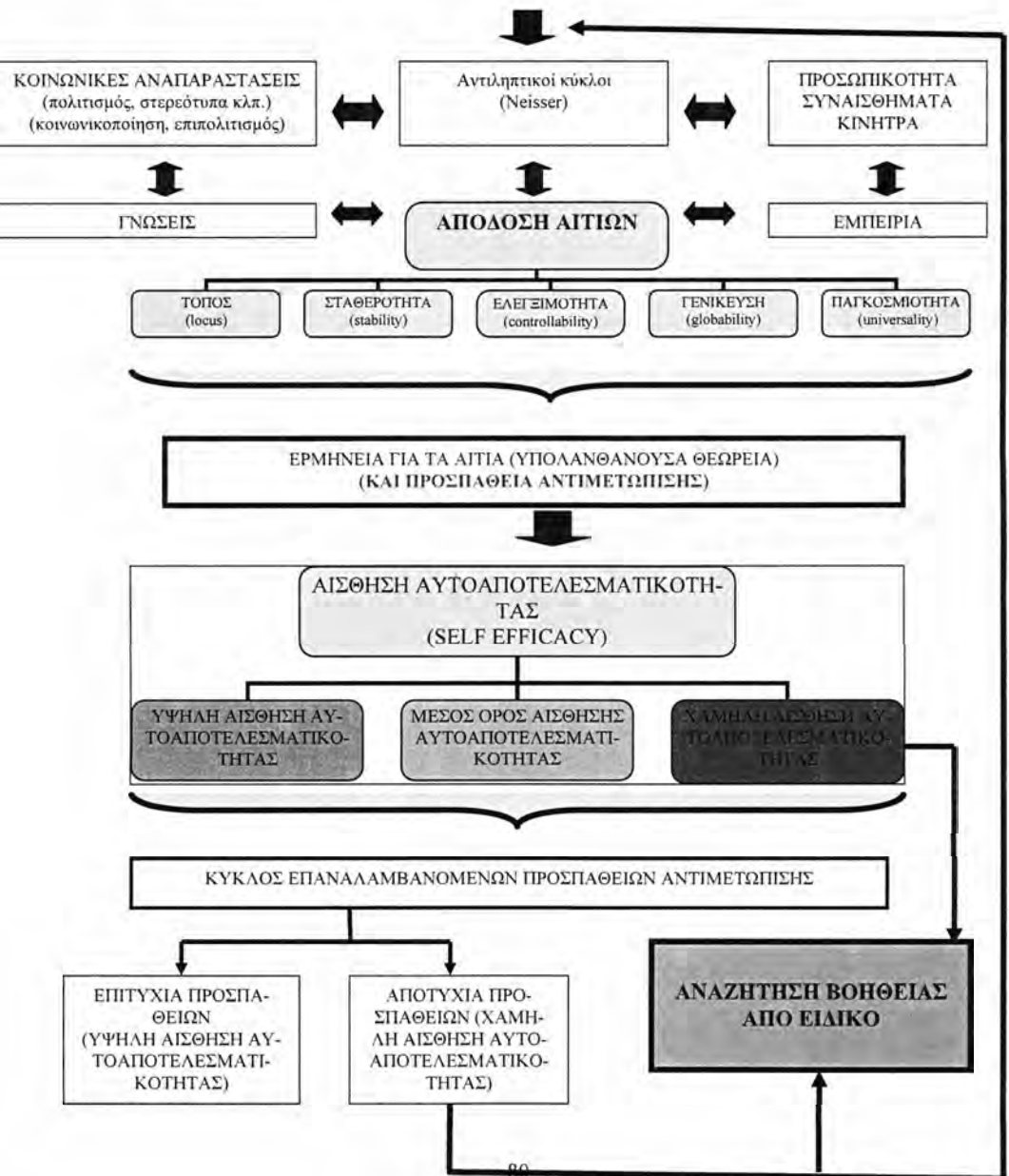
Συγκεκριμένα επιχειρήθηκε να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των γονιών σε ότι αφορά στην απόδοση των αιτιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους και η δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητά τους σε σχέση με την απόφασή τους να ζητήσουν τελικά βοήθεια από ειδικό.

Οι αντιλήψεις για την απόδοση των αιτιών στην παρούσα εργασία αφορούν στις διαστάσεις της θεωρίας του Weiner και υποθέτουμε ότι αυτές (τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα και γενίκευση) αφενός θα διαφέρουν μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με αυτών που δεν παρουσιάζουν και αφετέρου θα συσχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα με αποτέλεσμα οι δύο αυτοί παράγοντες να καθορίζουν τελικά την απόφαση των γονιών ώστε να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό αλλά και να διαμορφώνουν γενικά τη συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά.

Σχήμα 1. Παρακάτω παρουσιάζεται σχηματικά το μοντέλο των μηχανισμών αυτόν:

ΜΟΝΤΕΛΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ

ΕΡΕΘΙΣΜΑ (γεγονός, συμπεριφορά, κατάσταση κλπ.)



1.12. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Α) Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών (causal attributions) των γονιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους ανάλογα με την παρουσία ή όχι ψυχοπαθολογίας, ενώ οι διαφορές αυτές σχετίζονται και είναι ανάλογες με την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό.

Β) Συγκεκριμένες αιτιώδεις κατηγορίες (τα αίτια της παρατηρούμενης συμπεριφοράς του παιδιού σύμφωνα με τους γονείς τους) σχετίζονται με την παρουσία ή όχι της ΔΕΠ-Υ ή / και κάποιας άλλης διαταραχής.

Γ) Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (self efficacy) ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής και ανάλογα με τη χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Δ) Η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σχετίζεται σημαντικά με τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών (causal attributions) και μάλιστα αντιστρόφως ανάλογα.

Ε) Τέλος η απόφαση των γονιών για αναζήτηση βοήθειας ή/ και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τα παιδιά τους (επίσκεψη σε ειδικό) σχετίζεται και εξαρτάται κυρίως από την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητάς τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού τους.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Γενικά πρότυπα μεθοδολογίας της έρευνας

Η μεθοδολογία της έρευνας σύμφωνα με τον Perneger (2005) επικεντρώνεται σε δύο πρότυπα για τον προσδιορισμό των αιτίων και των συσχετίσεων σε ότι αφορά στα συμπτώματα κάποιας ασθένειας είτε σε οργανικό είτε σε ψυχικό επίπεδο. Τα πρότυπα αυτά είναι:

- α) το αιτιώδες για την απόδοση των αιτίων (Causal Attribution Model), δηλαδή, την διερεύνηση της αιτίας της ασθένειας
- β) και το επιδημιολογικό πρότυπο των παραγόντων κινδύνου (Epidemiological risk factor Model), δηλαδή, κυρίως τη συσχέτιση των παραγόντων που επιδρούν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κάποιας ασθένειας.

Από τη σύγκριση μεταξύ των δύο προτύπων προκύπτουν μειονεκτήματα αλλά και πλεονεκτήματα για το κάθε πρότυπο. Μεταξύ άλλων στα βασικά πλεονεκτήματα του αιτιώδους προτύπου εντάσσονται η κατανόηση της **επιγένεσης** του προβλήματος, η ευελιξία και η κατανόηση των αιτιωδών μηχανισμών, ενώ βασικό μειονέκτημα αποτελεί η προκατάληψη. Στο επιδημιολογικό πρότυπο τα βασικά πλεονεκτήματα είναι η συνολική εικόνα του πληθυσμού και η επίδραση περισσότερων παραγόντων για τη συμπτωματολογία που διερευνάται. Μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αποτελεί η απουσία του προσδιορισμού της αιτίας του προβλήματος (Perneger, 2005).

2.2. Η μεθοδολογία της έρευνας στην ψυχοπαθολογία

Η φυσιολογική αναπτυξιακή πορεία χαρακτηρίζεται από αλλαγές στη συμπεριφορά που είναι κοινές στα περισσότερα άτομα σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία. Αρκετές φορές όμως μπορεί να παρατηρούνται αλλαγές οι οποίες αποκλίνουν από το μέσο όρο του «συνηθισμένου» και μπορεί να εντάσσονται στη σφαίρα των ψυχικών διαταραχών. Το πρώτο ερώτημα αφορά στο «γιατί» να παρουσιάζονται τέτοιου είδους αλλαγές. Δηλαδή, ποιο ή/ και ποια είναι τα αίτια αυτών των αλλαγών;

Η αναζήτηση των αιτίων των ψυχικών διαταραχών προϋποθέτει τρόπους και τεχνικές έρευνας που καθοδηγούνται από τις αντιλήψεις και τη φιλοσοφία των πιθανών αιτίων. Σύμφωνα λοιπόν με το τελευταίο οι έρευνες επικεντρώθηκαν αρχικά στη διερεύνηση των συμπτωμάτων και τη θεωρητική τους κυρίως απόδοση σε αίτια που α-

φορούσαν στην επίδραση του περιβάλλοντος (π.χ. μητέρα). Ο συμπεριφορισμός ήταν η προσέγγιση όπου αφενός αποδέχτηκε την αδυναμία της επιστήμης για την απόδοση των ψυχικών διαταραχών σε οργανικά αίτια και αφετέρου κατέβαλε προσπάθειες που στηρίζονταν στην επιστημονική μέτρηση όπως αυτών στις φυσικές επιστήμες για τη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων και αιτιολογίας, προτείνοντας παράλληλα μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Τα τελευταία σαράντα χρόνια περίπου, λόγω της προόδου και των άλλων επιστημών, η μεθοδολογία της έρευνας για τα αίτια των ψυχικών διαταραχών στράφηκε κυρίως στη σχέση μεταξύ της οργανικής αιτιολογίας και της επίδρασης του περιβάλλοντος.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι αφενός οι ίδιες ψυχικές διαταραχές μπορεί να παρουσιάζουν ποικιλία συμπτωμάτων ανάλογα με την ηλικία και αφετέρου τα ίδια συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν σε ένταση και συχνότητα. Για παράδειγμα στην περίπτωση των διάχυτων διαταραχών αρκετοί ερευνητές συμπεραίνουν πως πρόκειται μάλλον για «αυτιστικό φάσμα» διαταραχών (Szatmari, 2003) υπονοώντας κοινή οργανική αιτιολογία με τη διαφορά πως πρόκειται για διαφορετική έκταση της ίδιας οργανικής βλάβης. **Ουσιαστικά παρουσιάζεται στο προσκήνιο το πρόβλημα της «διαβάθμισης» σύμφωνα με τον αρχαίο φιλόσοφο Πλάτωνα στο έργο του «Πολιτεία» και στο παράδειγμα της «εικόνας του σπηλαίου» όπου αποδέχεται τη «διαβάθμιση» της αντίληψης της πραγματικότητας (Βουδούρης, 2000 σελ. 184 και 202-212).**

Τα θεωρητικά ζητήματα για την έρευνα της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας μπορεί να συνοψιστούν σε τρία σημαντικά ερωτήματα (Sameroff, 2000):

- *Πως καθορίζουμε την παθολογία;* Εδώ τίθενται ζητήματα όπως της ποιοτικής ή ποσοτικής διάκρισης των συμπτωμάτων. Επίσης, το ζήτημα της συνέχειας ή ασυνέχειας της διαταραχής είτε μεταξύ των ατόμων είτε στο ίδιο το άτομο μεταξύ δύο διαφορετικών χρονικών σημείων.
- *Πως κατανοούμε τα άτομα και την ανάπτυξή τους;* Εδώ τίθενται ζητήματα όπως της αναζητήσης σταθερών χαρακτηριστικών συμπεριφοράς του ατόμου ανεξάρτητα από το πλαίσιο ανάπτυξης. Δηλαδή, στον τρόπο προσαρμογής του ατόμου σε επίπεδο λειτουργικότητας.
- *Πως αντιλαμβάνομαστε το περιβάλλον;* Εδώ τίθεται το βασικό ερώτημα της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Δηλαδή, πρόκειται για ένα παθητικό σύνολο εμπειριών που μπορεί να αποκομίζει το άτομο ή πρόκειται για εμπειρίες

που θα οδηγήσουν ακόμη και σε μόνιμες αναπτυξιακές αλλαγές;

Αξίζει να σημειωθεί πως ο Bandura μεταξύ άλλων αναφέρει ότι «...σε αυτή την κοινωνικο-γνωστική προοπτική, τα άτομα είναι και προϊόντα και παραγωγοί του περιβάλλοντος και του κοινωνικού συστήματος».

Τις τελευταίες δεκαετίες επήλθαν σημαντικές αλλαγές στις μεθόδους έρευνας της ψυχοπαθολογίας. Η έννοια της ανάπτυξης είναι αρκετά «συγκεχυμένη» αλλά αποτελεί ταυτόχρονα ένα πολύ χρήσιμο πλαίσιο για την έρευνα. Φαίνεται λοιπόν, ότι θα πρέπει να συνυπολογίζονται παράμετροι οι οποίες αφορούν περισσότερο στο πλαίσιο ανάπτυξης. Τέτοιες παράμετροι μπορεί να είναι οι μηχανισμοί που μεσολαβούν στην επεξεργασία της εμπειρίας που αποκομίζει το άτομο από το περιβάλλον, η ηλικία, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος κ.ά. (Rutter, 2005).

Όμως οι πολλές περιβαλλοντικές παράμετροι οι οποίες ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά αποτελούν ταυτόχρονα και μεθοδολογικό πρόβλημα στην έρευνα της ψυχοπαθολογίας όπως υποστηρίζουν οι Granic & Hollenstein (2003). Οι ίδιοι αναφέρουν ότι οι στενές στατιστικές επεξεργασίες δεδομένων όπως αυτές που χρησιμοποιούν οι φυσικές επιστήμες, αρκετές φορές οδηγούν σε αδιέξοδο την έρευνα στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία. Επίσης, τα μεθοδολογικά πλαίσια (οικοσυστημικά, επιγενετικά και άλλα) μέσα από τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων δεν είναι ικανά να αποδώσουν την πραγματική ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας σε ότι αφορά στην εξέλιξη της μέσα στα πλαίσια των διαφορετικών συνθηκών του περιβάλλοντος. Γι' αυτό το λόγο, προτείνουν το δυναμικό σύστημα το οποίο επικεντρώνεται στα συστήματα που *συνεξετάζονται προκειμένου να προσδιοριστούν οι αιτιώδεις σχέσεις* στη διαδικασία της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας και όχι στα μαθηματικά αποτελέσματα των στατιστικών επεξεργασιών ώστε να αποδώσουν σε συγκεκριμένα αίτια τις διαφορές που προκύπτουν.

Η μεθοδολογία της έρευνας στην ψυχοπαθολογία δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή καταγραφή της προόδου των χαρακτηριστικών και των συμπτωμάτων της συμπεριφοράς ανάλογα με την ηλικία, αλλά να ερευνά **τον τρόπο με τον οποίο δημιουργούνται** τέτοιου είδους συμπεριφορές είτε ως χαρακτηριστικά είτε ως συμπτώματα κάποιας διαταραχής. Με άλλα λόγια πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο «*πως*» δημιουργούνται οι συμπεριφορές και όχι απλά ότι μπορεί αυτές να παρουσιάζονται (Rutter & Sroufe, 2000).

Οι Goldsmith et. al. (1997) προτείνουν ένα ιδανικό πρόγραμμα για την έρευνα της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας στη βάση της έννοιας της *επιγένεσης* (δηλαδή «*τι μπορεί να οδηγήσει σε τι*»). Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να καλύπτει μεταξύ άλλων και την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος σε σχέση με τις γενετικές καταβολές ώστε να προσδιοριστούν οι αιτιώδεις διαδικασίες της ψυχοπαθολογίας. Το τελευταίο σημαίνει ότι οι συμπεριφορές της οικογένειας και γενικά του περιβάλλοντος μπορεί να επηρεάζουν ανάλογα την πορεία της ανάπτυξης σε διάφορες κατευθύνσεις (Tsuang & et. al., 2004).

Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι αρκετά πιθανό να παρουσιάζονται συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να αποδοθούν είτε σε διαφορετικές διαταραχές σύμφωνα με τα κριτήρια των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM-IV και ICD-10 είτε ακόμη και σε απουσία διαταραχής. Αναγκαστικά λοιπόν, αρκετές φορές στην κλινική πράξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) πρέπει να γίνεται διάγνωση περισσότερων της μίας διαταραχής. Το τελευταίο δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών και ουσιαστικά θέτει το πρόβλημα της συννοσηρότητας.

2.3. Γενικό πλαίσιο της μεθοδολογίας για την παρούσα εργασία

Η παρούσα εργασία στηρίχθηκε στην αναπτυξιακή προσέγγιση της μεθοδολογίας της έρευνας.

Για τον έλεγχο των υποθέσεων επιλέχθηκαν πολλά δείγματα. Μελετήθηκαν ακριβώς οι ίδιες μεταβλητές (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) σε όλα τα δείγματα με τη διαφορά ότι το κλινικό δείγμα επιλέχθηκε με βάση τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από έμπειρο ειδικό. Λόγω της πρακτικής δυσκολίας για τη διάγνωση στο κοινοτικό δείγμα από έμπειρο κλινικό, τα στοιχεία για την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής στηρίχθηκαν στα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων των **ADHD Rating Scale-IV** (Καλαντζή & συν., 2005, ελληνική στάθμιση) & **Child Behavior Checklist (CBCL)** (Ρούσσου & συν., 2003, ελληνική στάθμιση).

Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους γονείς δόθηκαν οδηγίες οι οποίες διατυπώθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε και στο κοινοτικό δείγμα να προσδιορίζουν συνηθισμένες καθημερινές συμπεριφορές παρόμοιες με αυτές που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ή/ και άλλες διαταραχές οι οποίες τους απασχολούν και χρήζουν αντιμετώπιση από τους ίδιους.

Από τα ψυχομετρικά εργαλεία **CBCL & ADHD Rating Scale-IV** προκύπτουν αποτελέσματα τα οποία **δεν κατάλήγουν σε διάγνωση** σύμφωνα με τους κατασκευαστές τους, αλλά μας δίνουν αποτελέσματα σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα ψυχοπαθολογίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη διάγνωση. Επιπλέον, σημειώνεται ότι στο κλινικό δείγμα η διάγνωση των ειδικών ήταν ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς κάποια άλλη διαταραχή ενώ ταυτόχρονα και σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών κάποιες περιπτώσεις από αυτές εντάσσονταν σε φυσιολογικό φάσμα σύμφωνα όμως με τα ψυχομετρικά εργαλεία **CBCL & ADHD Rating Scale-IV**.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή στατιστική μελέτη (Oneway - ANOVA post hoc) όπου με ανεξάρτητες μεταβλητές των δεικτών στα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL (δείκτες εναρμονισμένοι με τα κριτήρια του DSM-IV) & ADHD Rating Scale-IV και εξαρτημένες τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων, το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας και τους 8 παράγοντες (Reliability Statistics: Cronbach's Alpha=0.79, Cronbach's Alpha Based on Standardized Items= 0.83) από την απόδοση των αιτιωδών κατηγοριών (Sonuga-Barke et. al.) σε δείγμα N=581 φάνηκε πως μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .01$ διπλής κατεύθυνσης (πίνακας....).

Συγκεκριμένα η στατιστική ανάλυση ONEWAY ANOVA για τους δείκτες στις DSM κλίμακες του CBCL (post hoc tests) μεταξύ των ομάδων με ανεξάρτητες μεταβλητές τα φάσματα των δεικτών των ψυχομετρικών εργαλείων (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό) (Tukey HSD, Scheffe, Bonferroni, Dunnett T3, Dunnett C, Dunnett t (2-sided)) και εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων έδειξαν ότι:

- δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος σχεδόν σε όλα τα δείγματα στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκτός από τη διάσταση της *σταθερότητας* όπου υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος όπως και για την αυτοαποτελεσματικότητα.
- για την Έναντιωτική προκλητική Διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ κλινικού με οριακό φάσμα ενώ και πάλι υπάρχει διαφορά στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

- Για τη Διαταραχή Διαγωγής και πάλι συμβαίνει το ίδιο δηλαδή δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού με οριακό φάσμα για όλες τις διαστάσεις και για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Σύμφωνα με το ψυχομετρικό εργαλείο **ADHD Rating Scale-IV** παρατηρούνται τα εξής μεταξύ των φασμάτων κλινικό, οριακό και φυσιολογικό:

- δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού με οριακό φάσματος σε όλες τις διαστάσεις εκτός από τη διάσταση της *ελεγχιμότητας* ενώ υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού ή/ και οριακού με το φυσιολογικό φάσμα για όλες τις διαστάσεις και για την αυτοαποτελεσματικότητα.
- υπάρχει διαφορά μεταξύ των τριών φασμάτων (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό) για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας

Για την ψυχομετρική κλίμακα CBCL Robust Tests of Equality of Means

Για ΔΕΠ-Υ		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Τόπος (locus εσωτερικά-εξωτερικά)	Brown-Forsythe	32,941	2	175,688	,000
Σταθερότητα (stability στο χρόνο)	Brown-Forsythe	42,779	2	156,483	,000
Ελεγχιμότητα (controllability)	Brown-Forsythe	24,790	2	164,733	,000
Παγκοσμιότητα (universality)	Brown-Forsythe	37,244	2	165,055	,000
Γένικευση (globability γενικά στη ζωή)	Brown-Forsythe	35,212	2	152,174	,000
Αυτοαποτελεσματικότητα Μέσος όρος (Self Efficacy)	Brown-Forsythe	48,371	2	150,014	,000

a Asymptotically F distributed.

Robust Tests of Equality of Means

Για Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Τόπος (locus εσωτερικά-εξωτερικά)	Brown-Forsythe	21,399	2	120,594	,000
Σταθερότητα (stability στο χρόνο)	Brown-Forsythe	37,217	2	119,105	,000
Ελεγχιμότητα (controllability)	Brown-Forsythe	14,076	2	115,362	,000
Παγκοσμιότητα (universality)	Brown-Forsythe	21,222	2	119,787	,000
Γένικευση (globability γενικά στη ζωή)	Brown-Forsythe	42,637	2	119,160	,000
Αυτοαποτελεσματικότητα Μέσος όρος (Self Efficacy)	Brown-Forsythe	79,703	2	110,301	,000

a Asymptotically F distributed.

Robust Tests of Equality of Means

Για Διαταραχή διαγωγής	Statistic(a)	df1	df2	Sig.
------------------------	--------------	-----	-----	------

Τόπος (locus εσωτερικά-εξωτερικά)	Brown-Forsythe	6,088	2	96,236	,003
Σταθερότητα (stability στο χρόνο)	Brown-Forsythe	15,848	2	97,772	,000
Ελεγχιμότητα (controllability)	Brown-Forsythe	15,047	2	96,187	,000
Παγκοσμιότητα (universality)	Brown-Forsythe	19,945	2	102,306	,000
Γενίκευση (globability γενικά στη ζωή)	Brown-Forsythe	22,650	2	90,594	,000
Αυτοαποτελεσματικότητα Μέσος όρος (Self Efficacy)	Brown-Forsythe	42,970	2	96,887	,000

a Asymptotically F distributed.

Για την ψυχομετρική κλίμακα ADHD Rating Scale-IV

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Τόπος (locus εσωτερικά-εξωτερικά)	Brown-Forsythe	39,061	2	222,152	,000
Σταθερότητα (stability στο χρόνο)	Brown-Forsythe	53,330	2	212,769	,000
Ελεγχιμότητα (controllability)	Brown-Forsythe	42,525	2	234,443	,000
Παγκοσμιότητα (universality)	Brown-Forsythe	56,018	2	235,269	,000
Γενίκευση (globability γενικά στη ζωή)	Brown-Forsythe	43,089	2	214,780	,000
Αυτοαποτελεσματικότητα Μέσος όρος (Self Efficacy)	Brown-Forsythe	62,061	2	211,221	,000

a Asymptotically F distributed.

Για τους παραπάνω λόγους κρίθηκε σκόπιμο τα στοιχεία τα οποία θα προέκυπταν να μελετηθούν σε τέσσερις περιπτώσεις ανάλογα με τα φάσματα τα οποία προκύπτουν από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων **CBCL & ADHD Rating Scale-IV**, αλλά και ανάλογα με την προέλευση των περιπτώσεων, δηλαδή εάν αυτές προέρχονταν από το κλινικό ή το κοινοτικό δείγμα. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν ως εξής:

1^η σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).

2^η σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).

3^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.

4^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Επιπλέον, σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV του κοινοτικού δείγματος τα παιδιά που δεν παρουσίαζαν κάποια πιθανότητα διαταραχής (φυσιολογικό φάσμα) αποτέλεσαν **το δείγμα της ομάδας ελέγχου**. Το δείγμα αυτό θα προσδιόριζε αφενός την απόδοση των αιτίων από τους γονείς για τη συμπεριφορά των παιδιών τους και αφετέρου την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών τους η οποία τους απασχολούσε. Υποθετικά τουλάχιστον, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών της ομάδας ελέγχου θα ήταν ποσοτικά μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή των γονιών που τα παιδιά τους παρουσίαζαν κάποια διαταραχή. Δηλαδή, λόγω της απουσίας κάποιας διαταραχής η δυσλειτουργική συμπεριφορά πιθανότατα θα ήταν πρόσκαιρη και θα αντιμετωπιζόνταν επιτυχώς με συνήθεις τρόπους όπως για παράδειγμα την τιμωρία.

Οι «τρίτες» πιθανές μεταβλητές που ενδέχεται να επηρέασαν το αποτέλεσμα

- κοινωνικές αναπαραστάσεις επειδή αυτές διαμορφώνονται σύμφωνα με τις αντιλήψεις της κάθε εποχής και του πολιτισμού στο οποίο αναπτύσσονται τα άτομα θεωρήθηκε ότι θα είναι παρόμοιες και στα δύο δείγματα (κλινικό και κοινοτικό), οπότε μάλλον δεν θα αποτελούσαν μεταβλητή η οποία μπορεί να επηρέαζε σημαντικά τα αποτελέσματα.
- ο μηχανισμός των αντιληπτικών κύκλων καθώς και οι διαδικασίες του (Neisser, 1976) φαίνεται ότι μάλλον είναι πανανθρώπινες και μάλιστα σε διαφορετικούς πολιτισμούς.
- Ο μόνος παράγοντας που δεν εξετάστηκε και αφορούσε στους γονείς των παιδιών και σε όλα τα δείγματα ήταν αυτός της προσωπικότητας και των κινήτρων τους. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να ενταχθούν στις αδυναμίες της έρευνας. Αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι τα δείγματα ήταν τυχαία, αφορούσαν γονείς περίπου της ίδιας ηλικίας οι οποίοι αναπτύχθηκαν σε παρόμοιο περιβάλλον, αλλά και σύμφωνα με στοιχεία από την έρευνα (Cornah et. al., 2003) ότι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, απέδιδαν τον ίδιο αριθμό αιτίων για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους με τους γονείς παιδιών των οποίων τα παιδιά τους δεν παρουσίαζαν καμία διαταραχή, τότε η πιθανότητα να επηρέασε η μεταβλητή τα αποτελέσματα της έρευνας μειώ-

νεται σημαντικά. Ίσως θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο άλλης έρευνας προκειμένου να διαπιστωθεί αν αυτή η διαφορά είναι σημαντική ή όχι.

2.4. Στατιστική μελέτη

Στη μελέτη όλων των περιπτώσεων και δειγμάτων χρησιμοποιήθηκαν:

- T-test για τη σύγκριση των μέσων όρων των διαστάσεων του Weiner, της γενίκευσης, της παγκοσμιότητας και της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή/ και ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής.
- Γραμμική παλινδρόμηση (linear regression analysis) για την πρόβλεψη της αίσθησης της αποτελεσματικότητας των γονιών
- Λογαριθμική παλινδρόμηση (logistic regression analysis) για την πρόβλεψη της επίσκεψης σε ειδικό.

2.5. Περιγραφή δειγμάτων ανάλογα με την προέλευσή τους

2.5.1. Κλινικό δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 170 γονείς παιδιών ηλικίας 5,5 – 16,5 ετών οι οποίοι αναζήτησαν βοήθεια από δημόσια και ιδιωτικά κέντρα ψυχικής υγείας για τις δυσκολίες των παιδιών τους. Το 80% περίπου των απαντήσεων στα ψυχομετρικά εργαλεία δόθηκαν από τις μητέρες των παιδιών και το 20% από τους πατέρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων ήταν 38 ετών και ο μέσος όρος ηλικίας των πατέρων ήταν 43 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν τα 10,5 έτη και η τυπική απόκλιση τα 2,83 έτη. Από το σύνολο του δείγματος το 82,5 % ήταν αγόρια και το 17,5% κορίτσια. Όλα τα παιδιά φοιτούσαν σε κανονικά σχολεία με νοημοσύνη στα πλαίσια του φυσιολογικού και δίχως κινητικά ή άλλα οργανικά προβλήματα.

Τα παιδιά εξετάστηκαν από έμπειρους κλινικούς και έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την παρακάτω διαδικασία:

I. Συγκέντρωση πληροφοριών

Συνέντευξη με γονείς (Barkley, 1997· Hodges, 1993).

- Συγκέντρωση δημογραφικών στοιχείων

- Αίτημα και επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού (και από CBCL)
- Διερεύνηση της φύσης, της συχνότητας και της ηλικίας έναρξης της προβληματικής συμπεριφοράς
- Χειρισμός της προβληματικής συμπεριφοράς από τους γονείς
- Ανασκόπηση του ιστορικού ανάπτυξης από τους γονείς (κινητικός τομέας, γλωσσικός, νοητικός, συναισθηματικός και σχολικός)
- Ανασκόπηση οικογενειακού ιστορικού (ενδεχόμενο ύπαρξης διαταραχών συμπεριφοράς ή ιατρικών προβλημάτων σε άλλα μέλη της οικογένειας) ώστε να μελετηθούν οι διαπροσωπικές σχέσεις

Τηλεφωνική συνέντευξη με το δάσκαλο

- Συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη αλλά και στο διάλειμμα
- Αν σηκώνεται από τη θέση του
- Αν παίζει με τα μολύβια του
- Αν ζητά πολύ συχνά να πάει στην τουαλέτα
- Αν δίνει την εντύπωση πως δεν ακούει αυτό που ρώτησε ο δάσκαλος
- Αν γνωρίζει συνήθως σε ποιο σημείο του μαθήματος βρίσκονται

Οι σχέσεις του παιδιού με τους συμμαθητές του

- Αν είναι επιθετικό
- Αν γίνεται αποδεκτό από τα άλλα παιδιά
- Αν δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του στο παιχνίδι
- Αν κάνει τον «καραγκιόζη» προκειμένου να βρεθεί στο επίκεντρο αυτής προσχής των άλλων
- Αν έχει έντονα ξεσπάσματα όταν δεν γίνεται το «δικό» του

Σε σχέση με τις ικανότητες του παιδιού

- Αν ακολουθεί κανόνες μέσα και έξω από την τάξη
- Αν μπορεί να ολοκληρώσει δραστηριότητες
- Το επίπεδο των σχολικών του γνώσεων
- Αν είναι ακατάστατο και γενικά αν απουσιάζει η οργάνωση στις εργασίες του

Προβληματικές μορφές συμπεριφοράς

- Συχνότητα
- Πλαίσιο στο οποίο εκδηλώνονται
- Αν έπονται ή προηγούνται κάποιων συγκεκριμένων γεγονότων

- Οι αντιδράσεις του εκπαιδευτικού (οι τρόποι χειρισμού των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς)
- Οι δραστηριότητες όπου οι προβληματικές μορφές συμπεριφοράς παρουσιάζονται έντονα

Κλινική αξιολόγηση του παιδιού

Η συνέντευξη με το παιδί

- Διαμόρφωση αντίληψης από το παιδί για τις δυσκολίες του
- Αιτιολογία που αποδίδει σε αυτές τις δυσκολίες
- Ικανότητα συγκέντρωση της προσοχής
- Άποψη του παιδιού για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα
- Διαπροσωπικές σχέσεις (φίλοι, γονείς κλπ.) ώστε να διερευνηθεί αν έχει παρέες και γίνεται αποδεκτό από αυτές
- Σχολικές επιδόσεις ώστε να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιλαμβάνεται το παιδί τον εαυτό του στο σχολείο (αυτοεκτίμηση, αν είναι έξυπνα κλπ.)
- Τιμωρίες που δέχεται

Κλινική παρατήρηση

- Ικανότητα να ανταποκρίνεται στο περιεχόμενο μιας συζήτησης (εάν «πετάγονται» από το ένα θέμα στο άλλο)
- Το επίπεδο της ανάπτυξης του λόγου (δυσκολίες άρθρωσης, ακουστικής διάκρισης κλπ.)
- Οπτική επαφή
- Οργάνωση της σκέψης και έκφραση με σαφήνεια
- Συναισθηματική κατάσταση (άγχος, δυσθυμία κλπ.)
- Κινητική δραστηριότητα
- Ικανότητα να διατηρεί για μεγάλο χρονικό διάστημα την προσοχή του (π.χ. να ακολουθεί οδηγίες

Ψυχομετρικές δοκιμασίες

- Νοημοσύνη

Ιατρικές εξετάσεις

- Παιδιατρική εξέταση
- Νευρολογικές εξετάσεις (π.χ. ηλεκτροεγκεφαλογράφημα)

II. Οργάνωση αποτελεσμάτων

- Διαφορική διάγνωση
- Διάκριση από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής
- Διπολική διαταραχή
- Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων (τέσσερα στάδια) (Schaughency, & Rothlind, 1991)
 - i. Κριτήρια DSM-IV για ΔΕΠ-Υ ή/ και άλλων διαταραχών
 - ii. Διαφορική διάγνωση (παρουσία και άλλης διαταραχής σύμφωνα με τα κριτήρια)
 - iii. Σύγκριση της συμπεριφοράς του παιδιού με παιδιά αυτής χρονολογικής και νοητικής ηλικίας
 - iv. Καθορισμός επίδρασης των συμπτωμάτων στη λειτουργικότητα του παιδιού στο περιβάλλον του (σχολικό, οικογενειακό κλπ.)

2.5.2. Κοινοτικό δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 411 γονείς παιδιών ηλικίας 6 – 15 ετών τα οποία φοιτούσαν σε διάφορα δημόσια κανονικά σχολεία της ελληνικής επικράτειας (Δημοτικά και Γυμνάσια). Περίπου το 80% των απαντήσεων στα ψυχομετρικά εργαλεία δόθηκαν από τις μητέρες των παιδιών και το 20% από τους πατέρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων ήταν περίπου 37 ετών και ο μέσος όρος ηλικίας των πατέρων ήταν περίπου 42 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν τα 10,4 έτη και η τυπική απόκλιση τα 2,76 έτη. Από το σύνολο του δείγματος το 47,7% ήταν αγόρια και το 52,3% κορίτσια. Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία με τη μέθοδο «κατά συστάδων» δειγματοληψίας και σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής (2001) της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Τα στοιχεία αυτά αφορούσαν στη συγκέντρωση του πληθυσμού ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή.

Από το δείγμα αυτό έγινε επιλογή μικρότερων δειγμάτων ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL για τη ΔΕΠ-Υ ή/ και άλλων διαταραχών & ADHD Rating Scale-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Βάσει

της επιλογής αυτής προέκυψαν δείγματα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα και ένα δείγμα που αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου.

Τα δείγματα ΔΚΦ1, ΔΚΦ2, ΔΚΦ3, ΔΚΦ6, ΔΚΟΦ1, ΔΚΟΦ2, ΔΚΟΦ3, ΔΚΟΦ6, ΔΚΚΚΦ1, ΔΚΚΚΦ2, ΔΚΚΚΦ3, ΔΚΚΚΟΦ1, ΔΚΚΚΟΦ2, ΔΚΚΚΟΦ3 αποτέλεσαν τα «κλινικά» δείγματα σε κλινικό και κλινικό ή/ και οριακό φάσμα.

Τα δείγματα ΔΚΦ4, ΔΚΦ5, ΔΚΦ7, ΔΚΦ8, ΔΚΟΦ4, ΔΚΟΦ5, ΔΚΟΦ7, ΔΚΟΦ8, ΔΚΚΚΦ4, ΔΚΚΚΟΦ4 αποτελούν ουσιαστικά συγκρίσεις των κλινικών δειγμάτων με την ομάδα ελέγχου.

2.5.3. Περιγραφή δειγμάτων επιλογής ανάλογα με την περίπτωση στατιστικής μελέτης

2.5.3.1. 1^η σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).

Πίνακας 2.1 ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΑΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (Δ.Κ.Φ.)

Κλινικό δείγμα: βάσει CBCL ή/ και DupPaul σε κλινικό φάσμα N=108	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή σε κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=92 (Δ.Κ.Φ.)	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=52 (Δ.Κ.Φ.)	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=52 (Δ.Κ.Φ.)	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=40 (Δ.Κ.Φ.)	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - ΧΩΡΙΣ διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=214 (Δ.Κ.Φ.)
Κλινικό δείγμα: βάσει CBCL ή/ και DupPaul σε κλινικό φάσμα N=108	0	0	0	0	0
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή σε κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=92	0	0	0	0	0
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=52	0	0	0	0	0
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=40	0	0	0	0	0
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - ΧΩΡΙΣ διαταραχή CBCL ή/ και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ, N=214	0	0	0	0	0

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ	Ηλικία παι- διών		Ηλικία πα- τέρα		Ηλικία μη- τέρας		Φύλο παιδιού					
	ΔΕΙΓΜΑ	N	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	αγόρι		κορίτσι	
									f	rf%	f	rf%
ΔΚΦ ₁	200	10,3	2,78	42,5	6,2	38,4	5,2	142	71	58	29	
ΔΚΦ ₂	160	10,2	2,81	42,5	6,3	38,5	5,5	114	71,2	46	28,8	
ΔΚΦ ₃	148	10,5	2,78	43	6,1	39	5,3	117	79,1	31	20,9	
ΔΚΦ ₄	322	10,2	2,84	42,5	5,4	38,5	5,2	173	53,7	149	46,3	
ΔΚΦ ₅	306	10,2	2,78	42,2	5,4	37,8	4,7	137	44,8	169	55,2	
ΔΚΦ ₆	92	10,2	2,7	42	6,2	37,3	4,2	53	57,6	39	42,4	
ΔΚΦ ₇	266	10,1	2,8	42	5,3	37,8	4,8	109	41	157	59	
ΔΚΦ ₈	254	10,3	2,8	42,4	5,1	38,1	4,7	112	44,1	142	55,9	

M.O. = Μέσος όρος S.D. = Τυπική απόκλιση f= απόλυτη συχνότητα rf= σχετική συχνότητα N= μέγεθος δείγματος

Πίνακας 2.2.α απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ

CBCL ή/ και DuPaul σε κλινικό φάσμα	ΔΚΦ ₁		ΔΚΦ ₂		ΔΚΦ ₃		ΔΚΦ ₄ μόνο κλινικό φάσμα στη Ν=214 συμ. δείγρου				
	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	Ποιοτική κατανομή DuPaul				
							κλινικό	οριακό			
105	36	59	85	31	44	98	25	30	78	20	10

Πίνακας 2.2.β απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ

CBCL ή/ και DuPaul σε κλινικό φάσμα	ΔΚΦ ₅ μόνο κλινικό φάσμα στη Ν=214 συμ. δείγρου		ΔΚΦ ₆		ΔΚΦ ₇ μόνο κλινικό φάσμα στη Ν=214 συμ. δείγρου		ΔΚΦ ₈ μόνο κλινικό φάσμα στη Ν=214 συμ. δείγρου				
	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	Ποιοτική κατανομή DuPaul				
							κλινικό	οριακό			
27	16	49	27	16	49	7	11	34	20	5	15

1^η περίπτωση

Πίνακας 2.3 σχετικές συχνότητες (ΓΓ %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων

	ΔΚΦ1	ΔΚΦ2	ΔΚΦ3	ΔΚΦ4	ΔΚΦ5	ΔΚΦ6	ΔΚΦ7	ΔΚΦ8	
Μορφωτικό επίπεδο γονιών (πατέρα / μητέρα)	ανalfάβητος	-	-	-	-	-	-	-	
	δημοτικό	10,5 / 5,5	10,6 / 5,6	10,8 / 4,7	8,7 / 5	9,8 / 6,5	7,9 / 5,6	8,2 / 5,1	
	γymνάσιο	21,5 / 17	18,8 / 15,6	22,3 / 18,2	20,2 / 14,3	22,2 / 14,4	25 / 17,4	20,7 / 13,2	
	λύκειο	42 / 48,5	45 / 48,8	39,2 / 45,9	38,2 / 46,9	37,9 / 49	41,3 / 52,2	38,7 / 49,2	
τριτοβάθμια	26 / 29	25,6 / 30	27,7 / 31,1	32,9 / 33,9	31,7 / 31	23,9 / 23,9	32,7 / 32	34 / 32,7	
Πρωτοβουλία παραπομπής σε ειδικό	Γονείς	46,5	43,8	62,8	21,7	7,5	25	-	9,1
	Εκπαιδευτικοί	12	9,4	16,2	4,7	2,9	9,8	-	3,5
	Άλλη υπηρεσία	1,5	1,3	2	0,6	0,3	1,1	-	0,4
	Παιδιάτρος	1	1,3	1,4	0,6	Καμία από παι- διάτρο	Καμία από παι- διάτρο	-	Καμία από παι- διάτρο
	άλλος	2	1,3	2,7	0,6	0,7	2,2	-	0,8
Γονείς & Εκπαιδευτικοί	9,5	8,8	12,8	4,3	1,6	5,4	-	2	
Γονείς & παι- διάτρος	1,5	1,9	2	0,9	-	-	-	-	
Όχι επίσκεψη	26	32,5	ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΟΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ	66,5	86,9	56,5	Δεν επισκεφθήκε κανείς ειδικό	84,3	
Μαθησιακό (πιθανό & πο- λύ πιθανό)	57	50,4	74,3	27,9	12,5	33,7	4,2	13,4	
Δυσκολίες ομιλίας	33,5	31,2	41,9	16,7	10,5	23,9	4,8	9,8	
	66,5	68,8	58,1	83,2	89,5	76,1	95,2	90,2	

- σε όλα τα δείγματα την πρωτοβουλία για επίσκεψη σε ειδικό πήραν οι γονείς με μεγάλη διαφορά σε σχέση με άλλους (π.χ. εκπαιδευτικούς, παιδιάτρος)
- σε όλα τα δείγματα οι παιδίατροι είχαν τις λιγότερες παραπομπές σε ειδικό σε μερικά μάλιστα καμία
- στα δείγματα ΔΚΦ1, ΔΚΦ2 & ΔΚΦ6:
 - o σχεδόν οι μισές περιπτώσεις αντιμετώπιζουν μαθησιακό πρόβλημα σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών τους
 - o και το 1/3 δυσκολίες στην ομιλία
 - o Στο ΔΚΦ3 τα ποσοστά για μαθησιακό πρόβλημα και δυσκολίες ομιλίας είναι σαφώς περισσότερα από τα προηγούμενα (ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ)

Πίνακας 2.3.α. Σχετικές συχνότητες (r%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΦ1		ΔΚΦ2		ΔΚΦ3		ΔΚΦ4	
	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	24,5	29,5	23,8	30,7	32,4	41,9	11,5	16,5

Πίνακας 2.3.β. Σχετικές συχνότητες (r%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΦ5		ΔΚΦ6		ΔΚΦ7		ΔΚΦ8	
	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	3,9	8,6	13	20,7	0,4	3,8	5,4	9,1

- Στα δείγματα ΔΚΦ1, ΔΚΦ2, ΔΚΦ3 & ΔΚΦ6 σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων με δυσκολίες στη μάθηση σύμφωνα με την αντίληψη των γονιών παρουσιάζει ταυτόχρονα και δυσκολίες στην ομιλία (περίπου ¼).

Πίνακας 2.4.α. Σχετικές συχνότητες (r%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι

	ΔΚΦ1		ΔΚΦ2		ΔΚΦ3		ΔΚΦ4	
	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	55	2	51,9	2,5	-	-	25,8	2,1
δυσκολίες ομιλίας	30,5	2,5	27,5	3,1	-	-	13,7	2,5
αγορτι	43,5	23,5	39,4	29,4	-	-	19,6	63,6
κόριτσι	58,5	12,5	55,6	15,6	-	-	27,6	26,1
φύλο	15,5	13,5	11,9	16,9	-	-	5,9	40,4

Πίνακας 2.4.β. Σχετικές συχνότητες (Γ%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι

	ΔΚΦ5		ΔΚΦ6		ΔΚΦ7		ΔΚΦ8	
	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ΑΕΝ ΕΠΕΚΕΦ-ΚΑΝΕΙΣ ΕΙΔΙΚΟ		Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι
Μαθησιακό (πίθανό & πολύ πιθανό)	8,8	3,6	29,4	4,3	-	-	7,6	2,8
δυσκολίες ομιλίας	5,6	4,3	18,5	5,4	-	-	6,7	3,2
	7,5	82,6	2,5	51,1	-	-	9,1	80,6
φύλο	9,2	35,6	30,4	27,2	-	-	11	33,1
	3,9	51,3	13,1	29,3	-	-	4,7	51,2

- Σχεδόν σε όλα τα δείγματα ανάλογα με την προέλευση φαίνεται ότι οι δυσκολίες στη μάθηση αλλά και οι δυσκολίες στην ομιλία συμπίπτουν σε σημαντικό ποσοστό με την επίσκεψη σε ειδικό.

- Η αναλογία επίσκεψης σε ειδικό μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι 3 προς 1 σε βάρους των αγοριών.

2.5.3.2. 2^η περίπτωση σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανεξάρτητα από την προέλευσή τους (κλινικό ή κοινοτικό δείγμα).

Πίνακας 2.5 ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Η ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΟΦ)

	Κλινικό N=141	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, N=171	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επισκεψη N=116	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΝΑΙ Επισκεψη N=55	ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - ΧΩΡΙΣ διαταραγή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επισκεψη N=214
Κλινικό N=141	0	(ΔΚΟΦ) 1	(ΔΚΟΦ) 2	(ΔΚΟΦ) 3	(ΔΚΟΦ) 4
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, N=171	0	0	Δεν χρειάζεται διότι εξετάζεται μόνο η διαφορά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν από το δείγμα N=171	Δεν χρειάζεται διότι εξετάζεται μόνο η διαφορά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν από το δείγμα N=171	(ΔΚΟΦ) 5
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επισκεψη N=116	0	0	0	(ΔΚΟΦ) 6 εξετάζεται μόνο η διαφορά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν από το δείγμα N=171	(ΔΚΟΦ) 7
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΝΑΙ Επισκεψη N=55	0	0	0	0	(ΔΚΟΦ) 8
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ: - ΧΩΡΙΣ διαταραγή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επισκεψη N=214	0	0	0	0	0

Πίνακας 2.6 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές συχνότητες κλινικού και οριακού φάσματος

ΚΛΙΝΙΚΟ & ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ		Ηλικία παι- διών		Ηλικία πα- τέρα		Ηλικία μη- τέρας		Φύλο παιδιού					
		ΔΕΙΓΜΑ	N	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	αγόρι	κορίτσι	f	rf%
ΔΚΟΦ ₁	312	10,3	2,7	42,7	6,0	38,5	5,1	211	67,6	101	32,4		
ΔΚΟΦ ₂	257	10,2	2,7	42,7	6,2	38,5	5,3	174	67,7	83	32,3		
ΔΚΟΦ ₃	196	10,5	2,7	43,0	5,9	39,1	5,3	154	78,6	42	21,4		
ΔΚΟΦ ₄	355	10,3	2,8	42,6	5,5	38,6	5,2	201	56,6	154	43,4		
ΔΚΟΦ ₅	385	10,2	2,8	42,2	5,4	37,9	4,7	179	46,5	206	53,5		
ΔΚΟΦ ₆	171	10,2	2,7	42,2	5,9	37,8	4,6	94	55,0	77	45,0		
ΔΚΟΦ ₇	330	10,1	2,8	42,2	5,4	37,9	4,8	141	42,7	189	57,3		
ΔΚΟΦ ₈	269	10,3	2,8	42,3	5,0	38,1	4,7	121	45,0	148	55,0		

M.O. = Μέσος όρος S.D.= Τυπική απόκλιση f= απόλυτη συχνότητα rf= σχετική συχνότητα N= μέγεθος δείγματος

Πίνακας 2.6.α. απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Ο.)

CBCL ή/ και DuPaul σε Κ.Ο. φάσμα	ΔΚΟΦ ₁		ΔΚΟΦ ₂		ΔΚΟΦ ₃		ΔΚΟΦ ₄ μόνο κλιν. φάσμα N=214 ου. έλεγ.				
	Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul				
	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό			
105	72	134	85	65	107	98	50	47	78	43	20

Πίνακας 2.6.β. απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ

CBCL ή/ και DuPaul Κ.Ο. φά- σμα	ΔΚΟΦ ₅ μόνο κλιν. φάσμα N=214 ου. έλεγ.		ΔΚΟΦ ₆		ΔΚΟΦ ₇ μόνο κλιν. φάσμα N=214 ου. έλεγ.		ΔΚΟΦ ₈ μόνο κλιν. φάσμα N=214 ου. έλεγ.				
	Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul		Ποιοτική κατανομή DuPaul				
	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό	κλινικό	οριακό			
27	29	114	27	29	114	7	22	89	20	7	28

2^η περίπτωση

Πίνακας 2.7. Σχετικές συχνότητες (rf %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων

	ΔΚΟΦ1	ΔΚΟΦ2	ΔΚΟΦ3	ΔΚΟΦ4	ΔΚΟΦ5	ΔΚΟΦ6	ΔΚΟΦ7	ΔΚΟΦ8
Μορφωτικό επίπεδο γονιών (πατέρα / μητέρας)	αναλόγητος	-	-	-	-	-	-	-
	δημοτικό	11,9 / 6,7	12,1 / 7,4	10,7 / 5,6	8,7 / 5,6	12,9 / 7	9,7 / 6,4	8,2 / 4,8
	γυμνάσιο	19,2 / 14,4	16,3 / 13,6	22,4 / 16,8	20 / 14,4	20,5 / 13	19,9 / 12,9	18,5 / 12,1
	λύκειο	40,1 / 49	42,4 / 48,2	37,2 / 48	37,7 / 47	37,7 / 49,4	39,8 / 51,5	39,1 / 48,8
Προσβολούλια παραπομπής σε ειδικό	τροποβόλιμα	28,8 / 29,8	29,2 / 30,7	29,6 / 29,6	33,2 / 33	31,7 / 31,7	27,5 / 28,7	32,4 / 32,7
	Γονείς	41,3	36,6	65,8	26,5	9,1	20,5	-
	Εκπαιδευτικοί	9,3	7,4	14,8	5,4	2,6	5,8	-
	Άλλη υπηρεσία	1	0,8	1,5	0,6	0,3	0,6	-
Προσβολούλια παραπομπής σε ειδικό	Παιδίατρος	1	0,8	1,5	0,6	0,3	-	-
	άλλος	1,9	1,6	3,1	1,1	0,5	1,2	-
	Γονείς & Εκπαιδευτικοί	7,4	6,6	11,7	4,8	1,6	3,5	-
	Γονείς & παιδίατρος	1	1,2	1,5	0,8	-	-	-
Όχι επίσκεψη		37,2	45,1	ΕΠΕΣΚΕΦΗΚΑΝ ΟΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟ	60,3	85,7	67,8	Δεν επισκέφθηκε κανείς ειδικό
	Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	49,7	47,8	71,4	32,4	14,1	27,5	6,7
Δυσκολίες ομιλίας	ναι	27,9	25,7	39,3	17,5	10,6	19,3	6,1
	όχι	72,1	73,5	60,7	81,4	88,6	80,7	93,9
								79,6
								14,5
								10,8
								88,5

- σε όλα τα δείγματα την προσβολούλια για ειδικό πήραν οι γονείς με μεγάλη διαφορά

- σε όλα τα δείγματα οι παιδίατροι είχαν τις λιγότερες παραπομπές σε ειδικό

- στα δείγματα ΔΚΟΦ1, ΔΚΟΦ2, ΔΚΟΦ3 & ΔΚΟΦ6:

- o σχεδόν οι μισές περιπτώσεις αντιμετώπιζουν μαθησιακό πρόβλημα σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών τους
- o και το ¼ δυσκολίες στην ομιλία
- o Στο ΔΚΦ3 τα ποσοστά για μαθησιακό πρόβλημα και δυσκολίες ομιλίας είναι σαφώς περισσότερα από τα προηγούμενα (ΟΛΟΙ ΕΠΕΣΚΕΦΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ)

Πίνακας 2.7.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΟΦ1		ΔΚΟΦ2		ΔΚΟΦ3		ΔΚΟΦ4	
	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	20,2	29,5	19,4	28,4	29,6	41,9	12,7	19,8

Πίνακας 2.7.β. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΟΦ5		ΔΚΟΦ6		ΔΚΟΦ7		ΔΚΟΦ8	
	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι	Δυσκολίες ομιλίας ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	4,7	9,4	10,5	17	1,5	5,2	4,9	9,7

Πίνακας 2.8.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι

	ΔΚΟΦ1		ΔΚΟΦ2		ΔΚΟΦ3		ΔΚΟΦ4	
	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ΟΛΟΙ ΕΠΕΚΕΦΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ	όχι	Επίσκεψη σε ειδικό ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	44,8	4,9	42,1	5,9	-	-	30,4	2
δυσκολίες ομιλίας	24,6	3,8	21,7	4,7	-	-	15,3	2,3
αγόρι	38,1	33,3	33,1	40,5	-	-	24	57,6
κόριτσι	49,4	18,3	45,5	22,2	-	-	33	23,7
φύλο	13,5	18,9	9,3	2,3	-	-	6,8	36,6

Πίνακας 2.8.β. Σχετικές συχνότητες (Γ%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι

	ΔΚΟΦ5		ΔΚΟΦ6		ΔΚΟΦ7		ΔΚΟΦ8	
	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	
	ναι	όχι	ναι	όχι	ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗ ΚΑΝΕΙΣ ΕΙΔΙΚΟ	ναι	όχι	
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	8,3	5,7	18,7	8,8	-	11,9	2,6	
δυσκολίες ομιλίας	5,5	5,2	12,3	7	-	7,8	3	
φύλο	8,9	80,2	19,9	60,8	-	12,7	76,1	
	9,6	36,6	21,6	33,3	-	13,8	31,2	
	4,7	49,1	10,5	34,5	-	6,7	48,3	
		ναί						
		όχι						
		αγόρι						
		κορίτσι						

2.5.3.3. 3^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Πίνακας 2.9 ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Η ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΚΚ)

Κλινικό N=170	Κοινοτικό Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, N=92	Κοινοτικό: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επίσκεψη N=52	Κοινοτικό: - Με διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΝΑΙ Επίσκεψη N=40	Κοινοτικό: - ΧΩΡΙΣ διαταραχή CBCL & ΔΕΠ-Υ, - ΟΧΙ Επίσκεψη N=214
Κλινικό N=170				

Πίνακας 2.10 Περιγραφικά στοιχεία δείγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές συχνότητες κλινικού φάσματος

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ	ΔΕΙΓΜΑ	N	Ηλικία παι- διών		Ηλικία πα- τέρια		Ηλικία μη- τέριας		Φύλο παιδιού				Γ ADHD Rating Scale-IV ποσοτική κατανομή (φάσμα)		
			M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	αγόρι		κορίτσι		κλινικό	φασμο- λογικό	
			f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	ορτικό	48	
Δ _{0b}		170	10,5	2,8	43,4	6,0	39,6	5,5	140	82,4	30	17,6	78	43	48
ΔΚΚΚ ₁		262	10,4	2,8	42,9	6,1	38,8	5,2	193	73,7	69	26,3	105	59	97
ΔΚΚΚ ₂		222	10,3	2,8	42,9	6,2	38,9	5,4	165	74,3	57	25,7	85	54	82
ΔΚΚΚ ₃		210	10,5	2,8	43,3	6,0	39,3	5,2	168	80,0	42	20,0	98	48	63
Δ ₁		384	10,3	2,8	42,8	5,5	38,7	5,2	224	58,3	160	41,7	160	80	104

M.O. = Μέσος όρος S.D.= Τυπική απόκλιση f = απόλυτη συχνότητα F = σχετική συχνότητα N = μέγεθος δείγματος

3^η περίπτωση

Πίνακας 2.11 Σχετικές συχνότητες (rf %) περιγραφικών στοιχείων των δεγμάτων

	ΑΚΚΚΦ1	ΑΚΚΚΦ2	ΑΚΚΚΦ3	ΑΚΚΚΦ4
αναλαμβάνεται	-	-	-	-
Μορφωτικό επίπεδο γονιών (πατέρα / μητέρα)	10,3 / 6,5	10,4 / 6,8	10,5 / 6,2	8,9 / 5,7
	20,6 / 15,6	18,5 / 14,4	21 / 16,2	19,8 / 13,8
	40,5 / 48,1	42,3 / 48,2	38,1 / 46,2	37,8 / 46,9
	28,6 / 29,8	28,8 / 30,6	30,5 / 30,4	33,3 / 33,6
Γονείς	50,4	49,1	62,9	28,4
Εκπαιδευτικοί	14,5	13,1	18,1	7,6
Άλλη υπηρεσία	1,1	0,9	1,4	0,5
Παιδιάτρος	0,8	0,9	1	0,5
Άλλος	2,3	1,8	2,9	1
Γονείς & εκπαιδευτικοί	9,5	9	11,9	5,2
Γονείς & παιδίατρος	-	1,4	1,4	0,8
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	19,8	23,4	ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΚΑΝ ΟΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟ	55,7
Δυσκολίες ομιλίας	63	62,1	76,6	36,8
ναί	33,2	31,5	39	19
όχι	60	67,6	60	79,9

Πίνακας 2.11.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΑΚΚΚΦ1		ΑΚΚΚΦ2		ΑΚΚΚΦ3		ΑΚΚΚΦ4	
	ναί	όχι	ναί	όχι	ναί	όχι	ναί	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	25,6	37,4	25,3	37	31,4	35,2	14,4	22,4
Δυσκολίες ομιλίας	ναί	όχι	ναί	όχι	ναί	όχι	ναί	όχι

Πίνακας 2.11.β. Σχετικές συχνότητες (Γ%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΚΚΦ1		ΔΚΚΚΦ2		ΔΚΚΚΦ3		ΔΚΚΚΦ4	
	Επίσκεψη σε ειδικό		Επίσκεψη σε ειδικό		Επίσκεψη σε ειδικό		Επίσκεψη σε ειδικό	
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Μαθησιακό (πίθανό & πολύ πιθανό)	61,5	1,5	60,3	1,8	-	-	34,9	1,8
δυσκολίες	31,3	1,9	29,3	2,3	-	-	17	2,1
ομιλίας	48,1	17,9	46,4	21,2	-	-	26,9	53,3
φύλο	αγόρι	64,1	9,5	63,1	11,3	-	36,5	21,9
	κορίτσι	16	10,3	13,5	12,2	-	7,8	33,9

2.5.3.4. 4^η κλινικό δείγμα με το κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Πίνακας 2.12 ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΚΚΟ)

Κλινικό	Κοινοτικό	Κοινοτικό	Κοινοτικό	Κοινοτικό	Κοινοτικό	Κοινοτικό
N=170	1	2	3	4		
0β	(ΔΚΚΚΟ)	(ΔΚΚΚΟ)	(ΔΚΚΚΟ)	(ΔΚΚΚΟ)	(ΔΚΚΚΟ)	(ΔΚΚΚΟ)
N=170	1	2	3	4		

Πίνακας 2.13 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές ανχρόνιτες κλίμακας και οριακού φάσματος (ΔΚΚΚΟ)

ΡΑΚΟ ΦΑΣΜΑ	Ηλικία παι- διών		Ηλικία πα- τέρα		Ηλικία μη- τέρας		Φύλο παιδιού				f ADHD Rating Scale-IV ποσοτική κατανομή (φάσμα)			
	ΔΕΙΓΜΑ	N	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	αγόρι		κορίτσι		οριακό φασικό λογικό	οριακό φασικό λογικό		
							f	f%	f	f%				
Δημ	170	10,5	2,8	43,4	6,0	39,6	5,5	140	82,4	30	17,6	78	43	48
ΔΚΚΚΟ ₁	341	10,4	2,7	42,8	6,0	38,7	5,1	234	68,6	107	31,4	105	72	162
ΔΚΚΚΟ ₂	286	10,3	2,8	42,8	6,1	38,8	5,3	197	68,9	89	31,1	85	65	135
ΔΚΚΚΟ ₃	225	10,5	2,8	43,2	5,9	39,3	5,2	177	78,7	48	21,3	98	50	75
Δ ₁	384	10,3	2,8	42,8	5,5	38,7	5,2	224	58,3	160	41,7	*Όμο με Δ ₀ (μόνο ετών δειγ.)		

M.O. = Μέσος όρος S.D.= Τυπική απόκλιση f = απόλυτη ανχρόνιτητα rf = σχετική ανχρόνιτητα N = μέγεθος δείγματος

4^η περίπτωση

Πίνακας 2.14 σχετικές ανχρόνιτες (rf %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων

	ΔΚΚΚΟΦ1	ΔΚΚΚΟΦ2	ΔΚΚΚΟΦ3	ΔΚΚΚΟΦ4
Μορφωτικό επίπεδο γονιών (πατέρα / μητέρας)	αναλόγιστος δημοτικό	11,7 /6,7	11,9 /7,3	10,7 / 5,8
	γυμνάσιο	19,1 /13,8	16,4 /12,9	21,8 /15,6
	λύκειο	39,9 /48,7	42 /47,9	37,3 /47,6
	τριτοβάθμια	29,3 /30,8	29,7 /31,8	30,2 /31,1
Προτιβουλία παρα- πομπής σε ειδικό	Γονείς	42,2	38,1	64
	Εκπαιδευτικοί	11,4	10,1	17,3
	Άλλη υπηρε- σία	0,9	0,7	1,3
	Παιδίατρος	0,9	0,7	1,3
Γονείς & εκ-	άλλος	1,8	1,4	2,7
	7,6	7	11,6	

	παιδευτικοί Γονείς & παι- διάτρος	0,9	1	1,3
Όχι επίσκεψη		34	40,6	73,7
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)		53,1	52,1	38,2
Δυσκολίες ομιλίας	ναι	28,7	26,9	60,9
	όχι	70,7	72,4	

Πίνακας 2.15. Σχετικές συχνότητες (r%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο

	ΔΚΚΚΟΦ1		ΔΚΚΚΟΦ2		ΔΚΚΚΟΦ3	
	Δυσκολίες ομιλίας	Δυσκολίες ομιλίας	Δυσκολίες ομιλίας	Δυσκολίες ομιλίας	Δυσκολίες ομιλίας	Δυσκολίες ομιλίας
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	21,4	31,7	21,1	31,1	30,2	43,6

Πίνακας 2.16 Σχετικές συχνότητες (r%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι

	ΔΚΚΚΟΦ1		ΔΚΚΚΟΦ2		ΔΚΚΚΟΦ3	
	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό	Επίσκεψη σε ειδικό
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Μαθησιακό (πιθανό & πολύ πιθανό)	48,7	4,4	46,9	5,2	-	-
δυσκολίες ομιλίας	25,2	3,5	22,7	4,2	-	-
	40,2	30,5	36	36,4	-	-
αγόρι	51,9	16,7	49	19,9	-	-
κόριτσι	14,1	17,3	10,5	20,6	-	-

2.5.3.5. (ομάδα ελέγχου)

Πίνακας 2.17 περιγραφικά στοιχεία δείγματος ομάδας ελέγχου με βάση τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε φυσιολογικό φάσμα (χωρίς κάποια διαταραχή) και όχι επίσκεψη

N	Ηλικία παι- διών		Ηλικία πα- τέρα		Ηλικία μη- τέρας		Φύλο παιδιού			
	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	M.O.	S.D.	αγόρι		κορίτσι	
							f	rf%	f	rf%
214	10,2	2,8	42,3	4,9	38,0	4,8	84	39,3	130	60,7

2.6. Μέσα συλλογής δεδομένων

2.6.1. Τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας

Ψυχομετρικά εργαλεία:

ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)

➤ Η κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV έχει σκοπό τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την πρόγνωση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ. Η πρωτότυπη κλίμακα **ADHD Rating Scale-IV** δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998).

Στην Ελλάδα σταθμίστηκε σχετικά πρόσφατα (Καλαντζή και συν., 2005) σε δύο εκδόσεις. Η μία για εκπαιδευτικούς και η δεύτερη για γονείς η οποία χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Καλύπτει τις ηλικίες από 5 έως και 19 ετών με την επιφύλαξη άνω των 14 ετών (σελ. 81) και αποτελείται από δύο υποκλίμακες. Η μία αφορά στην Ελλειμματική προσοχή και η άλλη στην Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα. Όπως αναφέρουν οι ερευνητές οι δύο υποκλίμακες και λόγω της έλλειψης της διάγνωσης για τους επιμέρους τύπους της ΔΕΠ-Υ στο ελληνικό δείγμα (προεξάρχοντες υπερκινητικού-παρορμητικού, απρόσεκτου και μικτού) εάν σε κάποια από τις δύο παρουσιάζεται μεγάλη διαφορά με αποτέλεσμα να εμπίπτει στο κλινικό φάσμα τότε θα πρόκειται μάλλον για κάποιο τύπο της ΔΕΠ-Υ. Για τον παραπάνω λόγο χρησιμοποιήθηκε μόνο η συνολική βαθμολογία.

Η κλινική χρησιμότητα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας για γονείς παρουσιάζει σημαντικό ποσοστό πρόβλεψης για τον αποκλεισμό της ΔΕΠ-Υ ενώ αντίθετα για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει οριακό ποσοστό πρόβλεψης (72%).

Η εσωτερική συνέπεια είναι πολύ ικανοποιητική (Cronbach $\alpha=0,96$) για τη συνολική βαθμολογία.

Η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σε γονείς ήταν επίσης ικανοποιητική για την συνολική βαθμολογία (Cronbach $\alpha=0,89$) ενώ ο δείκτης Pearson r ήταν 0,82.

Η συμφωνία μεταξύ βαθμολογητών για τη συνολική βαθμολογία ήταν 0,58. Η εγκυρότητα εξωτερικού κριτηρίου για τη ΔΕΠ-Υ δείχνει μεγάλη συνάφεια Pearson r σε σχέση με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία (CBCL προβλήματα προσοχής 0,78 $p<0,001$).

Τέλος, η προβλεπτική εγκυρότητα της συνολικής βαθμολογίας παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά ποσοστά (79,6%) με την επιφύλαξη της διάγνωσης (72%) όχι όμως για τον αποκλεισμό της ΔΕΠ-Υ.

Η έκδοση για γονείς αποτελείται από 18 ερωτήματα προσαρμοσμένα στα αντίστοιχα κριτήρια του DSM-IV για όλους τους τύπους της ΔΕΠ-Υ σε μια κλίμακα Likert από 0=σχεδόν ποτέ, 1=σπάνια, 2=αρκετές φορές και 3=πολύ συχνά. Τα αποτελέσματα της κλίμακας μας παρέχουν μια ποιοτική διαβάθμιση 3 σημείων (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα) βάσει των κανονιστικών πινάκων της ελληνικής στάθμισης. Οι κανονιστικοί πίνακες μας δίνουν αποτελέσματα ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τον τύπο ΔΕΠ-Υ καθώς και τη συνολική εκτίμηση.

➤ **Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (Σ.Α.Ε.Β.Α.)**

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου Child Behavior Checklist (CBCL) το οποίο συμπληρώνουν οι γονείς για τα παιδιά τους ηλικίας 6-18 ετών (Ρούσσου και συν., 2003) (πρωτότυπο Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), Achenbach & Rescoria, 2001).

Τα ερωτηματολόγια αυτά μας δίνουν πολύ χρήσιμες πληροφορίες για πολλούς τομείς που αφορούν στην ψυχική υγεία των παιδιών. Έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (61) σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα σταθμίστηκαν πρόσφατα από την Ρούσσου και συνεργάτες (2003) και κυκλοφορούν σε τρεις εκδόσεις: το CBCL για γονείς και το TRF για εκπαιδευτικούς τα οποία συμπληρώνονται για παιδιά ηλικίας από 6-18 ετών από γονείς και εκπαιδευτικούς αντίστοιχα, αλλά και το ερωτηματολόγιο των εφήβων (YSR) το οποίο συμπληρώνουν οι ίδιοι οι έφηβοι για τον εαυτό τους.

Τα ερωτηματολόγια αυτά παρέχουν πληροφορίες οι οποίες εμπίπτουν σε τρεις διαβαθμισμένες ποιοτικές κατηγορίες (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα) και αφορούν:

- στις ικανότητες (σχολική, κοινωνική, μαθησιακή)
- στα σύνδρομα συνειφασμένα και με άλλες παραμέτρους (εσωτερικευμένα – εξωτερικευμένα)
- στις αναπτυξιακές διαταραχές σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV.

Η έκδοση για γονείς παιδιών από 6 έως 18 ετών (CBCL)

Σύμφωνα με τους συγγραφείς της ελληνικής στάθμισης η αξιολόγηση της αξιοπιστίας της βαθμολόγησης των στοιχείων του CBCL υπολογίστηκε με τον ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient – ICC). Η αξιοπιστία με-

ταξύ συνεντευκτών είναι 0,93 και η αξιοπιστία επαναληπτικής χορήγησης 0,90. Η εσωτερική συνέπεια για τις κλίμακες ικανοτήτων (δείκτης Cronbach) κυμαίνονται από $\alpha=0,63$ έως 0,79, για τις εμπειρικές κλίμακες συνδρόμων από 0,78 έως 0,97 και για τις εναρμονισμένες κλίμακες με τα κριτήρια του DSM-IV οι συντελεστές α κυμαίνονται από 0,72 έως 0,91. Η εγκυρότητα περιεχομένου είναι στατιστικά σημαντική. Επιπλέον, η διακρινούσα ανάλυση έδειξε σημαντική προβλεπτική ικανότητα (88%).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήματα που μας παρέχουν βαθμολογίες για τις ικανότητες, τα σύνδρομα και τις πιθανές διαταραχές σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV. Οι γονείς καλούνται να απαντήσουν σε 113 ερωτήματα και να δώσουν πληροφορίες για τις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού και άλλα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΣΕ ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

➤ διερεύνηση των αντιλήψεων για τα αίτια των προβλημάτων παιδικής ηλικίας (*Parental Account of the Causes of Childhood Problems Questionnaire*) (*P.A.C.C.P.Q.*) (Sonuga-Barke & Balding, 1993), μετάφραση-προσαρμογή στα ελληνικά (Maniadaki, 2003).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μόνο το τμήμα που αφορούσε στις αιτιώδεις κατηγορίες στις οποίες έπρεπε οι γονείς των παιδιών να απαντήσουν αποδίδοντας τα αίτια των δυσκολιών για τις συμπεριφορές των παιδιών τους που τους απασχολούν σύμφωνα με την μέχρι τώρα εμπειρία τους. Το τμήμα αυτό αποτελείται από 25 ερωτήματα που αφορούν σε διάφορες αιτιώδεις κατηγορίες σε μία κλίμακα Likert πέντε διαβαθμίσεων με 1=πολύ απίθανο, 2=απίθανο, 3=δεν έχω άποψη, δεν είμαι βέβαιος/η, 4=πιθανό και 5=πολύ πιθανό (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τους ερευνητές η πρωτότυπη κλίμακα αφορούσε γονείς παιδιών οι οποίοι αφού διάβασαν υποθετικές περιπτώσεις παιδιών με δυσκολίες στη συμπεριφορά δηλαδή, δεν είχαν άμεση εμπειρία των συμπεριφορών αυτών από τα παιδιά τους, απάντησαν στα συγκεκριμένα ερωτήματα της κλίμακας.

➤ **Στη βάση της θεωρίας του Weiner (1986' 1995' 2000)** για τις διαστάσεις της απόδοσης αιτιών χρησιμοποιήθηκε η μετάφραση και προσαρμογή για ελληνικό πληθυσμό (Maniadaki, 2003) σε μία κλίμακα Likert πέντε διαβαθμίσεων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Οι διαστάσεις αφορούν στον προσδιορισμό των αιτιών της συμπεριφοράς που προβληματίζει τους γονείς ως εξής:

- ο **του τόπου** (locus) δηλαδή αν η συμπεριφορά οφείλεται σε εσωτερικούς (χαρακτηριστικά προδιάθεσης του ατόμου) ή εξωτερικούς (περιστασιακούς) παράγοντες σε σχέση με το άτομο ξεκινώντας από 1=σχετίζεται με κάτι άλλο» έως 5=σχετίζεται ειδικά με το παιδί μου.
 - ο **Της σταθερότητας** (stability) δηλαδή πόσο συχνά παρουσιάζεται η συμπεριφορά που τους προβληματίζει σε σχέση με το χρόνο ξεκινώντας από 1=δεν θα παρουσιαστεί ποτέ ξανά έως 5=θα είναι πάντα παρούσα.
 - ο **Της ελεγχιμότητας** (controllability) δηλαδή κατά πόσο η συμπεριφορά που τους προβληματίζει μπορεί να ελέγχεται από το ίδιο το παιδί τους ξεκινώντας από 1=μπορεί να έχει πλήρη έλεγχο της συμπεριφοράς του έως 5=δεν μπορεί να έχει καθόλου έλεγχο της συμπεριφοράς του.
- **Για τη γενίκευση και σε άλλους τομείς στο ίδιο παιδί και τη σύγκρισή του με παιδιά της ηλικίας του ζητήθηκε από τους γονείς να απαντήσουν για:**
- ο **Τη γενίκευση ή σφαιρικότητα ή συνολικότητα** (globality) δηλαδή κατά πόσο η συμπεριφορά που προβληματίζει επηρεάζει γενικά και άλλες καταστάσεις της ζωής του παιδιού τους ξεκινώντας από 1=θα επηρέαζε μόνο μία κατάσταση έως 5=θα επηρέαζε όλες τις καταστάσεις της ζωής του (Peterson et.all., 1982 · Peterson & Villanova, 1988· Cornah, et. al., 2003)
 - ο **Την καθολικότητα ή παγκοσμιότητα** (universality) δηλαδή κατά πόσο η συμπεριφορά που προβληματίζει αποτελεί κάτι κοινό στα παιδιά της ηλικίας του από 1=κάτι κοινό στα περισσότερα παιδιά αυτής της ηλικίας έως 5=κάτι που σχετίζεται αποκλειστικά με το παιδί μου (Stratton & et. al., 1988· Cornah, et. al., 2003).

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Κλίμακα για την **αυτοαποτελεσματικότητα** των γονιών για το χειρισμό της συμπεριφοράς των παιδιών τους, η οποία βασίζεται στη σχετική θεωρία (self-efficacy) του A. Bandura.

Έγινε μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας Teachers' Sense of Efficacy Scale (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) η οποία συμπληρώνεται από εκπαιδευτικούς με δύο εκδόσεις. Η μία είναι σύντομη (short form) και η άλλη πλήρης (long form).

Η κάθε μία αποτελείται από τρεις υποκλίμακες και αφορούν: α) στη διδασκαλία μαθήματος (Efficacy in Student Engagement), β) παιδαγωγικές στρατηγικές (Efficacy in Instructional Strategies) και γ) τη διαχείριση της συμπεριφοράς στη σχολική τάξη (Efficacy in Classroom Management).

Για τις ανάγκες της έρευνας μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε (Maniadaki, 2003 σύντομη έκδοση και Ζουρνατζής & Μανιαδάκη για την πλήρη έκδοση) για γονείς μόνο το τμήμα για τη διαχείριση της συμπεριφοράς στη σχολική τάξη (classroom management) της πλήρους έκδοσης (long form) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Items 3,5,8,13,15,16,19,21) με 8 ερωτήματα σε μια κλίμακα Likert πέντε διαβαθμίσεων ως εξής: 1=καθόλου, 2=πολύ λίγο, 3=κάπως, 4=αρκετά και 5=πάρα πολύ αντί των 9 του πρωτότυπου.

Πλήρης έκδοση (Long Form):

(διδασκαλία μαθήματος): Items 1, 2, 4, 6, 9, 12, 14, 22

(παιδαγωγικές στρατηγικές): Items 7, 10, 11, 17, 18, 20, 23, 24

(Διαχείριση της συμπεριφοράς στην τάξη): Items 3, 5, 8, 13, 15, 16, 19, 21

Ειδικά ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της έρευνας και περιλαμβάνουν στοιχεία για :

- το ιστορικό ανάπτυξης του παιδιού (περπάτημα, ανάπτυξη ομιλίας, έλεγχο σφικτήρων κ.ά.)
- στοιχεία για γονείς (ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, επίσκεψη σε ειδικό και ποιος είχε την πρωτοβουλία)
- κοινωνικοδημογραφικά για το παιδί (ηλικία, τόπος γέννησης, τόπος κατοικίας κλπ.),
- Ειδικό έντυπο αποτελεσμάτων (συμπληρώνονταν μόνο από τους ερευνητές) για τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV καθώς και για στοιχεία που προκύπτουν από το CBCL όπως φύλο παιδιού, επανάληψη τάξης, σχολική τάξη φοίτησης, εθνικότητα και σημαντικό πρόβλημα για τους γονείς (κωδικοποίηση σε πέντε κατηγορίες: μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα ομιλίας, νοητική υστέρηση, προβλήματα συμπεριφοράς και «άλλο». Στην απάντηση «άλλο» ζητείται από τους γονείς να το περιγράψουν.

2.7. Διαδικασία συλλογής δεδομένων (procedure)

2.7.1. Κλινικό δείγμα

Οι γονείς των παιδιών συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και τα ψυχομετρικά εργαλεία σε τυχαία σειρά πριν από την κλινική εξέταση και την ανακοίνωση της διάγνωσης από τον ειδικό, προκειμένου να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις τους από την εκτίμηση του ειδικού. Επίσης, ενημερώνονταν για την προαιρετική συμμετοχή τους στην έρευνα μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και επιλέχθηκαν ανάλογα με το αν συμφωνούσαν ή όχι με την ανώνυμη χρήση των στοιχείων. Σημειώνεται ότι όλοι συμφώνησαν και δεν τους ενδιέφερε αυτό αλλά η διάγνωση και η αντιμετώπιση των δυσκολιών στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Το τελευταίο σημαίνει ότι δεν επηρεάστηκαν από μεταβλητές που σχετιζόνταν με την πληροφορία ότι πιθανόν τα στοιχεία των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιούνταν για τους ερευνητικούς σκοπούς διότι ενδεχομένως θα έδιναν άλλες απαντήσεις. Εξάλλου στις περισσότερες περιπτώσεις την πρωτοβουλία της χρήσης υπρεσιών ψυχικής υγείας είχαν οι γονείς.

2.7.2. Κοινοτικό δείγμα

Στο κοινοτικό δείγμα χορηγήθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια και ψυχομετρικά εργαλεία με αυτά του κλινικού δείγματος δίγως τη διαδικασία της διάγνωσης.

Η επιλογή του δείγματος της ομάδας ελέγχου έγινε στη βάση των αποτελεσμάτων των ψυχομετρικών εργαλείων όπου υπήρχαν μικρές πιθανότητες να παρουσιάζεται ψυχοπαθολογία (φυσιολογικό φάσμα).

Αφού εξασφαλίστηκε κατάλληλη άδεια από το Υπουργείο Παιδείας επιλέχθηκαν τυχαία τα σχολεία. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν οι σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων προκειμένου να λάβουν γνώση της διεξαγωγής της ανώνυμης και προαιρετικής συμμετοχής τους. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε όλους τους μαθητές του σχολείου μέσα σε φάκελο με την οδηγία να επιστρέφονται κλειστά εφόσον συμπληρώνονταν ή ανοιχτά εάν δεν συμπληρωθούν σε χρονικό διάστημα δέκα ημερών. Επιπλέον, συνοδεύονταν από επιστολή προς τους γονείς (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) όπου μεταξύ άλλων τους γνωστοποιούνταν οι σκοποί της έρευνας.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν την περίοδο από Ιανουάριο έως και Ιούνιο του 2007 προκειμένου να συμπεριληφθεί και η εμπειρία από τις σχολικές δραστηριότητες και ιδιαίτερα για τα παιδιά της Α' τάξης του δημοτικού σχολείου.

3. Μελέτη 1 (casual attributions) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτο-αποτελεσματικότητας των γονιών

3.1.1. Σκεπτικό – υπόβαθρο

Μια από τις κοινωνικές προσεγγίσεις που προσπαθεί να κατανοήσει την αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία είναι αυτή που μελετά το ρόλο των πεποιθήσεων των γονιών οι οποίες επιδρούν στις γνωστικές – νοητικές διεργασίες των ίδιων προκειμένου να αποδώσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Η σημασία των πεποιθήσεων αυτών ή οι αποδόσεις των αιτίων των γονιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους βρίσκονται στο επίκεντρο των στοιχείων που καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο μεσολαβούν και τελικά επιδρούν στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των γονιών ως απάντηση στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Οι θεωρητικοί των αποδόσεων των αιτίων υποστηρίζουν ότι οι αιτιώδεις αποδόσεις διαδραματίζουν ένα κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς (Fiske & Taylor, 1991· Nisbett & Ross, 1980) επειδή τα άτομα τις χρησιμοποιούν προκειμένου να κατανοήσουν, να ελέγξουν και να κυριαρχήσουν στο περιβάλλον τους (Forsterling, 1992). Κατά συνέπεια, ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των παιδιών τους αποδίδοντας τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής σε κάποιους παράγοντες προκειμένου να κατανοήσουν τη συμπεριφορά αυτή, πιθανότατα θα επηρεάσουν και τη δική τους συμπεριφορά ως απάντηση στη συμπεριφορά του παιδιού τους προκειμένου να αποκτήσουν τον έλεγχο της (Bugental, Johnston, New & Silvester, 1998).

Από έρευνα (Sobol et. al. 1989) διαπιστώθηκε ότι οι εκτιμήσεις των γονιών για την απόδοση των αιτίων της συμπεριφοράς των παιδιών τους διαφέρουν ανάλογα με την παρουσία ή όχι της ΔΕΠ-Υ. **Συγκεκριμένα, η διαφορά παρατηρήθηκε στις διαστάσεις της «σταθερότητας» και της «ελεξιμότητας» στη βάση της θεωρίας του Weiner.**

Σε άλλη έρευνα με δείγμα 131 μητέρες αγοριών ηλικίας 6-10 ετών διερευνήθηκε μεταξύ άλλων η εκτίμηση της ικανότητάς τους ώστε να ελέγχουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Μεταξύ άλλων διαπιστώθηκε ότι η εκτίμηση αυτή συνδέεται με τις αποδόσεις των αιτίων των γονιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους οι οποίες προηγούνται (Geller & Johnston, 1995).

Επίσης, σε άλλη έρευνα κλινικού δείγματος με 100 μητέρες παιδιών ηλικίας έως 12 ετών με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε ότι η διάσταση της *ελεγχιμότητας* για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους από τις ίδιες σχετίζεται με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτή τη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο θεωρούσαν πως οι ίδιες δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους τόσο πιο χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αποκτούσαν με αποτέλεσμα οι μητέρες αυτές να παρουσιάσουν καταθλιπτικά στοιχεία (Harrison & Sofronoff, 2002).

Σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες οι πεποιθήσεις ή οι αποδόσεις των αιτιών της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους, επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γονιών ως απάντηση στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Οι γονείς προκειμένου να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους χρησιμοποιούν τις πεποιθήσεις ή τις αποδόσεις των αιτιών ώστε να την κατανοήσουν και να την ελέγξουν (Forsterling, 1992). Σημειώνεται ότι σε σχετικά πρόσφατες έρευνες αλλά και παλαιότερες διαπιστώθηκε πως οι αποδόσεις των αιτιών μεσολαβούν μερικώς μεταξύ της συμπεριφοράς των παιδιών με τη συμπεριφορά των γονιών τους (Johnston & Ohan, 2002' Sacco & Murray, 2003' Smith & O'Leary, 1995) διότι εκτός από τις γονικές πεποιθήσεις υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στον τρόπο που θα συμπεριφερθούν οι γονείς όπως η προσωπικότητά τους, η συναισθηματική τους κατάσταση αλλά και το κοινωνικό – πολιτιστικό πλαίσιο (Bornstein, et. al. 1998' Coplan, et. al. 2002' Dix, 1993, 2000). Η διαδικασία αυτή φαίνεται ότι γίνεται αυτόματα ή/ και διαισθητικά με σκοπό την επίλυση του προβλήματος. Δηλαδή, οι γονείς θέλουν να αποκτήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι γονείς έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Το ερώτημα αυτό είναι πολύ πιθανό να το κάνουν και οι ίδιοι οι γονείς στον εαυτό τους. Σύμφωνα με έρευνα (Harrison & Sofronoff, 2002) αλλά και από την κλινική μας εμπειρία φαίνεται ότι γενικά η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (δηλαδή η εκτίμηση της αδυναμία ελέγχου των δυσκολιών των παιδιών τους από τους ίδιους) είναι πολύ πιθανός λόγος αναζήτησης της βοήθειας από ειδικό για τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Σε απάντηση του παραπάνω ερωτήματος αλλά και σε εφαρμογή της θεωρίας του Bandura (2001) (*... οι πεποιθήσεις των ατόμων διαμορφώνουν μία εκτίμηση για την ικανότητά τους ώστε να είναι αποτελεσματικοί στην επίτευξη συγκεκριμένων έρ-*

γον...») επιχειρήθηκε η διερεύνησή του σε γονείς παιδιών τα οποία παρουσιάζουν δυσκολίες με τη συμπεριφορά τους οι οποίες ενδέχεται να οφείλονται σε κάποια διαταραχή.

Η παρούσα μελέτη λοιπόν, επικεντρώθηκε αφενός στον προσδιορισμό των διαστάσεων των αποδόσεων των αιτίων από τους γονείς για τα παιδιά τους (και όχι για τους ίδιους) και αφετέρου στον προσδιορισμό της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών στην προσπάθειά τους προκειμένου να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Οι διαστάσεις των αποδόσεων για τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών αφορούν: στον «τόπο» (εσωτερικά ή εξωτερικά αίτια σε σχέση με το παιδί τους) στη «σταθερότητα» (σε σχέση με το χρόνο), στην «ελεγχιμότητα» (σε ποιο βαθμό πιστεύουν οι γονείς ότι το παιδί τους μπορεί να ελέγχει τις δυσκολίες του), στη «συνολικότητα» ή «γενίκευση» (globality) (σε σχέση με το βαθμό που οι δυσκολίες αυτές ενδέχεται να παρουσιάζονται σε τομείς των δραστηριοτήτων του παιδιού) και στην «καθολικότητα» ή «παγκοσμιότητα» (universality) (σύγκριση των δυσκολιών με συνομήλικους). Οι συγκρίσεις γίνονται **ανάλογα με τη χρήση βοήθειας από ειδικό ή όχι και ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής.** Επίσης, στον προσδιορισμό και τη σύγκριση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητάς τους για την αντιμετώπιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Μία σημαντική διαφορά της παρούσας έρευνας σε σχέση με αρκετές που αναφέρονται στις αποδόσεις των αιτίων αφορά στο γεγονός ότι **διερευνά τις αποδόσεις των αιτίων των γονιών για τα παιδιά τους και όχι για τους ίδιους** (όπως συνηθίζεται στις περισσότερες έρευνες) καθώς και σε δύο διαστάσεις επιπλέον (*παγκοσμιότητα και γενίκευση*) δηλαδή πέντε αντί τριών (*τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, συνολικότητα ή γενίκευση (globality) και καθολικότητα ή παγκοσμιότητα (universality)*) οι οποίες ενδέχεται να συσχετίζονται με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και την απόφασή τους να κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην επόμενη μελέτη (μελέτη 2 και 3 αντίστοιχα).

3.1.2. Μεθοδολογία

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η έρευνα των γονικών αποδόσεων των αιτίων για τη συμπεριφορά των παιδιών τους επικεντρώνεται σε τρεις μεθοδολογικούς τρόπους:

α) των σύντομων γραπτών χρονογραφημάτων υποθετικών περιπτώσεων (vignettes) (Dix et . al., 1989).

β) την περιγραφή πρόσφατων γεγονότων συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς (Freeman et al., 1997)

και γ) της βιντεοσκοπημένης συμπεριφοράς (Johnston & Freeman, 1997).

Οι τρεις τρόποι μελέτης των γονικών αποδόσεων έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η μέθοδος των γραπτών υποθετικών περιπτώσεων επικρίνεται λόγω των απαντήσεων που δίνουν οι γονείς επειδή αυτές δεν μπορούν να ελεγχθούν εάν είναι οι πραγματικές ή οι κοινωνικά αποδεκτές (Bugental et al., 1998). Η μέθοδος της περιγραφής των πρόσφατων γεγονότων της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους μπορεί να οδηγήσει τους γονείς να επικεντρώνονται στα στοιχεία που εκείνοι θεωρούν προβληματικά. Η μέθοδος της βιντεοσκοπημένης συμπεριφοράς έχει μια σχετική απώλεια του πειραματικού ελέγχου (Johnston & Freeman, 1997).

Η μελέτη των Johnston & Freeman (1997) χρησιμοποίησε και τους τρεις μεθοδολογικούς τρόπους. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις μετρήσεις μεταξύ των τριών μεθοδολογικών τρόπων. Επιπλέον, στη σύγκριση μεταξύ των μεθόδων της συνέντευξης και των ερωτηματολογίων δεν διαπιστώθηκε ουσιαστική διαφορά στα αποτελέσματα (Compas et. al., 1982).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η αναλογική μέθοδος των σχετικά πρόσφατων γεγονότων, δηλαδή ζητήθηκε από τους γονείς να αποτυπώσουν ουσιαστικές εκτιμήσεις τους (υποκειμενικές) για τα αίτια των δυσλειτουργικών συμπεριφορών των παιδιών τους που βίωσαν κατά το παρελθόν ή/ και το παρόν. Η επιλογή αυτής της μεθόδου έγινε για τρεις λόγους:

- Η πρώτη μέθοδος (σύντομη γραπτή υποθετική περίπτωση) μάλλον δεν αποδίδει αυτό που απαιτεί η παρούσα έρευνα. Δηλαδή, την αποκόμιση της συνολικής (αποκρυσταλλωμένης) εμπειρίας και τις αντιλήψεις από τους γονείς οι οποίοι βίωσαν παρόμοιες συμπεριφορές των παιδιών τους
- Η μέθοδος της βιντεοσκόπησης, εκτός της απώλειας του πειραματικού ελέγχου ξεφεύγει σε οικονομικό κόστος αλλά και περιορίζει τους γονείς ώστε να εκφράσουν την εμπειρία τους, αποδίδοντας πράγματα τα οποία ενδέχεται να είναι απαντήσεις κοινωνικά αποδεκτές, δηλαδή στερεότυπες λόγω της παρουσίας τρίτων αλλά και λόγω από τη θέση «τρίτου» όπως και στη μέθοδο της γραπτής υποθετικής περίπτωσης.
- Η μέθοδος των πρόσφατων συμπεριφορών επιλέχθηκε προκειμένου να επικεντρωθούν στον εαυτό τους δίχως να δίνουν «εύκολες» απαντήσεις από τη θέση «τρίτων», αλλά να εκφράσουν τη γνώμη τους από τις εμπειρίες τους με τα

δικά τους παιδιά και πιθανόν τα πραγματικά αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού τους που ενδεχομένως τους απασχολεί.

Σημειώνεται ότι, σε έρευνα του Cornah (2000) για τις αποδόσεις των αιτίων μητέρων εννιάχρονων παιδιών, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο των σύντομων χρονογραφημάτων (vignettes), ζήτησε από τις ίδιες μητέρες να αποδώσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των δικών τους παιδιών και των παιδιών τα οποία περιγράφονταν στα χρονογραφήματα. Οι μητέρες αυτές έκριναν διαφορετικά τα δικά τους παιδιά από τα παιδιά τα οποία περιγράφονταν στα χρονογραφήματα τα οποία είχαν τα ίδια χαρακτηριστικά με τα δικά τους παιδιά. Συγκεκριμένα, θεώρησαν ότι οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των δικών τους παιδιών ήταν λιγότερο σταθερές (*σταθερότητα*) και γενικές στη ζωή τους (*γενίκευση*) όπως δηλαδή περίπου και στα παιδιά που δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες με τη συμπεριφορά τους. Το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύθηκε από τον ίδιο ως προκατάληψη της απόδοσης των αιτίων σύμφωνα με τον Heider (1958) (ενδεχομένως επειδή είτε εκλογίκευαν καταστάσεις που βίωναν, είτε δεν δεχόντουσαν πως το δικό τους παιδί παρουσιάζει δυσκολίες με τη συμπεριφορά του οι οποίες παραπέμπουν σε κάποια ψυχική διαταραχή).

3.1.2.1. Στατιστική μελέτη

Χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο T-test ανεξάρτητων δειγμάτων με τη διμεταβλητή της επίσκεψης σε ειδικό ή όχι και ανάλογα με την παρουσία διαταραχής ή όχι. Επιπλέον, παραγοντοποίηση (factor analysis) για τις 8 (οκτώ) μεταβλητές της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και έλεγχος αξιοπιστίας (reliability analysis).

3.1.2.2. Συμμετέχοντες

Σύμφωνα με τους πίνακες 2.1, 2.5, 2.9, 2.12 και 2.17 ανάλογα με τις περιπτώσεις δειγμάτων. Τα δείγματα αυτά περιγράφονται με τους αντίστοιχους πίνακες.

3.1.2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία

- ερωτηματολόγιο ερευνητή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) για:
 - κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των γονιών, βασική αναπτυξιακή πορεία παιδιού (π.χ. φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας στον προφορικό λόγο).
 - Διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων

- τόπου (Locus), της σταθερότητας (stability), της ελεγχιμότητας (controllability) (Weiner, 1986),
 - της παγκοσμιότητας (universality) (Stratton & et. al., 1988; Cornah, et. al., 2003)
 - και της γενίκευσης (globality) (Peterson et.al., 1982; Peterson & Villanova, 1988; Cornah, et. al., 2003),
- CBCL (Child Behavior Checklist), ελληνική στάθμιση Ρούσου & συν., 2003 (πρωτότυπη: Achenbach & Rescorla, 2001)
- Κλίμακα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα ελληνική στάθμιση Καλαντζή & συν., 2005 (πρωτότυπη ADHD Rating Scale-IV, DuPaul et. al., 1998)
- Απόδοση αιτίων σε αιτιώδεις κατηγορίες σύμφωνα με τους Sonuga – Barke & Balding, 1993.
- Υποκλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας της διαχείρισης της συμπεριφοράς στην σχολική τάξη (Efficacy in Classroom Management) μέσα στην τάξη από το δάσκαλο (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) μετάφραση και προσαρμογή για γονείς (Ζουρντζής 2004 για πλήρη έκδοση (long form), Μανιαδάκη, 2003 για σύντομη έκδοση (short form)).

Περιγραφικά στοιχεία των επιλεγμένων δειγμάτων

1^η περίπτωση

ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Φ.)

Πίνακας 3.1. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 1

	Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	148	3,2432	1,21567	,09993
	όχι	52	2,8462	1,43328	,19876
Σταθερότητα (stability)	ναι	148	3,3514	1,15978	,09533
	όχι	52	2,5577	1,27439	,17673
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	148	2,8784	1,08110	,08887
	όχι	52	2,2500	1,28147	,17771

Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	148	3,3851	1,20951	,09942
	όχι	52	2,1923	1,28397	,17805
Γενίκευση (globability)	ναι	148	3,4189	1,29370	,10634
	όχι	52	2,7692	1,40887	,19538
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	148	3,4769	,68598	,05639
	όχι	52	3,8221	,57327	,07950

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούνται τα εξής:

Τόπος (Locus): δηλαδή, αφορά περισσότερο στο παιδί (εσωτερικό) στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Σταθερότητα (stability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεωρούσαν πως η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι παρούσα τις περισσότερες φορές στην πάροδο του χρόνου, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό, δηλαδή, η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι λιγότερο συχνή στο πέρασμα του χρόνου.

Ελεγχιμότητα (controllability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς των παιδιών θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους έχουν λιγότερο έλεγχο της συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό οι οποίοι θεώρησαν ότι τα παιδιά τους μπορούν να έχουν περισσότερο τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

Παγκοσμιότητα (universality): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους είναι λιγότερο κοινή σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Γενίκευση (globability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους θα επηρέαζε περισσότερες καταστάσεις της ζωής τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς πίστευαν ότι ήταν λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Πίνακας 3.2. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (κλινικό δείγμα με κοινοτικό)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 2

Επίσκεψη σε ειδικό (ταυτόχρονα κλινικό με κοινοτικό)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	Ναι (κλινικό)	108	3,3796	1,17384	,11295
	Όχι (κοινοτικό)	52	2,8462	1,43328	,19876
Σταθερότητα (stability)	Ναι (κλινικό)	108	3,5278	1,00892	,09708
	Όχι (κοινοτικό)	52	2,5577	1,27439	,17673
Ελεγχιμότητα (controllability)	Ναι (κλινικό)	108	2,9352	1,05257	,10128
	Όχι (κοινοτικό)	52	2,2500	1,28147	,17771
Παγκοσμιότητα (universality)	Ναι (κλινικό)	108	3,4444	1,16277	,11189
	Όχι (κοινοτικό)	52	2,1923	1,28397	,17805
Γενίκευση (globability)	Ναι (κλινικό)	108	3,6389	1,22633	,11800
	Όχι (κοινοτικό)	52	2,7692	1,40887	,19538
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	Ναι (κλινικό)	108	3,4163	,68174	,06560
	Όχι (κοινοτικό)	52	3,8221	,57327	,07950

Πίνακας 3.3. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών των περιπτώσεων που επισκέφθηκαν ειδικό (σύγκριση κλινικού δείγματος με κοινοτικό επειδή στο κοινοτικό δείγμα δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 3

Δείγμα, ναι επίσκεψη		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό	108	3,3796	1,17384	,11295
	κοινοτικό	40	2,8750	1,26466	,19996
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	108	3,5278	1,00892	,09708
	κοινοτικό	40	2,8750	1,39940	,22127
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	108	2,9352	1,05257	,10128
	κοινοτικό	40	2,7250	1,15442	,18253
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	108	3,4444	1,16277	,11189
	κοινοτικό	40	3,2250	1,32988	,21027
Γενίκευση (globability)	κλινικό	108	3,6389	1,22633	,11800
	κοινοτικό	40	2,8250	1,29867	,20534
Μέσος όρος Αυτοαποτελε-	κλινικό	108	3,4163	,68174	,06560

αποτελεσματικότητα (Self Efficacy)					
	κοινωνικά	40	3,6406	,67889	,10734

Πίνακας 3.4. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (σύγκριση κλινικού δείγματος με ομάδα ελέγχου)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 4

Επίσκεψη σε ειδικό (ταυτόχρονα κλινικό φάσμα κλινικού Δείγματος με κοινωνικό Ομάδα ελέγχου)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	108	3,3796	1,17384	,11295
	όχι	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	ναι	108	3,5278	1,00892	,09708
	όχι	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	108	2,9352	1,05257	,10128
	όχι	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	108	3,4444	1,16277	,11189
	όχι	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	ναι	108	3,6389	1,22633	,11800
	όχι	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	108	3,4163	,68174	,06560
	όχι	214	4,1817	,45313	,03098

Πίνακας 3.5. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής (σύγκριση κλινικού φάσματος με φυσιολογικό φάσμα) σε κοινωνικό δείγμα

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 5

Κάποια διαταραχή σε κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV (κοινωνικό δείγμα)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό φάσμα	92	2,8587	1,35534	,14130
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	κλινικό φάσμα	92	2,8957	1,33210	,13888
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό φάσμα I	92	2,4565	1,24400	,12970
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,8178	1,03890	,07102

Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό φάσμα	92	2,6413	1,39529	,14547
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	κλινικό φάσμα	92	2,7935	1,35499	,14127
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό φάσμα	92	3,7432	,62441	,06510
	φυσιολογικό φάσμα	214	4,1817	,45313	,03098

Πίνακας 3.6. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό σε κοινοτικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 6

	Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	40	2,8750	1,26466	,19996
	όχι	52	2,8462	1,43328	,19876
Σταθερότητα (stability)	ναι	40	2,8750	1,39940	,22127
	όχι	52	2,5577	1,27439	,17673
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	40	2,7250	1,15442	,18253
	όχι	52	2,2500	1,28147	,17771
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	40	3,2250	1,32988	,21027
	όχι	52	2,1923	1,28397	,17805
Γενίκευση (globability)	ναι	40	2,8250	1,29867	,20534
	όχι	52	2,7892	1,40887	,19538
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	40	3,6406	,67889	,10734
	όχι	52	3,8221	,57327	,07950

Πίνακας 3.7. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι δεν επισκέφθηκαν ειδικό και τα παιδιά τους εντάσσονται σε κλινικό φάσμα με την ομάδα ελέγχου σε κοινοτικό δείγμα

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 7

Κάποια διαταραχή σε κλινικό φάσμα CBCL ή / και ADHD Rating Scale-IV		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό φάσμα	52	2,8462	1,43328	,19876
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	κλινικό φάσμα	52	2,5577	1,27439	,17673

	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό φάσμα	52	2,2500	1,28147	,17771
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό φάσμα	52	2,1923	1,28397	,17805
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	κλινικό φάσμα	52	2,7692	1,40887	,19538
	φυσιολογικό φάσμα	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό φάσμα	52	3,8221	,57327	,07950
	φυσιολογικό φάσμα	214	4,1817	,45313	,03098

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα (παρουσία διαταραχής ή όχι) παρατηρούνται τα εξής:

Τόπος (Locus): δηλαδή, αφορά περισσότερο στο παιδί (εσωτερικό) στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή.

Σταθερότητα (stability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού οι γονείς θεωρούσαν πως η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι παρούσα τις περισσότερες φορές στην πάροδο του χρόνου, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή, δηλαδή, η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι λιγότερο συχνή στο πέρασμα του χρόνου.

Ελεγχιμότητα (controllability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού οι γονείς των παιδιών θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους έχουν λιγότερο έλεγχο της συμπεριφορά τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή όπου οι γονείς θεώρησαν ότι τα παιδιά τους μπορούν να έχουν περισσότερο τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

Παγκοσμιότητα (universality): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και

τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους είναι λιγότερο κοινή σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται διαταραχή.

Γενίκευση (globability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους θα επηρέαζε περισσότερες καταστάσεις της ζωής τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή.

Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς πίστευαν ότι ήταν λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσίαζαν κάποια διαταραχή.

Πίνακας 3.8. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της αλόδοξης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι επισκέφθηκαν ειδικό και τα παιδιά τους εντάσσονται σε κλινικό φάσμα με την ομάδα ελέγχου σε κοινωνικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Φ. 8

	Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	40	2,8750	1,26466	,19996
	όχι	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	ναι	40	2,8750	1,39940	,22127
	όχι	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	40	2,7250	1,15442	,18253
	όχι	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	40	3,2250	1,32988	,21027
	όχι	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	ναι	40	2,8250	1,29867	,20534
	όχι	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	40	3,6406	,67889	,10734
	όχι	214	4,1817	,45313	,03098

2^η περίπτωση (προστίθεται και το «οριακό» φάσμα)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Ο.Φ.)

Πίνακας 3.9. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 1

	Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	196	3,3367	1,25632	,08974
	όχι	116	2,7155	1,44947	,13458
Σταθερότητα (stability)	ναι	196	3,2857	1,17670	,08405
	όχι	116	2,2500	1,23623	,11478
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	196	2,8367	1,06404	,07600
	όχι	116	2,0690	1,11686	,10370
Παγκοσμότητα (universality)	ναι	196	3,2959	1,22126	,08723
	όχι	116	1,9741	1,23331	,11451
Γενίκευση (globability)	ναι	196	3,3418	1,27319	,09094
	όχι	116	2,4052	1,35119	,12545
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	196	3,5620	,65236	,04660
	όχι	116	3,9440	,54232	,05035

Πίνακας 3.10 Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (σύγκριση κλινικού με κοινοτικό δείγμα επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 2

	Ταυτόχρονα είναι και κλινικό με κοινοτικό Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	(Κλινικό) ναι	141	3,4681	1,23955	,10439
	(Κοινοτικό) όχι	116	2,7155	1,44947	,13458
Σταθερότητα (stability)	ναι	141	3,4752	1,07292	,09036
	όχι	116	2,2500	1,23623	,11478
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	141	2,8936	1,06034	,08930
	όχι	116	2,0690	1,11686	,10370
Παγκοσμότητα (universality)	ναι	141	3,3688	1,19171	,10036
	όχι	116	1,9741	1,23331	,11451
Γενίκευση (globability)	ναι	141	3,5390	1,23356	,10388
	όχι	116	2,4052	1,35119	,12545
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	141	3,5038	,64229	,05409
	όχι	116	3,9440	,54232	,05035

Πίνακας 3.11. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της αλόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι επισκέφθηκαν ειδικό μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 3

Είναι ταυτόχρονα κλινικό με κοινοτικό (όλοι επισκέφθηκαν ειδικό)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	Κλινικό και επίσκ.	141	3,4681	1,23955	,10439
	Κοινοτικό και επίσκεψη	55	3,0000	1,24722	,16817
Σταθερότητα (stability)	κλινικό και επίσκ	141	3,4752	1,07292	,09036
	κοινοτικό και επίσκεψη	55	2,8000	1,29672	,17485
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό και επίσκ	141	2,8936	1,06034	,08930
	κοινοτικό και επίσκεψη	55	2,6909	1,06931	,14419
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό και επίσκ	141	3,3688	1,19171	,10036
	κοινοτικό και επίσκεψη	55	3,1091	1,28629	,17344
Γενίκευση (globability)	κλινικό και επίσκ	141	3,5390	1,23356	,10388
	κοινοτικό και επίσκεψη	55	2,8364	1,24370	,16770
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό και επίσκ	141	3,5038	,64229	,05409
	κοινοτικό και επίσκεψη	55	3,7114	,66007	,08900

Πίνακας 3.12. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της αλόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό ομάδας ελέγχου

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 4

(είναι ταυτόχρονα κλινικό δείγμα με κοινοτικό που δεν επισκέφθηκαν ειδικό) δείγμα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	Κλινικό	141	3,4681	1,23955	,10439
	κοινοτικό	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	141	3,4752	1,07292	,09036
	κοινοτικό	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	141	2,8936	1,06034	,08930
	κοινοτικό	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	141	3,3688	1,19171	,10036
	κοινοτικό	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	κλινικό	141	3,5390	1,23356	,10388
	κοινοτικό	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό	141	3,5038	,64229	,05409
	κοινοτικό	214	4,1817	,45313	,03098

Πίνακας 3.13. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής σε κοινοτικό δείγμα ανεξάρτητα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 5

CBCL κάποια διαταραχή στις κλίμακες DSM ή/ και ADHD Rating Scale-IV		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	2,7988	1,39549	,10735
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	2,4142	1,27943	,09842
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	2,2663	1,14179	,08783
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	2,3195	1,35125	,10394
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	2,5325	1,33200	,10246
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	169	3,8735	,58535	,04503
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	4,1817	,45313	,03098

Πίνακας 3.14. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό σε κοινοτικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 6

Επίσκεψη σε ειδικό		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	55	3,0000	1,24722	,16817
	όχι	116	2,7155	1,44947	,13458
Σταθερότητα (stability)	ναι	55	2,8000	1,29672	,17485

	όχι	116	2,2500	1,23623	,11478
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	55	2,6909	1,06931	,14419
	όχι	116	2,0690	1,11686	,10370
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	55	3,1091	1,28629	,17344
	όχι	116	1,9741	1,23331	,11451
Γενίκευση (globability)	ναι	55	2,8364	1,24370	,16770
	όχι	116	2,4052	1,35119	,12545
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	55	3,7114	,66007	,08900
	όχι	116	3,9440	,54232	,05035

Πίνακας 3.15. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής μεταξύ αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό σε κοινοτικό δείγμα και της ομάδας ελέγχου

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 7

CBCL κάποια διαταραχή στις κλίμακες DSM ή/ και ADHD Rating Scale-IV		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	2,7155	1,44947	,13458
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	2,2500	1,23623	,11478
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	2,0690	1,11686	,10370
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	1,9741	1,23331	,11451
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	2,4052	1,35119	,12545
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό & οριακό φάσμα κοινοτικού δείγματος	116	3,9440	,54232	,05035
	φυσιολογικό φάσμα κοινοτικού δείγματος	214	4,1817	,45313	,03098

Πίνακας 3.16. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό και εντάσσονταν σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα από κοινοτικό δείγμα και της ομάδας ελέγχου

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Ο.Φ. 8

	Επίσκεψη σε ειδικό	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	55	3,0000	1,24722	,16817
	όχι	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	ναι	55	2,8000	1,29672	,17485
	όχι	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	55	2,6909	1,06931	,14419
	όχι	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	55	3,1091	1,28629	,17344
	όχι	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	ναι	55	2,8364	1,24370	,16770
	όχι	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	55	3,7114	,66007	,08900
	όχι	214	4,1817	,45313	,03098

3^η περίπτωση

ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ (στο κοινοτικό) CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Κ.Κ.Φ.)

Πίνακας 3.17. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Φ. 1^ο

Δείγμα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό	170	3,5176	1,26502	,09702
	κοινοτικό	92	2,8587	1,35534	,14130
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	170	3,3412	1,16713	,08952
	κοινοτικό	92	2,6957	1,33210	,13888
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	170	2,7706	1,08255	,08303
	κοινοτικό	92	2,4565	1,24400	,12970
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	170	3,3529	1,25652	,09637
	κοινοτικό	92	2,6413	1,39529	,14547
Γενίκευση (globability)	κλινικό	170	3,3706	1,27250	,09760
	κοινοτικό	92	2,7935	1,35499	,14127
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό	170	3,5976	,62837	,04819
	κοινοτικό	92	3,7432	,62441	,06510

Πίνακας 3.18. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ΟΛΟΥ του κλινικού δείγματος και του κοινοτικού δείγματος σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Φ. 1β

Επίσκεψη σε ειδικό		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	210	3,3952	1,28703	,08881
	όχι	52	2,8462	1,43328	,19876
Σταθερότητα (stability)	ναι	210	3,2524	1,22499	,08453
	όχι	52	2,5577	1,27439	,17673
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	210	2,7619	1,09390	,07549
	όχι	52	2,2500	1,28147	,17771
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	210	3,3286	1,26855	,08754
	όχι	52	2,1923	1,28397	,17805
Γενικευση (globability)	ναι	210	3,2667	1,29235	,08918
	όχι	52	2,7692	1,40887	,19538
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	210	3,6058	,63685	,04395
	όχι	52	3,8221	,57327	,07950

Πίνακας 3.19. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο δεν επισκέφθηκε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Φ. 2

(είναι ταυτόχρονα κλινικό δείγμα με κοινοτικό που δεν επισκέφθηκαν ειδικό) Επίσκεψη σε ειδικό		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	ναι	170	3,5176	1,26502	,09702
	όχι	52	2,8462	1,43328	,19876
Σταθερότητα (stability)	ναι	170	3,3412	1,16713	,08952
	όχι	52	2,5577	1,27439	,17673
Ελεγχιμότητα (controllability)	ναι	170	2,7706	1,08255	,08303
	όχι	52	2,2500	1,28147	,17771
Παγκοσμιότητα (universality)	ναι	170	3,3529	1,25652	,09637
	όχι	52	2,1923	1,28397	,17805
Γενικευση (globability)	ναι	170	3,3706	1,27250	,09760
	όχι	52	2,7692	1,40887	,19538
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	ναι	170	3,5976	,62837	,04819
	όχι	52	3,8221	,57327	,07950

Πίνακας 3.20. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο επισκέφθηκε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Φ. 3

(Είναι ταυτόχρονα και αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό) Δείγμα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Τόπος (Locus)	κλινικό	170	3,5176	1,26502	,09702
	κοινοτικό	40	2,8750	1,26466	,19996
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	170	3,3412	1,16713	,08952
	κοινοτικό	40	2,8750	1,39940	,22127
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	170	2,7706	1,08255	,08303
	κοινοτικό	40	2,7250	1,15442	,18253
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	170	3,3529	1,25652	,09637
	κοινοτικό	40	3,2250	1,32988	,21027
Γενίκευση (globability)	κλινικό	170	3,3706	1,27250	,09760
	κοινοτικό	40	2,8250	1,29867	,20534
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό	170	3,5976	,62837	,04819
	κοινοτικό	40	3,6406	,67889	,10734

4^η περίπτωση

ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ (στο κοινοτικό) CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Κ.Κ.Ο.Φ.)

Πίνακας 3.21. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Ο.Φ. 1

Κλινικό δείγμα με κοινοτικό σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Τόπος (Locus)	κλινικό	170	3,5176	1,26502	,09702
	κοινοτικό	171	2,8070	1,39037	,10632
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	170	3,3412	1,16713	,08952
	κοινοτικό	171	2,4269	1,27841	,09776
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	170	2,7706	1,08255	,08303
	κοινοτικό	171	2,2690	1,13662	,08692
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	170	3,3529	1,25652	,09637
	κοινοτικό	171	2,3392	1,35544	,10365
Γενίκευση (globability)	κλινικό	170	3,3706	1,27250	,09760
	κοινοτικό	171	2,5439	1,32935	,10166
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό	170	3,5976	,62837	,04819
	κοινοτικό	171	3,8692	,59096	,04519

Πίνακας 3.22. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο δεν επισκέφθηκε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Ο.Φ. 2

(Είναι ταυτόχρονα και αυτοί που επισκέφθηκαν ή όχι ειδικό) Δείγμα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
Τόπος (Locus)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,5176	1,26502	,09702
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	116	2,7155	1,44947	,13458
Σταθερότητα (stability)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,3412	1,16713	,08952
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	116	2,2500	1,23623	,11478
Ελεγχιμότητα (controllability)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	2,7706	1,08255	,08303
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	116	2,0690	1,11686	,10370
Παγκοσμιότητα (universality)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,3529	1,25652	,09637

	Κοινοτικό (όχι επίσκ.)	116	1,9741	1,23331	,11451
Γενίκευση (globability)	Κλινικό (ναι επίσκ.)	170	3,3706	1,27250	,09760
	Κοινοτικό (όχι επίσκ.)	116	2,4052	1,35119	,12545
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	Κλινικό (ναι επίσκ.)	170	3,5976	,62837	,04819
	Κοινοτικό (όχι επίσκ.)	116	3,9440	,54232	,05035

Πίνακας 3.23 Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο επισκέφθηκε ειδικό

ΔΕΙΓΜΑ Κ.Κ.Κ.Ο.Φ. 3

(Είναι ταυτόχρονα και αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό) Δείγμα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό	170	3,5176	1,26502	,09702
	κοινοτικό	55	3,0000	1,24722	,16817
Σταθερότητα (stability)	κλινικό	170	3,3412	1,16713	,08952
	κοινοτικό	55	2,8000	1,29672	,17485
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό	170	2,7706	1,08255	,08303
	κοινοτικό	55	2,6909	1,06931	,14419
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό	170	3,3529	1,25652	,09637
	κοινοτικό	55	3,1091	1,28629	,17344
Γενίκευση (globability)	κλινικό	170	3,3706	1,27250	,09760
	κοινοτικό	55	2,8364	1,24370	,16770
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό	170	3,5976	,62837	,04819
	κοινοτικό	55	3,7114	,66007	,08900

Πίνακας 3.24. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με δείγμα ομάδας ελέγχου (κοινοτικό δείγμα σε φυσιολογικό φάσμα) σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία

ΔΕΙΓΜΑ 4 Κλινικό με Κοινοτικό ΧΩΡΙΣ Διατ. Όχι επίσκ.

(Είναι ταυτόχρονα και αυτοί που επισκέφθηκαν ή όχι ειδικό) Δείγμα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	Κλινικό (ναι επίσκ.)	170	3,5176	1,26502	,09702
	Κοινοτικό (όχι επίσκ.)	214	1,9393	1,17926	,08061
Σταθερότητα (stability)	Κλινικό	170	3,3412	1,16713	,08952

	(ναι επίσηκ.)				
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	214	1,9019	1,10258	,07537
Ελεγχιμότητα (controllability)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	2,7706	1,08255	,08303
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	214	1,8178	1,03890	,07102
Παγκοσμιότητα (universality)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,3529	1,25652	,09637
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	214	1,7103	1,10066	,07524
Γενίκευση (globability)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,3706	1,27250	,09760
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	214	1,9953	1,16481	,07962
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	Κλινικό (ναι επίσηκ.)	170	3,5976	,62837	,04819
	Κοινοτικό (όχι επίσηκ.)	214	4,1817	,45313	,03098

ΜΕΛΕΤΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά του κλινικού δείγματος (N=170)

- Στο 80% των περιπτώσεων οι γονείς πιστεύουν (attribution αιτιώδεις κατηγορίες – μαθησιακό πρόβλημα) ότι οι δυσκολίες του παιδιού τους ενδέχεται να οφείλονται σε μαθησιακό πρόβλημα (πιθανό και πολύ πιθανό)
- Στο 38% των περιπτώσεων οι γονείς δήλωσαν ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει προβλήματα στον προφορικό λόγο.
- Στο 32% των περιπτώσεων αντιμετώπιζαν μαθησιακά προβλήματα και ταυτόχρονα δυσκολίες στον προφορικό λόγο.
- Στο 49% των περιπτώσεων οι γονείς θεωρούσαν «πιθανό» ή/ και «πολύ πιθανό» οι δυσκολίες των παιδιών τους να οφείλονται σε μαθησιακό πρόβλημα ενώ ταυτόχρονα σύμφωνα με τα στοιχεία από τα ψυχομετρικά εργαλεία (CBCL ή/ και ADHD rating scale-IV) τα παιδιά αυτά κατατάσσονταν σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ.
- Στο 41% περίπου αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου ενώ ταυτόχρονα σύμφωνα με τα στοιχεία από τα ψυχομετρικά εργαλεία (CBCL ή/ και ADHD rating scale-IV) τα παιδιά αυτά κατατάσσονταν σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ.
- Το 62% περίπου είχε επισκεφθεί και άλλους ειδικούς ενώ το 38% για πρώτη φορά. Επίσης, από αυτούς που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό, δηλαδή από το 62%, το 18,8% δεν ήταν καθόλου ευχαριστημένοι, ενώ από 13% περίπου

λάμβαναν οι κατηγορίες «πολύ λίγο», «κάπως», «αρκετά» και μόλις το 3.5% «πολύ».

- Στο 64 % περίπου την πρωτοβουλία σε επίσκεψη ειδικού είχαν οι γονείς ενώ το 17% οι εκπαιδευτικοί του παιδιού. Οι παιδίατροι παρέπεμψαν σε ειδικό μόλις το 1,2% και το υπόλοιπο ποσοστό από άλλους ή/ και συνδυασμός (γονείς και εκπαιδευτικοί (11,8%) ή/ και γονείς και παιδίατροι (1,8%).
- Το 82,4% ήταν αγόρια και το 17,6% κορίτσια!!

Πίνακας 3.25. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ αυτών που εντάσσονται σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία με οριακό ή/ και φυσιολογικό φάσμα στο κλινικό δείγμα

ΔΕΙΓΜΑ 0α Κλινικό δείγμα σε Κ.Φ. με κλινικό δείγμα σε Ο.Φ.σ.Φ.

Κάποια διαταραχή σε κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV I	108	3,3796	1,17384	,11295
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	62	3,7581	1,38712	,17616
Σταθερότητα (stability)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	108	3,5278	1,00892	,09708
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	62	3,0161	1,34885	,17130
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	108	2,9352	1,05257	,10128
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	62	2,4839	1,08253	,13748
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	108	3,4444	1,16277	,11189
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	62	3,1935	1,40069	,17789
Γενίκευση (globability)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	108	3,6389	1,22633	,11800
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV I	62	2,9032	1,22421	,15547
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV I	108	3,4163	,68174	,06560
	φυσιολογικό φάσμα CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV	62	3,9134	,34512	,04383

Πίνακας 3.26. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών στο κλινικό δείγμα μεταξύ αυτών που εντάσσονται σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία με φυσιολογικό φάσμα

ΔΕΙΓΜΑ 08 Κλινικό δείγμα σε Κ.Ο.Φ με κλινικό δείγμα σε Φυσ.Φάσμα

CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Τόπος (Locus)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	141	3,4681	1,23955	,10439
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	29	3,7586	1,37983	,25623
Σταθερότητα (stability)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και DuPaul	141	3,4752	1,07292	,09036
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	29	2,6897	1,39139	,25837
Ελεγχιμότητα (controllability)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	141	2,8936	1,06034	,08930
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και DuPaul	29	2,1724	1,00246	,18615
Παγκοσμιότητα (universality)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	141	3,3688	1,19171	,10036
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	29	3,2759	1,55601	,28894
Γενίκευση (globability)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	141	3,5390	1,23356	,10388
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	29	2,5517	1,15221	,21396
Μέσος όρος Αυτοαποτελεσματικότητας (Self Efficacy)	κλινικό ή και οριακό σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV (ολικό δείγμα)	141	3,5038	,64229	,05409
	φυσιολογικό φάσμα σε CBCL ή και ADHD Rating Scale-IV	29	4,0534	,24703	,04587

3.1.3. ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΟΡΩΝ

Όλα τα αποτελέσματα για τους παραπάνω πίνακες παρουσιάζονται με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τεστ διπλής κατεύθυνσης (2-tailed).

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε σε όλες τις περιπτώσεις ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας ή/ και σε ειδικό ή ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής ή όχι σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού ισχύουν τα εξής:

Α. ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας ή/ και σε ειδικό.

Τόπος (Locus): δηλαδή, αφορά περισσότερο στο παιδί (εσωτερικό) στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Σταθερότητα (stability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεωρούσαν πως η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι παρούσα τις περισσότερες φορές στην πάροδο του χρόνου, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό, δηλαδή, η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι λιγότερο συχνή στο πέρασμα του χρόνου.

Ελεξιμότητα (controllability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς των παιδιών θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους έχουν λιγότερο έλεγχο της συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό οι οποίοι θεώρησαν ότι τα παιδιά τους μπορούν να έχουν περισσότερο τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

Παγκοσμιότητα (universality): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους είναι λιγότερο κοινή σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Γενίκευση (globability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους θα επηρέαζε περισσότερες καταστάσεις της ζωής τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy): δηλαδή, στις περιπτώσεις που επισκέφθηκαν ειδικό οι γονείς πίστευαν ότι ήταν λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν ειδικό.

Β. ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής ή όχι σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού.

Τόπος (Locus): δηλαδή, αφορά περισσότερο στο παιδί (εσωτερικό) στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα

ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή.

Σταθερότητα (stability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού οι γονείς θεωρούσαν πως η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι παρούσα τις περισσότερες φορές στην άρροδο του χρόνου, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή, δηλαδή, η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους θα είναι λιγότερο συχνή στο πέρασμα του χρόνου.

Ελεγχιμότητα (controllability): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού οι γονείς των παιδιών θεωρούσαν ότι τα παιδιά τους έχουν λιγότερο έλεγχο της συμπεριφορά τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή όπου οι γονείς θεώρησαν ότι τα παιδιά τους μπορούν να έχουν περισσότερο τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

Παγκοσμιότητα (universality): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους είναι λιγότερο κοινή σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται διαταραχή.

Γενίκευση (globalibility): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς θεώρησαν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους θα επηρέαζε περισσότερες καταστάσεις της ζωής τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσιάζεται κάποια διαταραχή.

Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy): δηλαδή, στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται κάποια διαταραχή σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία ή/ και τη διάγνωση του ειδικού, οι γονείς πίστευαν ότι ήταν λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με τις περιπτώσεις που δεν παρουσίαζαν κάποια διαταραχή.

Εξαιρέση αποτελεί μόνο η διάσταση του «τόπου» και μόνο για τα δείγματα Δ_{0a} και Δ_{0b} του κλινικού δείγματος όπου σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυ-

χομετρικά εργαλεία συμβαίνει το αντίθετο σε σχέση με τους υπόλοιπους πίνακες των μέσων όρων για τη διάσταση του «τόπου». Δηλαδή, στο κλινικό φάσμα του κλινικού δείγματος οι γονείς θεωρούν ότι η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους σχετίζεται περισσότερο με κάτι άλλο σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή σε οριακό ή φυσιολογικό φάσμα όμως σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά εργαλεία. Σημειώνεται ότι για όλο το δείγμα λήφθηκε υπόψη η διάγνωση του ειδικού. Τέλος, οι διαφορές αυτές αφενός δεν είναι στατιστικά σημαντικές όπως φαίνεται και στον πίνακα T-test και αφετέρου σε σχέση με τα άλλα δείγματα οι μέσοι όροι (πλησίον του 4 σε κλίμακα Likert από 1 έως 5) μας πληροφορούν ότι και οι δύο ομάδες σύγκρισης ουσιαστικά και πρακτικά θεωρούν πως οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών αφορά στα ίδια τα παιδιά και όχι σε εξωτερικά αίτια.

Η παρουσίαση των μέσων όρων και των διαφορών μάς δίνουν κάποιες πληροφορίες αλλά για να διαπιστωθεί εάν οι διαφορές που παρατηρούμε στους μέσους όρους είναι σημαντικές πραγματοποιήθηκε T-test για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα των T-tests παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.27. T-test για τις διαστάσεις Weiner και globality, universality Όλα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για τριπλές διαπλάσεις κατεύθυνσης (2-tailed).

	Τύπος			Σταθερότητα			Ελεγχτικότητα			Παγκόσμιο			Γενικό στη ζωή του			
	t	df	p	t	df	p	t	df	p	t	df	p	t	df	p	
KAINIKO ΦΑΣΜΑ	ΔΚΦ ₁ N=200 (επιτακτική)	1,78	78,3	,078	4,14	198	,000	3,16	78	,002	6,02	198	,000	3,04	198	,003
	ΔΚΦ ₂ N=160 (επιτακτική)	2,33	85	,022	4,81	82,8	,000	3,35	85,23	,001	6,16	158	,000	4,00	158	,000
	ΔΚΦ ₃ N=148	2,27	146	,024	2,70	54,72	,009	1,05	146	,295	,980	146	,329	3,529	146	,001
	ΔΚΦ ₄ N=322	10,36	320	,000	12,85	320	,000	9,07	320	,000	13,10	320	,000	11,74	320	,000
	ΔΚΦ ₅ N=306	5,97	304	,000	5,02	147	,000	4,32	148	,000	5,685	141,9	,000	4,92	151,5	,000
	ΔΚΦ ₆ N=92	1,01	90	,920	1,134	90	,260	1,839	90	,069	3,765	90	,000	1,95	90	,846
	ΔΚΦ ₇ N=266	4,228	68,71	,000	3,413	70,68	,001	2,259	68,17	,027	2,494	70,30	,015	3,668	68,89	,000
	ΔΚΦ ₈ N=354	4,554	252	,000	4,163	48,46	,000	4,980	252	,000	6,782	49,48	,000	4,059	252	,000
KAINIKO & OPIAKO ΦΑΣΜΑ	ΔΚΟΦ ₁ N=312	3,840	214,9	,000	7,373	310	,000	6,047	310	,000	9,205	310	,000	6,138	310	,000
	ΔΚΟΦ ₂ N=257	4,419	227,4	,000	8,387	229,3	,000	6,057	255	,000	9,190	255	,000	7,023	255	,000
	ΔΚΟΦ ₃ N=196	2,371	194	,019	3,430	84,37	,001	1,200	194	,232	1,340	194	,182	3,375	194	,000
	ΔΚΟΦ ₄ N=355	11,71	353	,000	13,10	353	,000	9,469	353	,000	13,44	353	,000	11,93	353	,000
	ΔΚΟΦ ₅ N=385	6,504	333,6	,000	4,253	337,1	,000	4,020	348,7	,000	4,910	324,4	,000	4,248	340,3	,000
	ΔΚΟΦ ₆ N=171	1,321	121,8	,189	2,675	169	,008	3,448	169	,001	5,544	169	,000	1,999	169	,047
	ΔΚΟΦ ₇ N=330	4,948	198,5	,000	2,535	214,1	,012	2,042	328	,042	1,992	328	,047	2,758	208,1	,006
	ΔΚΟΦ ₈ N=269	5,880	267	,000	4,717	75,3	,000	5,526	267	,000	8,112	267	,000	4,710	267	,000
KAINIKO ΔΕΙΓΜΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΦΑ-ΣΜΑ	ΔΚΚΚΦ _{1a} N=262 (εάν=κoi)	3,924	260	,000	3,907	166,8	,000	2,039	165,9	,043	4,078	170,7	,000	3,425	260	,001
	ΔΚΚΚΦ _{1b} N=262 (επιτακτική)	2,692	260	,008	3,632	260	,000	2,651	70,5	,010	5,769	260	,000	2,440	260	,015
	ΔΚΚΚΦ ₂ N=222	3,245	220	,001	4,145	220	,000	2,654	74,6	,010	5,799	220	,000	2,907	220	,004
	ΔΚΚΚΦ ₃ N=210	2,891	208	,004	2,185	208	,030	2,37	208	,813	5,73	208	,567	2,430	208	,016
	Δ ₁ (όμο με το Δ ₄ του κ. & ομοικ. αναμετρικός N=384)	12,61	382	,000	12,38	382	,000	8,762	382	,000	13,43	338,1	,000	11,03	382	,000
	ΔΚΚΚΟΦ _{1a} N=341 (εάν= κoi) & N=200 (επιτακτική)	4,936	339	,000	6,897	336,6	,000	4,172	339	,000	7,161	339	,000	5,866	339	,000
	ΔΚΚΚΟΦ _{1b} N=341 (επιτακτική)	4,242	208,4	,000	6,847	339	,000	5,470	339	,000	9,199	339	,000	5,589	339	,000
	ΔΚΚΚΟΦ ₂ N=286	4,835	224,4	,000	7,578	284	,000	5,313	284	,000	9,180	284	,000	6,143	284	,000
ΔΚΚΚΟΦ ₃ N=225	2,647	223	,009	2,908	223	,004	4,76	223	,635	1,244	223	,215	2,721	223	,007	
Δ ₁ N=384	12,61	382	,000	12,38	382	,000	8,762	382	,000	13,43	338,1	,000	11,03	382	,000	
KAINIKO ΔΕΙΓΜΑ	ΔΚ _{1a} (εάν= γένια με Οπ & θύρα)	-1,89	168	,060	2,598	100,6	,011	2,663	168	,008	1,255	168	,211	3,767	168	,000
	ΔΚ _{1b} (κάνικο ή/και ομοικ. δείγμα με αυτοδυνατό δείγμα)	-1,12	168	,261	2,870	35,16	,007	3,366	168	,001	,304	35,06	,763	3,968	168	,000

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.28. Τ TEST του μέσου όρου της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό και ανάλογα με την παρουσία διαταραχής ή όχι

	Αυτοαποτελεσματικότητα (Self efficacy)		p
	t	df	
ΚΑΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ	ΔΚΦ ₁ N=200 (επίσκεψη να N=148, όχι N=52)	198	,000
	ΔΚΦ ₂ N=160 (επίσκεψη να N=108, όχι N=52)	158	,000
	ΔΚΦ ₃ N=148 (N=108 κλινικό και N=214 κοινοτικό)	146	,077
	ΔΚΦ ₄ Nολ= 322 (N=108 κλινικό και N=214 κοινοτικό)	156,13	,000
	ΔΚΦ ₅ Nολ= 306 (N=92 κοινοτικό και N=214 κοινοτικό)	133,94	,000
	ΔΚΦ ₆ Nολ=92 κοινοτικό με διαταρ. ανάλογα με επίσκεψη (να N=40, όχι N=52)	90	,168
	ΔΚΦ ₇ Nολ=266 κοινοτικό με διατ. όχι επίσκε. N=52 με χωρίς διατ. N=214 (όχι επίσκεψη)	67,29	,000
	ΔΚΦ ₈ Nολ=254 κοινοτικό με διατ. να επίσκεψη N=40 με χωρίς διατ. όχι επίσκεψη N=214	45,708	,000
ΚΑΙΝΙΚΟ & ΟΡΙ-ΝΟΤΙΚΟ ΦΑΣΜΑ	ΔΚΟΦ ₁ Nολ=312 (επίσκεψη να N=196, όχι N=116)	276,65	,000
	ΔΚΟΦ ₂ Nολ=257 (επίσκεψη να N=108, όχι N=116)	255	,000
	ΔΚΟΦ ₃ Nολ=196 μεταξύ κλινικού N=141 με κοινοτικό δείγμα N=55 (όλοι να επίσκεψη)	194	,045
	ΔΚΟΦ ₄ Nολ=385 μεταξύ κλιν. δείγμα να επίσκε. N=14 με κοιν. δείγμα Ομάδα Ελέγχου όχι επίσκε. N=214	230,58	,000
	ΔΚΟΦ ₅ Nολ=385 κοιν. με διαταραχή N=171 με κοινοτικό χωρίς διατ. Ο.Ε. όχι επίσκεψη N=214	312,25	,000
	ΔΚΟΦ ₆ Nολ=171 κοινοτικό με διαταρ. ανάλογα με επίσκεψη (να N=55, όχι N=116)	169	,016
	ΔΚΟΦ ₇ Nολ=330 κοιν. με διατ. να επίσκε. N=116 με κοιν. χωρίς διατ. Ο.Ε. όχι επίσκεψη N=214	328	,000
	ΔΚΟΦ ₈ Nολ=269 κοιν. με διαταραχή N=55 με κοινοτικό χωρίς διατ. Ο.Ε. όχι επίσκεψη N=214	67,62	,000
ΚΑΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΑΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ	ΔΚΚΚΦ _{1a} Nολ=262 μεταξύ κλινικού δείγματος N=170 με κοινοτικό N=92	260	,074
	ΔΚΚΚΦ _{1b} Nολ=262 (να N=210 ή όχι N=52 επίσκεψη)	260	,026
	ΔΚΚΚΦ ₂ Nολ=222 (να N=170 ή όχι N=52 επίσκεψη)	220	,022
	ΔΚΚΚΦ ₃ Nολ=210 μεταξύ κλινικού N=170 με κοινοτικό δείγμα με διατ. N=40 (όλοι να επίσκεψη)	208	,701
	ΔΚΚΚΦ ₄ Nολ=384 (όχι με το Α4 του κλ. & ορισκ. φάσματος)	297,22	,000
	ΔΚΚΚΦ _{1a} Nολ=341 (κλινικό N=170 με κοινοτικό με διατ. N=116)	339	,000
	ΔΚΚΚΦ _{1b} Nολ=341 (επίσκεψη) (να N=225, όχι N=116)	339	,000
	ΔΚΚΚΦ ₂ Nολ=286 κλιν. N=170 με κοινοτικό με διατ. N=116 (τραυμάτωση ανάλογα με επίσκεψη)	284	,000
ΔΚΚΚΦ ₃ Nολ=225 μεταξύ κλινικού N=170 με κοινοτικό δείγμα με διατ. N=55 (όλοι να επίσκεψη)	223	,250	
Δ4 Nολ=384 (όχι με το Α4 του κλινικού φάσματος Nολ=384	297,22	,000	
Δ10a μεταξύ κλινικού φάσματος N=108 με ορισκό ή και οριστικό φάσμα N=62	165,87	,000	
Δ10b μεταξύ κλινικού ή και οριστικού φάσματος N=141 με οριστικό φάσμα N=29	115,38	,000	

Όλα τα αποτελέσματα των παραπάνω πινάκων 3.27 και 3.28 παρουσιάζονται με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $p < .01$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης (2-tailed).

Για όλα τα δείγματα έγινε ανάλυση παραγόντων (factor analysis) βασικών συστατικών για τις συσχετίσεις των 8 (οκτώ) μεταβλητών της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας σύμφωνα με τη μετάφραση και προσαρμογή για γονείς της κλίμακας Teachers' Sense of Efficacy Scale (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) και συγκεκριμένα μόνο για τη διαχείριση της συμπεριφοράς στη σχολική τάξη (classroom management) της πλήρους έκδοσης (long form). Έγινε εξαγωγή ενός παράγοντα με τη μέθοδο Principal Component Analysis με ρίζες ίσες ή μεγαλύτερες από 1.00. Η ορθογωνική περιστροφή του παράγοντα με τη μέθοδο Varimax έδειξε ότι στον παράγοντα αυτό περιλαμβάνεται σχεδόν το σύνολο των υποκειμένων. Ο δείκτης αξιοπιστίας άλφα (Cronbach alpha) των 8 (οκτώ) στοιχείων (reliability analysis) της κλίμακας είναι μεγαλύτερος του .85 σχεδόν σε όλα τα δείγματα ($\alpha > 0,85$), που σημαίνει ότι η κλίμακα διαθέτει αρκετά καλή αξιοπιστία.

3.1.4. Συζήτηση

Υπενθυμίζεται ότι **όλα τα αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $p < .01$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης (2-tailed).**

Υπομέλητη Α

Α. Αποδόσεις αιτίων σύμφωνα με τις διαστάσεις Weiner («τόπος», «σταθερότητα», «ελεγχιμότητα»), «παγκοσμιότητα» (universality) σε σύγκριση με παιδιά της ηλικίας του και «γενίκευση στη ζωή του» παιδιού δηλαδή και σε άλλους τομείς της συμπεριφοράς του (globality). Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 3.27 t-test της:

1^η περίπτωση (κλινικό φάσμα βάσει ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV)

Στο δείγμα ΔΚΦ₃ αφενός όλα τα παιδιά παρουσίαζαν κάποια διαταραγή και αφετέρου όλοι επισκέφθηκαν ειδικό (Nολ=148). Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ του κλινικού N=108 με το κοινοτικό δείγμα N=40 και βρέθηκε ότι δεν διέφεραν στις διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» ($t=1,05$, $df=146$, $p<0,295$) και της «παγκοσμιότητας» ($t=0,98$ $df=146$, $p<0,329$) καθώς και στον «τόπο» ($p<0,024$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,01$ διπλής κατεύθυνσης). Δηλαδή, κοινά στοιχεία και ταυτόχρονα πιθανά αίτια της επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας αποτελούν οι διαστάσεις της ελεγχιμότητας, παγκοσμιότητας και οριακά του τόπου. Σημειώνεται ότι εάν αυξηθεί το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σε $p<0,01$, τότε προστίθεται και η διάσταση του «τόπου» ως πιθανό αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό. Υπενθυμίζεται ότι η σύγκριση αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί η ομοιότητα των δύο ομάδων (κλινικής με κοινοτικής ομάδας) και να αποκλειστεί ο παράγοντας της απουσίας διάγνωσης από ειδικό στο κοινοτικό δείγμα. Τέλος, παρόλο που όλες οι περιπτώσεις επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό διέφεραν σημαντικά στις διαστάσεις της σταθερότητας και της γενίκευσης. **Το τελευταίο σημαίνει ότι οι διαστάσεις αυτές ενδέχεται να μην επηρεάζουν άμεσα την απόφαση χρήσης υπηρεσιών υγείας.**

Ο Weiner (1986) κατέδειξε ότι η διάσταση της «σταθερότητας» αφορά πρώτιστα στις προσδοκίες και στις προθέσεις, ενώ ο συνδυασμός των διαστάσεων του «τόπου» και της «ελεγχιμότητας» αφορούν πρώτιστα στις αυτοαντιλήψεις. Αργότερα (Weiner, 1992, 1995) αναφέρθηκε στη δημιουργία συναισθηματικών καταστάσεων στη βάση

των τριών διαστάσεων. Επειδή λοιπόν, οι διάσταση της *σταθερότητας* αφορά πρώτιστα στις προσδοκίες και στις προθέσεις (Weiner, 1986), εύλογο είναι στο συγκεκριμένο δείγμα ($\Delta\text{Κ}\Phi_3$) να παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (κλινικό με κοινοτικό). Οι προσδοκίες των ατόμων είναι διαφορετικές διότι επδρούν διάφοροι παράγοντες (γενετικοί, περιβαλλοντικοί, προσωπικότητας και γενικά στάσεις ζωής) (Bandura, 1986). Επιπλέον, διέφεραν στη διάσταση της *γενίκευσης*, η οποία αφορά στα συμπεράσματα των γονιών και στη διαμόρφωση γενικής εικόνας για τα αίτια στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Η διαφορά αυτή είναι λογικό να παρουσιάζεται λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες αναπτύσσονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιών και παιδιών αλλά και λόγω του «*θεμελιώδους λάθους της απόδοσης των αιτίων*» (απατηλή συνάφεια) σύμφωνα με τους Gilbert & Malone (1995) οι οποίοι μετά από μελέτες έχουν προσδιορίσει τέσσερις αιτίες οι οποίες οδηγούν στο λάθος αυτό: (1) την έλλειψη συνειδητοποίησης των περιστασιακών περιορισμών (2) των μη ρεαλιστικών προσδοκιών για τη συμπεριφορά, (3) των διογκωμένων κατηγοριοποιήσεων της συμπεριφοράς, και (4) των ελλιπών διορθώσεων των συμπερασμάτων βιολογικής προδιάθεσης. Με άλλα λόγια και κυρίως σε πρακτικό επίπεδο το τελευταίο σημαίνει ότι παραβλέπονται κάποιες συμπεριφορές (πιθανό θετικές). Τέλος, από έρευνες (Trope, 1986, Gilbert, Pelham & Krull, 1988) έχει διαπιστωθεί ότι η διαμόρφωση των αποδόσεων σε βιολογική προδιάθεση είναι μια σχετικά γρήγορη, αυθόρμητη διαδικασία που εκτελείται συχνά υποσυνείδητα. Αντίθετα, η εκτίμηση των περιστασιακών πληροφοριών είναι μια δραστηριότητα περισσότερο συνειδητή. Με άλλα λόγια στην περίπτωση του δείγματος αυτού ($\Delta\text{Κ}\Phi_3$) η διαφορά στη διάσταση της *γενίκευσης* είναι λογικό να παρουσιάζεται σε παρόμοιες συνθήκες (παρουσία διαταραχής και επίσκεψη σε ειδικό). Τέλος, οι διαστάσεις της *σταθερότητας* και της *γενίκευσης* σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτού του δείγματος ($\Delta\text{Κ}\Phi_3$) ενδέχεται να μη συνηγορούν στην απόφαση για αναζήτηση βοήθειας ή/ και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας εφόσον στο δείγμα αυτό (μεταξύ κλινικού με κοινοτικό) επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Στο $\Delta\text{Κ}\Phi_2$ (όλα τα παιδιά με κάποια διαταραχή σε κλινικό φάσμα) μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν (N=108) με αυτών που δεν επισκέφθηκαν (N=52) ειδικό **διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις διαστάσεις** που εξετάστηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$. Εάν όμως παρατηρήσουμε τον πίνακα 3.2 θα διαπιστώσουμε ότι οι μέσοι όροι για όλες τις μεταβλητές μεταξύ των δύο ομάδων μας δείχνουν πως

οι γονείς που επισκέφθηκαν ειδικό για τη συμπεριφορά του παιδιού τους πιστεύουν πως τα αίτια της οφείλονται περισσότερο στο παιδί τους (εσωτερικά), πως τα προβλήματά του μάλλον θα απασχολούν συνέχεια (σταθερότητα), ότι δεν μπορεί να τα ελέγχει (ελεγχιμότητα), ότι σχετίζονται περισσότερο με το παιδί τους παρά με κάτι κοινό στα περισσότερα παιδιά της ηλικίας του (παγκοσμιότητα) και τέλος θα επηρεάζε περισσότερους τομείς της ζωής και όχι κάποιο συγκεκριμένο (γενικό στη ζωή του). Άρα, όλοι οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό. Εάν όμως στο ίδιο δείγμα (ΔΚΦ₂) αυξηθεί το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σε $p < 0,01$ (διπλής κατεύθυνσης), τότε μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό (N=108) με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν (N=52) φαίνεται ότι διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις μεταβλητές σύμφωνα με τον πίνακα 3.27 εκτός από τον «τόπο» (Μ.Ο.=2,8 γι' αυτούς που επισκέφθηκαν ειδικό και Μ.Ο.=1,9 γι' αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό, $p < 0,022$) και μάλιστα με διαφορά 0,9 βαθμούς στους μέσους όρους σε πενταβάθμια κλίμακα, που σημαίνει ότι η ομάδα που επισκέφθηκε ειδικό θεώρησε περισσότερο ότι η συμπεριφορά που απασχολεί τους γονείς οφείλεται στο παιδί τους (εσωτερικά αίτια) σε αντίθεση με την ομάδα που δεν επισκέφθηκε ειδικό διότι θεώρησε πως η συμπεριφορά που τους απασχολεί οφείλεται σε κάτι παροδικό (εξωτερικά αίτια), άρα δεν χρειάζεται τη βοήθεια ειδικού. Αυτό σημαίνει ότι το αίτιο της αναζήτησης βοήθειας από ειδικό, εξαρτάται μάλλον από τις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχιμότητας, της παγκοσμιότητας και της γενίκευσης στη ζωή του παιδιού, εκτός δηλαδή από τη διάσταση του «τόπου».

Σημειώνεται ότι το τελευταίο συμπέρασμα για το ΔΚΦ₂ ισχύει εφόσον γίνει επιλογή αυστηρότερου επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0,01$ διπλής κατεύθυνσης).

Επίσης, στο ΔΚΦ₇ (**ΚΑΝΕΙΣ ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΕ ΕΙΔΙΚΟ**) στη σύγκριση μεταξύ αυτών που τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία και δεν επισκέφθηκαν ειδικό (N=52), με αυτών που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή (N=214, δείγμα ομάδας ελέγχου) όπου και αυτοί δεν επισκέφθηκαν ειδικό διαπιστώθηκαν τα εξής : για τη διάσταση της ελεγχιμότητας με Μ.Ο.=2,2 για την πρώτη ομάδα και με Μ.Ο.=1,8 για τη δεύτερη ομάδα είχαν διαφορά 0,4 βαθμοί σε πενταβάθμια κλίμακα. Η διαφορά αυτή είναι **στατιστικά ασήμαντη** ($p < 0,027$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ διπλής κατεύθυνσης. Δηλαδή, παρόλο που η πρώτη ομάδα (παρουσία κάποιας διαταραχής) θεωρεί ότι τα παιδιά τους μπορούν να ελέγχουν λιγότερο τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τα παιδιά

της δεύτερης ομάδας (απουσία κάποιας διαταραχής) η διαφορά αυτή θεωρείται παρόμοια όπως και στα παιδιά που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή. Αυτό σημαίνει ότι η πρώτη ομάδα είτε δεν αντιλήφθηκε το ενδεχόμενο κάποιας διαταραχής είτε το αντιλήφθηκε και δεν το αποδέχεται. **Το αποτέλεσμα αυτό (ασήμαντη διαφορά για τη διάσταση της ελεγχιμότητας) επισημαίνει και πάλι τη σημαντικότητα της διάστασης της ελεγχιμότητας σύμφωνα με τα αποτελέσματα στα προηγούμενα δείγματα (ΔΚΦ₂, ΔΚΦ₃) αφενός γιατί στο ΔΚΦ₇ η σύγκριση έγινε μεταξύ της παρουσίας με απουσία κάποιας διαταραχής και όχι ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (ΚΑΝΕΙΣ ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΕ ΕΙΔΙΚΟ) διότι παρόλο που διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά τουλάχιστον στη διάσταση του «τόπου» (είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει κάποια διαταραχή) εντούτοις στο ΔΚΦ₇ δεν αναζητήθηκε βοήθεια. Βέβαια η δεύτερη ομάδα (ομάδα ελέγχου, απουσία διαταραχής) θεωρητικά τουλάχιστον αναμένεται να μην αναζητήσει βοήθεια επειδή δεν υπάρχει πραγματικός λόγος, ο οποίος και πάλι θεωρητικά υπάρχει στην πρώτη ομάδα. Γιατί λοιπόν, η πρώτη ομάδα (παρουσία κάποιας διαταραχής) δεν αναζήτησε βοήθεια από ειδικό; Μήπως η απόφαση για αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται και με κάποιον άλλο παράγοντα; Σημειώνεται ότι για τις άλλες διαστάσεις (τόπος, σταθερότητα, παγκοσμιότητα και γενίκευση στη ζωή του παιδιού) η διαφορά των μέσων όρων αυτών είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ (διπλής κατεύθυνσης), ενώ είναι ασήμαντη για τη διάσταση της ελεγχιμότητας. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως εξής: Οι γονείς της πρώτης ομάδας (παρουσία κάποιας διαταραχής στα παιδιά τους) έχουν τις ίδιες απόψεις με τους γονείς της ομάδας ελέγχου (απουσία κάποιας διαταραχής) για τη διάσταση της ελεγχιμότητας, δηλαδή, ότι τα παιδιά τους μπορούν να ελέγξουν τις δυσκολίες τους, όπως και στο δείγμα της ομάδας ελέγχου όπου τα παιδιά αυτά δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή. Άρα, οι γονείς των παιδιών με κάποια διαταραχή (πρώτη ομάδα) πιθανότατα δεν έχουν αντιληφθεί ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους ενδέχεται να μη μπορεί να ελέγχεται από τα ίδια, οπότε «λογικά» κρίνουν πως δε χρειάζονται τη βοήθεια ειδικού γιατί με τους συνήθεις τρόπους (π.χ. τιμωρίες) θα ξεπεραστούν. Άρα, η διάσταση της «ελεγχιμότητας» είναι πολύ πιθανό να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ο οποίος ενδέχεται να οδηγήσει τους γονείς στην αναζήτηση ή/ και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Το τελευταίο ερμηνεύεται σύμφωνα με τους Gilbert & Malone (1995) οι οποίοι έχουν μελετήσει προσεκτικά το θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτίων (απατηλή συνάφεια) το**

οποίο υποστηρίζουμε πως ισχύει τουλάχιστον για τη διάσταση της ελεγχιμότητας στο δείγμα αυτό (ΔΚΦ7). Συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερευνητές έχουν προσδιορίσει τέσσερις αιτίες οι οποίες οδηγούν στο λάθος αυτό: (1) την έλλειψη συνειδητοποίησης των περιστασιακών περιορισμών (2) των μη ρεαλιστικών προσδοκιών για τη συμπεριφορά, (3) των διογκωμένων κατηγοριοποιήσεων της συμπεριφοράς, και (4) των ελλείπων διορθώσεων των συμπερασμάτων βιολογικής προδιάθεσης. Με άλλα λόγια και κυρίως σε πρακτικό επίπεδο το τελευταίο σημαίνει ότι παραβλέπονται κάποιες συμπεριφορές (πιθανό θετικές).

Αυστηρώς όμως όπως γνωρίζουμε και από τη βιβλιογραφία (π.χ., Dix, 1993· Goodnow, 1988· Johnston, 1996) τα προβλήματα της συμπεριφοράς λόγω της παρουσίας κάποιας διαταραχής συνήθως αυξάνονται σε αριθμό και διογκώνονται. Τότε είναι πιθανό κάποια στιγμή της πορείας αυτής να αναζητήσουν τη συνδρομή ειδικού (Ford et. al.).

Στο ΔΚΦ₁ (όλα τα παιδιά με διαταραχή σε κλινικό φάσμα) μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό για τις δυσκολίες συμπεριφοράς των παιδιών διαπιστώνεται ότι δεν διαφέρουν σημαντικά (στατιστικά ασήμαντο $p=.078$) στη διάσταση του «τόπου» ενώ διαφέρουν σημαντικά ($p<.01$) στις υπόλοιπες διαστάσεις. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και εάν έχουν προσδιορίσει ότι οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους οφείλεται μάλλον στα ίδια τα παιδιά τους κάποιοι γονείς αναζητούν βοήθεια και κάποιοι άλλοι δεν αναζητούν. Άρα, η διάσταση του τόπου μάλλον δεν αποτελεί κατάλληλη συνθήκη η οποία αφενός να πληροί τα κριτήρια των γονιών τα οποία να τους οδηγήσουν σε τελικό συμπέρασμα για τις δυσκολίες των παιδιών τους και αφετέρου να αποφασίσουν την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό. Επειδή όμως διαφέρουν σε όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις (της *σταθερότητας*, της *ελεγχιμότητας*, της *παιγνομιάτητας* και της *γενίκευσης* στη ζωή του παιδιού), ενδέχεται αυτές να αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας σε συνδυασμό είτε μεταξύ τους είτε και με τη διάσταση του τόπου.

Επιπλέον, η διάσταση του τόπου όπως και στο δείγμα ΔΚΦ₂ φαίνεται ότι μάλλον δεν καθορίζει την επίσκεψη σε ειδικό αλλά είναι ένας παράγοντας ο οποίος απασχολεί πιθανότατα στην αρχή του προβληματισμού των γονιών για την αιτιολογία της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Weiner (1992, 1995, 2000) ο συνδυασμός των διαστάσεων του τόπου και της ελεγχιμότητας καθορίζει και τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών με ανάλογα συναισθήματα. Δηλαδή, εάν οι γονείς θεωρήσουν ότι τα αίτια

της κακής συμπεριφοράς των παιδιών τους είναι εσωτερικά και ελέγξιμα τότε τα συναισθήματά τους είναι κυρίως ο θυμός και η ντροπή. Εάν όμως θεωρήσουν ότι τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς είναι εσωτερικά και δεν είναι δυνατόν να ελέγχονται από το παιδί νιώθουν οίκτο και συμπόνοια.

Πρέπει να επισημάνουμε ότι το ΔΚΦ₁ είναι ένα δείγμα «μικτό» το οποίο ελήφθη με βάση την παρουσία διαταραχής (από το κλινικό και το κοινοτικό δείγμα). Το γεγονός αυτό ενισχύει περισσότερο την άποψη ότι η διάσταση του «τόπου» είναι παρούσα ανεξάρτητα με την επίσκεψη σε ειδικό αλλά ανάλογη με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής και ότι η διαδικασία των μηχανισμών αυτών και της εξελικτικής της πορείας ενδέχεται να βρίσκεται στην έναρξή της. Δηλαδή, να προηγείται των άλλων διαστάσεων και συγκρίσεων που ενδεχομένως να κάνουν οι γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Στη βάση των παραπάνω αλλά και από άλλες έρευνες (π.χ. Dix, 1991) έχει διαπιστωθεί η επιγενετική διαδικασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ γονιών και των παιδιών τους σε τομείς όπως η ανάπτυξη της κακής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας καθώς και τη δυσμενή έκβαση στη συμπεριφορά των παιδιών (π.χ., Dix, 1993, Goodnow, 1988, Johnston, 1996). Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα (Johnston & Ohan, 2005) φάνηκε ότι οι γονικές αποδόσεις των αιτίων σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ, Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και γενικά διαταραχές στη συμπεριφορά είχαν ουσιαστικές επιπτώσεις στη διαδικασία της κατανόησης και της αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών από τους γονείς καθώς λειτούργησαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της έκβασης της συμπεριφοράς γονιών και παιδιών από την αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Γενικά για την ανάπτυξη των διαταραχών τίθεται το πρόβλημα της συννοσηρότητας (δηλαδή παρουσία περισσότερων από μία διαταραχή στο ίδιο άτομο) σε σχέση με το περιβάλλον ή/ και της γενετικής αιτιολογίας (Goldsmith, Gottesman, & Lemery, 1997) στη βάση της οποίας εξετάζεται η ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών (επιγενετική διαδικασία δηλαδή «**τι μπορεί να οδηγήσει σε τι**»). Παραδείγματος χάριν, οι Baden και Howe (1992), Dix και Lochman (1990), και ο Strassberg (1995) διαπίστωσαν ότι οι μητέρες των παιδιών με εξωτερικευση των προβλημάτων όπως η επιθετική συμπεριφορά έκαναν τις πιο αρνητικές αποδόσεις για την κακή συμπεριφορά (misbehavior) των παιδιών σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών χωρίς προβλήματα στη συμπεριφορά. Και σε κλινικά αλλά και σε κοινοτικά δείγματα, οι αποδόσεις γονέων για τη συμπεριφορά των παιδιών συσχετίζονται με τις ε-

κβάσεις στη συμπεριφορά των παιδιών (Joiner & Wanger, 1996). Άλλωστε η διερεύνηση της απόδοσης των αιτίων της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους βοηθά στις προσπάθειες να γίνουν κατανοητές οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών (Johnston, et., al., 1998). Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι σε δείγμα μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και δυσκολίες στη συμπεριφορά (Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής) αλλά και μητέρων παιδιών χωρίς καμία διαταραχή, χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια ψυχομετρικά εργαλεία με την παρούσα εργασία προκειμένου να προσδιοριστούν οι διαταραχές αυτές (ADHD Rating Scale και CBCL). Μεταξύ άλλων διερευνήθηκε η απόδοση των αιτίων της συμπεριφοράς των παιδιών σε σχέση με γονείς παιδιών χωρίς διαταραχές με τη μέθοδο των ανοιχτών ερωτήσεων για τις τρεις διαστάσεις του Weiner (*τόπος, ελεγχιμότητα και σταθερότητα*). Διαπιστώθηκε ότι οι γονείς απέδιδαν τις θετικές συμπεριφορές ως εσωτερικές ελέγξιμες και σταθερές ενώ στα παιδιά με κακές συμπεριφορές άλλοτε αποδίδονταν ως εσωτερικές, ελέγξιμες και σταθερές και άλλοτε ως εσωτερικές, ανεξέλεγκτες και σταθερές. **Δηλαδή, ο παράγοντας ο οποίος δεν προσδιορίζεται σαφώς από τους γονείς για τα παιδιά τους είναι η διάσταση της ελεγχιμότητας.** Σε επισήμανση των ίδιων ερευνητών διατυπώθηκε η προσοχή σε μελλοντικές έρευνες όπου μεταξύ άλλων θα έπρεπε να λαμβάνεται υπόψη ότι οι απαντήσεις των γονιών ενδέχεται να επηρεάζονται από αντιλήψεις της εποχής και να δίδονται κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις είτε σε ερωτηματολόγια είτε σε συνεντεύξεις. **Στην παρούσα έρευνα αφενός χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των πρόσφατων γεγονότων (παρόμοια με τη μέθοδο in vitro) και αφορούσε αποκλειστικά στα δικά τους παιδιά και αφετέρου στο κλινικό δείγμα είχε αποφασιστεί ήδη από τους γονείς η επίσκεψη σε ειδικό για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους και πιθανότατα δεν υπήρχε λόγος να δοθούν κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις.** Τέλος, στο κοινοτικό δείγμα η έρευνα ήταν ανώνυμη, αφορούσε στα δικά τους παιδιά και όχι σε κάποια παιδιά που δεν ήταν δικά τους και που πιθανό θα έβλεπαν τη συμπεριφορά τους σε βίντεο δίχως να έχουν άμεση εμπειρία όπως στην καθημερινή συμβίωση με τα δικά τους παιδιά.

Για λόγους επιβεβαίωσης των παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε το δείγμα ΔΚΦ₃ το οποίο είχε δύο χαρακτηριστικά. ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό και όλα τα παιδιά είχαν ΔΕΠ-Υ με ή όχι και κάποια άλλη διαταραχή. Η σύγκριση έγινε μεταξύ κλινικού δείγματος με το κοινοτικό και διαπιστώθηκε ότι αφενός δεν διαφέρουν σε τρεις τουλάχιστον διαστάσεις τον *τόπο*, την *ελεγχιμότητα* και την *παγκοσμιότητα*. Διέφεραν όμως στη διάσταση της *σταθερότητας* και της *γενίκευσης* όπου έχει ερμηνευθεί παραπάνω

και αφορά κυρίως σε παράγοντες προσδοκιών και συνθηκών όπως χειρισμοί γονιών και άλλες κοινωνικές καταστάσεις.

Στα δείγματα ΔΚΦ₄, ΔΚΦ₅ και ΔΚΦ₈ έγιναν ουσιαστικά συγκρίσεις μεταξύ κλινικών δειγμάτων με την ομάδα ελέγχου ως εξής:

ΔΚΦ₄: μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό για τις δυσκολίες συμπεριφοράς των παιδιών τους (ταυτόχρονα μεταξύ κλινικού δείγματος σε κλινικό φάσμα (N=108) με την ομάδα ελέγχου (N=214)) διαπιστώνεται ότι διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις διαστάσεις και ως εκ τούτου αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.

ΔΚΦ₅: μεταξύ κλινικού φάσματος από το κοινοτικό δείγμα (N=92) ανεξάρτητα από την επίσκεψη σε ειδικό με την ομάδα ελέγχου (N=214) διαπιστώνεται ότι διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις διαστάσεις και ως εκ τούτου αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.

ΔΚΦ₈: μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό για τις δυσκολίες συμπεριφοράς των παιδιών τους (ταυτόχρονα μεταξύ κλινικού φάσματος που επισκέφθηκε ειδικό στο κοινοτικό δείγμα (N=40) με την ομάδα ελέγχου (N=214) η οποία δεν επισκέφθηκε ειδικό) διαπιστώνεται ότι διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις διαστάσεις και ως εκ τούτου αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της «σύνωσης των αποτελεσμάτων των μέσων όρων» για τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις των δειγμάτων αυτών (ΔΚΦ₄, ΔΚΦ₅, ΔΚΦ₈) οι διαστάσεις αυτές αφορούν γενικά «δυσμενώς» στο ίδιο το παιδί παρουσία κάποιας διαταραχής η οποία ενδεχομένως να μην έχει γίνει αντιληπτή από γονείς ή/ και εκπαιδευτικούς.

Λξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στο ΔΚΦ₆ (το οποίο προέρχεται από το κοινοτικό δείγμα, όλα τα παιδιά με κάποια διαταραχή) μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν (N=40) με αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό (N=52) για τις δυσκολίες συμπεριφοράς των παιδιών διαφέρουν σημαντικά στη διάσταση της «*παγκοσμιότητας*» και οριακά στη διάσταση της «*ελεγχιμότητας*» ($p < 0,069$ επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$). Αυτό σημαίνει ότι πιθανά αίτια για αυτούς που επισκέφθηκαν τελικά κάποιο ειδικό αποτελούν οι παραπάνω διαστάσεις διότι από τους μέσους όρους των δειγμάτων διαπιστώνεται (πίνακας 3.6) πως αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό θεωρούσαν πως το παιδί τους αφενός μπορούσε να ελέγξει λιγότερο τις δυσκολίες του (Μ.Ο.= 2,7) σε σύγκριση με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό (Μ.Ο.=2,2), αφετέ-

ρου ότι οι δυσκολίες του παιδιού τους μάλλον σχετιζόταν περισσότερο με αυτό (Μ.Ο.=3,2) και δεν ήταν κάτι κοινό στα περισσότερα παιδιά της ηλικίας του όπως πιστεύανε οι γονείς οι οποίοι δεν επισκέφθηκαν (Μ.Ο.=2,2).

Συμπερασματικά όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα και σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών θα μπορούσε να ειπωθεί ότι κοινός παράγοντας μεταξύ των δειγμάτων οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό για τις δυσκολίες των παιδιών είναι οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «παγκοσμιότητας». Δηλαδή, όταν οι γονείς θεωρούν πως όσο λιγότερο το παιδί τους μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του και όσο περισσότερο αυτή η συμπεριφορά οφείλεται σε κάτι που σχετίζεται μ' αυτό, τότε είναι περισσότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικό. Το αντίθετο, δηλαδή να μην αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικού, είναι πολύ πιθανό να συμβεί όταν θεωρήσουν ότι το παιδί τους μπορεί να ελέγχει τη συμπεριφορά του και ότι αυτή είναι παρόμοια με αυτή των περισσότερων παιδιών της ηλικίας τους. Λόγω όμως, της οριακής στατιστικής κρίσης (ανάλογα με το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί στα συμπεράσματα αυτά.

Πίνακας 3.29. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ανάλογα με το δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV

	Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό
ΔΚΦ ₁	(διέφεραν σημαντικά) Σταθερότητα, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΦ ₂	(διέφεραν σημαντικά) Σταθερότητα, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΦ ₃	(<u>δεν διέφεραν</u> σημαντικά, ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) Τόπος, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u>
ΔΚΦ ₄	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΦ ₅	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΦ ₆	(διέφεραν σημαντικά) <u>Ελεγχιμότητα</u> (οριακά ασήμαντο σε $p<0,05$), <u>παγκοσμιότητα</u>
ΔΚΦ ₇	(<u>δεν διέφεραν</u> σημαντικά, ΟΛΟΙ ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> (οριακά 0,015)
ΔΚΦ ₈	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, <u>ελεγχιμότητα</u> , <u>παγκοσμιότητα</u> , γενίκευση στη ζωή

Τέλος, διαπιστώνεται ότι στα δείγματα ΔΚΦ₁, ΔΚΦ₂, ΔΚΦ₃, και ΔΚΦ₆ (όλα τα δείγματα με κάποια διαταραχή) η διάσταση του τόπου αφενός ΔΕΝ ΔΙΑΦΕΡΕΙ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ αφετέρου είτε επισκέφθηκαν ειδικό είτε όχι αποδίδεται σε εσωτερικά αίτια, δηλαδή, οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών αφορούν στα ίδια τα παιδιά και όχι σε εξωγενείς παράγοντες και περιστασιακές καταστάσεις σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών. Ακόμη, στα δείγματα ΔΚΦ₄, ΔΚΦ₅, ΔΚΦ₇ και ΔΚΦ₈ διαπιστώνεται σημαντική διαφορά στη διάσταση του *τόπου* και είναι «λογικό» διότι η σύγκριση έγινε μεταξύ παρουσίας κάποιας διαταραχής με απουσία κάποιας διαταραχής (ομάδα ελέγχου).

Συμπερασματικά παρουσία κάποιας διαταραχής στα παιδιά, οι γονείς εντοπίζουν ότι οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους αφορά στα ίδια πλην όμως αυτό δεν φαίνεται να είναι αρκετό ώστε να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό.

2^η περίπτωση (κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV)

Στη δεύτερη περίπτωση όταν τα δείγματα επιλέγονται σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα τότε οι κοινοί παράγοντες των πιθανών αιτιών αναζήτησης βοήθειας από ειδικό είναι και πάλι η «ελεγχιμότητα» και η «παγκοσμιότητα» όπως φαίνεται και στον πίνακα 3.34. Η διαφορά σε σχέση με την πρώτη περίπτωση (πίνακας 3.29 σε κλινικό φάσμα) είναι ότι στη δεύτερη περίπτωση εμφανίζονται επιπλέον και οι διαστάσεις του «τόπου» και της «σταθερότητας» εκτός των άλλων παραγόντων στα περισσότερα δείγματα. Αυτό σημαίνει ότι για τις διαστάσεις του «τόπου» και της «σταθερότητας» αυξάνονται οι πιθανότητες να αποτελούν πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας. Άλλωστε, στα δείγματα αυτά εμπεριέχονται και οι περιπτώσεις σε οριακό φάσμα που σημαίνει ότι τα συμπτώματα των διαταραχών στη συμπεριφορά των παιδιών είναι πιο ήπιας μορφής οπότε και περισσότερο ελέγξιμα είτε από τα ίδια τα παιδιά είτε από τους γονείς τους. Τέλος, διαπιστώνεται ακόμη μία σημαντική διαφορά μεταξύ των αντίστοιχων δειγμάτων (ΔΚΦ₆ & ΔΚΟΦ₆) αφενός εμφανίζεται ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας η διάσταση της *σταθερότητας* και αφετέρου «ενισχύεται» η σημαντικότητα της διάστασης της *ελεγχιμότητας* αφού στο ΔΚΦ₆ ήταν σε οριακά επίπεδα ($p < 0.069$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$) ενώ στο ΔΚΟΦ₆ βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($p < 0.001$).

Υπενθυμίζεται ότι στη στατιστική ανάλυση oneway - ANOVA για τους δείκτες στις εναρμονισμένες κλίμακες με το DSM-IV του CBCL (post hoc tests) μεταξύ των ομάδων με ανεξάρτητες μεταβλητές τα φάσματα των δεικτών των ψυχομετρικών ερ-

γαλείων (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό) (Tukey HSD, Scheffé, Bonferroni, Dunnett T3, Dunnett C, Dunnett t (2-sided)) και εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτιών δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος σχεδόν σε όλα τα δείγματα στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκτός από τη διάσταση της σταθερότητας όπου υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος όπως και στην πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Το στοιχείο αυτό επιβεβαιώνει το προηγούμενο αποτέλεσμα περί «ελεγχιμότητας» των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις όπου οι διαταραχές βρίσκονται σε οριακό φάσμα. Άλλωστε, το κλινικό δείγμα αποτελείται από διαγνωσμένες περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ αλλά και στο κοινοτικό με κάποια διαταραχή οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (π.χ. πίνακες 2.6α, 2.6β). Επιπλέον, για την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ενώ και πάλι υπάρχει διαφορά στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Για τη Διαταραχή Διαγωγής συμβαίνει και πάλι το ίδιο, δηλαδή, δεν υπάρχει διαφορά σε όλες τις διαστάσεις και στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Για το ψυχομετρικό εργαλείο Κλίμακα ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή & συν., 2005) παρατηρούνται τα εξής μεταξύ των φασμάτων κλινικό, οριακό και φυσιολογικό:

- δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού με οριακό φάσμα για όλες τις διαστάσεις εκτός από τη διάσταση της ελεγχιμότητας.
- ενώ υπάρχει διαφορά μεταξύ κλινικού ή/ και οριακού με το φυσιολογικό φάσμα για όλες τις διαστάσεις και για την αυτοαποτελεσματικότητα.
- υπάρχει διαφορά μεταξύ των τριών φασμάτων (μεταξύ κλινικού με οριακό φάσμα, μεταξύ οριακού με φυσιολογικό φάσμα και μεταξύ κλινικού με φυσιολογικού φάματος) για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών.

Για εναρμονισμένες κλίμακες με το DSM-IV του CBCL

Πίνακας 3.30 για ΔΕΠ-Υ Robust Tests of Equality of Means

Για ΔΕΠ-Υ		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Weiner Locus εσωτερικά-εξωτερικά	Brown-Forsythe	32,941	2	175,688	,000
Weiner stability σταθερότητα στο χρόνο	Brown-Forsythe	42,779	2	156,483	,000
Weiner controllability ελεγχιμότητα	Brown-Forsythe	24,790	2	164,733	,000
Weiner universality παγκόσμιο	Brown-Forsythe	37,244	2	165,055	,000
Weiner globability γενικά στη ζωή	Brown-Forsythe	35,212	2	152,174	,000
Μέσος όρος Self Efficacy	Brown-Forsythe	48,371	2	150,014	,000

a Asymptotically F distributed.

Πίνακας 3.31. για εναντιωτική προκλητική διαταραχή Robust Tests of Equality of Means

Για Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Weiner Locus εσωτερικά-εξωτερικά	Brown-Forsythe	21,399	2	120,594	,000
Weiner stability σταθερότητα στο χρόνο	Brown-Forsythe	37,217	2	119,105	,000
Weiner controllability ελεγχιμότητα	Brown-Forsythe	14,076	2	115,362	,000
Weiner universality παγκόσμιο	Brown-Forsythe	21,222	2	119,787	,000
Weiner globability γενικά στη ζωή	Brown-Forsythe	42,637	2	119,160	,000
Μέσος όρος Self Efficacy	Brown-Forsythe	79,703	2	110,301	,000

a Asymptotically F distributed.

Πίνακας 3.32. για διαταραχή διαγωγής Robust Tests of Equality of Means

Για Διαταραχή διαγωγής		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Weiner Locus εσωτερικά-εξωτερικά	Brown-Forsythe	6,088	2	96,236	,003
Weiner stability σταθερότητα στο χρόνο	Brown-Forsythe	15,848	2	97,772	,000
Weiner controllability ελεγχιμότητα	Brown-Forsythe	15,047	2	96,187	,000
Weiner universality παγκόσμιο	Brown-Forsythe	19,945	2	102,306	,000
Weiner globability γενικά στη ζωή	Brown-Forsythe	22,650	2	90,594	,000
Μέσος όρος Self Efficacy	Brown-Forsythe	42,970	2	96,887	,000

a Asymptotically F distributed.

Πίνακας 3.33. Για ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την κλίμακα ΔΕΠ-Υ Robust Tests of Equality of Means

		Statistic(a)	df1	df2	Sig.
Weiner Locus εσωτερικά-εξωτερικά	Brown-Forsythe	39,061	2	222,152	,000
Weiner stability σταθερότητα στο χρόνο	Brown-Forsythe	53,330	2	212,769	,000
Weiner controllability ελεγχιμότητα	Brown-Forsythe	42,525	2	234,443	,000
Weiner universality παγκόσμιο	Brown-Forsythe	56,018	2	235,269	,000
Weiner globability γενικά στη ζωή	Brown-Forsythe	43,089	2	214,780	,000
Μέσος όρος Self Efficacy	Brown-Forsythe	62,061	2	211,221	,000

a Asymptotically F distributed.

Πίνακας 3.34. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ανάλογα με το δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul

	Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό
ΔΚΟΦ ₁	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΟΦ ₂	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΟΦ ₃	(<u>δεν διέφεραν</u> σημαντικά, ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) Τόπος(οριακό $p < 0,019$), ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα
ΔΚΟΦ ₄	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΟΦ ₅	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα , γενίκευση στη ζωή
ΔΚΟΦ ₆	(διέφεραν σημαντικά) Σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα
ΔΚΟΦ ₇	(<u>δεν διέφεραν</u> σημαντικά, ΟΛΟΙ ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) Σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα
ΔΚΟΦ ₈	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα , γενίκευση στη ζωή

Στα δείγματα ΔΚΟΦ₁ και ΔΚΟΦ₂ σε όλες τις διαστάσεις η διαφορά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό διαφέρουν στατιστικά σημαντικά. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο και σύμφωνο με τις υποθέσεις μας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα δείγματα ΔΚΟΦ₄ (μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με την ομάδα ελέγχου, ταυτόχρονα με αυτούς που επισκέφθηκαν ειδικό με την ομάδα που δεν επισκέφθηκε), ΔΚΟΦ₅ (μεταξύ κοινοτικού δείγματος σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα με την ομάδα ελέγχου) και ΔΚΟΦ₈ (μεταξύ κοινοτικού

δείγματος με κάποια διαταραχή σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα η οποία επισκέφθηκε με την ομάδα ελέγχου).

Στο ΔΚΟΦ₃ (ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό, όλες οι περιπτώσεις με κάποια διαταραχή) πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ του κλινικού δείγματος με το κοινοτικό και διαπιστώθηκε ότι δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στις διαστάσεις της ελεγχιμότητας και της παγκοσμιότητας και οριακή στατιστική σημαντική διαφορά στη διάσταση του τόπου. Δηλαδή, ακόμη και αν όλοι επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό διαφέρουν στις διαστάσεις της σταθερότητας και της γενίκευσης. Για τη διάσταση της σταθερότητας έχουμε αναφερθεί πως αφορά πρώτιστα στις προσδοκίες και στις προθέσεις των ατόμων. Η διαφορά στη διάσταση της γενίκευσης ερμηνεύεται ανάλογα με τις συνθήκες και τον βαθμό έντασης των συμπτωμάτων (υψηλός, μέτριος και ήπιος) των διαταραχών.

Στο ΔΚΟΦ₇ (ΚΑΝΕΙΣ ΔΕΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΕ ΕΙΔΙΚΟ) έγινε σύγκριση μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με την ομάδα ελέγχου (απουσία διαταραχής). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε τρεις διαστάσεις. Τη σταθερότητα, την ελεγχιμότητα και την παγκοσμιότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς και των δύο ομάδων θεωρούν πως οι συμπεριφορές των παιδιών τους παρουσιάζονται λιγότερο συχνά ότι είναι ελέγξιμες από τα ίδια και τέλος είναι παρόμοιες συμπεριφορές με αυτές των συνομήλικών τους. Διαφέρουν όμως στατιστικά σημαντικά στις διαστάσεις του τόπου και της γενίκευσης. Συγκεκριμένα, οι γονείς της ομάδας των παιδιών που παρουσιάζει κάποια διαταραχή θεωρούν περισσότερο πως τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών αφορούν στα ίδια (εσωτερικά) ενώ οι γονείς της ομάδας ελέγχου θεωρούν πως πρόκειται για εξωγενείς και περιστασιακούς παράγοντες (εξωτερικά αίτια). Επιπλέον, οι γονείς της ομάδας παιδιών με κάποια διαταραχή θεωρούν πως είναι συμπεριφορές που αφορούν γενικά σε όλους τους τομείς της ζωής των παιδιών τους σε αντίθεση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου οι οποίοι θεωρούν πως αφορά μόνο σε κάποιους τομείς της ζωής του παιδιού τους. Σύμφωνα με τον Weiner (1992, 1995, 2000) ο συνδυασμός των διαστάσεων του τόπου και της ελεγχιμότητας καθορίζει και τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών με ανάλογα συναισθήματα. Δηλαδή, εάν οι γονείς θεωρήσουν ότι τα αίτια είναι εσωτερικά και ελέγξιμα τότε τα συναισθήματά τους είναι κυρίως ο θυμός και η ντροπή. Εάν όμως θεωρήσουν ότι τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς είναι εσωτερικά και δεν είναι δυνατόν να ελέγχονται από το παιδί νιώθουν οίκτο και συμπόνια και κατά συνέπεια ενδέχεται να προβούν σε ενέργειες προκειμένου

να βοηθήσουν το παιδί τους. Σε αυτή τη φάση είναι πολύ πιθανό να ζητήσουν τη συνδρομή ειδικού. Γιατί όμως στο συγκεκριμένο δείγμα δεν το έκαναν; Διότι όπως γνωρίζουμε πολύ καλά η παρουσία κάποιας διαταραχής οδηγεί σχεδόν κατά κανόνα σε μειωμένο βαθμό ελέγχου των δυσκολιών που προκαλεί στα παιδιά (συνήθως δεν ελέγχεται από το παιδί). Δυστυχώς όμως όπως παρατηρείται στο δείγμα αυτό οι γονείς των συγκεκριμένων παιδιών θεωρούν πως οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους είναι ελέγξιμες από τα ίδια διαπράττοντας είτε το θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτίων (Gilbert & Malone, 1995) είτε δεν αποδέχονται τις δυσκολίες αυτές. Τέλος, η στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση της γενίκευσης μας πληροφορεί πως οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών μάλλον γίνονται αντιληπτές από τους γονείς σε αντίθεση με τις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχιμότητας και της παγκοσμιότητας οι οποίες μάλλον δεν γίνονται άμεσα αντιληπτές από τους γονείς των παιδιών και μακροπρόθεσμα ενδέχεται να οδηγήσουν σε διόγκωση των προβλημάτων που δημιουργεί η διαταραχή.

Στο ΔΚΟΦ₆ έγινε σύγκριση μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό με τις περιπτώσεις που δεν επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό (όλες οι περιπτώσεις παρουσίαζαν κάποια διαταραχή). Διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχιμότητας και της παγκοσμιότητας. Συγκεκριμένα οι γονείς που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό ώστε να βοηθήσουν το παιδί τους θεωρούσαν πως τα αίτια συμπεριφοράς αφορούσαν περισσότερο στο παιδί τους, ότι το παιδί τους μάλλον δεν είχε τον έλεγχο της συμπεριφοράς του και ότι διέφερε από τη συμπεριφορά των συνομηλικών του. Το αντίθετο διαπιστώθηκε από τους γονείς οι οποίοι δεν επισκέφθηκαν ειδικό για τις παραπάνω διαστάσεις. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στις διαστάσεις του τόπου και της γενίκευσης όπως και στο ΔΚΟΦ₇ με τη διαφορά όμως πως στο ΔΚΟΦ₆ όλα τα παιδιά παρουσιάζουν κάποια διαταραχή. Άρα, μάλλον ο τόπος και η γενίκευση είναι διαστάσεις οι οποίες αφενός δεν αποτελούν πιθανά αίτια αφετέρου είναι συγκρίσεις που πιθανότατα γίνονται αρχικά στις σκέψεις των γονιών αλλά ενδέχεται να επηρεάζουν τις άλλες διαστάσεις με έμμεσο τρόπο. Με άλλα λόγια οι γονείς και των δύο ομάδων (αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό και αυτοί που δεν επισκέφθηκαν) θεωρούν ότι αφενός πρόκειται για προβλήματα που αφορούν στο παιδί τους (εσωτερικά) και σε όλους τους τομείς (γενίκευση) αφετέρου διαφέρουν με τους γονείς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό διότι οι τελευταίοι πιθανολογούν πως τα προβλήματα αυτά δεν είναι σταθερά, διαφέρουν βέβαια από τη συμπεριφορά των συνομηλικών και κυρίως

στον έλεγχο της συμπεριφοράς γιατί πιστεύουν ότι μάλλον αυτά μπορούν να ελεγχθούν και απλά τα παιδιά τους μπορεί να είναι είτε κακομαθημένα, είτε δεν θέλουν κ.ο.κ. (θεμελιώδες σφάλμα της απόδοσης των αιτιών, Gilbert & Malone, 1995).

3^η περίπτωση (κλινικό δείγμα και κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα βάσει ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV)

Στην 3^η περίπτωση συμπεριλαμβάνεται όλο το κλινικό δείγμα διότι ανεξάρτητα με τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό και τελικά τα παιδιά εκτός από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα σύμφωνα με τη διάγνωση του ειδικού είχαν και κάποια άλλη διαταραχή σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία. Υπενθυμίζεται ότι η επιλογή περιπτώσεων από το κοινοτικό δείγμα (σε κλινικό φάσμα) έγινε με βάση τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV.

Διαπιστώθηκε ότι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ διπλής κατεύθυνσης, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε όλες τις διαστάσεις (τόπος, σταθερότητα, ελεγχσιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση) στα δείγματα ΔΚΚΚΦ_{1β}, ΔΚΚΚΦ₂, ΔΚΚΚΦ₄, δηλαδή εκτός από το ΔΚΚΚΦ₃, και ως εκ τούτου ενδέχεται να αποτελούν αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.

Το πιο σημαντικό δείγμα της περίπτωσης αυτής (3^η) ίσως είναι το ΔΚΚΚΦ₃, επειδή αφενός ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικά και αφετέρου όλα τα παιδιά παρουσίαζαν κάποια διαταραχή σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3.35). Όπως προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ του κλινικού δείγματος με αυτό του κοινοτικού (και στα δύο δείγματα τα παιδιά παρουσιάζουν διαταραχή) η πιθανότητα να διαφέρουν στις διαστάσεις της «ελεγχσιμότητας» και της «παγκοσμιότητας» είναι πρακτικά αδύνατη, διότι η τιμή για κάθε μία από τις δύο διαστάσεις αφενός δεν βρίσκεται μεταξύ οριακών στατιστικών επιπέδων σημαντικότητας (δηλαδή είτε $p < 0,05$ είτε $p < 0,01$) και αφετέρου είναι τόσο υψηλή (ελεγχσιμότητα $p < 0,813$ & παγκοσμιότητα $p < 0,567$) που αποκλείει σχεδόν κάθε πιθανότητα να διαφέρουν μεταξύ τους. Οπότε, κοινό στοιχείο της σύγκρισης και ταυτόχρονα πιθανό αίτιο επίσκεψης σε ειδικό ενδέχεται να είναι οι διαστάσεις της «ελεγχσιμότητας» και της «παγκο-

σμιότητας», όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις (1^η και 2^η). Τέλος, σημειώνεται ότι για τη διάσταση της «σταθερότητας» η στατιστική σημαντικότητα $p < 0,03$ είναι ασήμαντη σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ ενώ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$ είναι στατιστικά σημαντική διαφορά. Επειδή, λοιπόν είναι σε οριακά σημεία θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί. Στο δείγμα αυτό παρατηρείται διαφορά στις διαστάσεις του «τόπου» και της «γενίκευσης» παρόλο που όλοι επισκέφθηκαν ειδικό σε αντίθεση με «αμυγώς» κλινικά δείγματα όπου ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής και ανεξάρτητα από την επίσκεψη ή όχι σε κάποιο ειδικό δεν διέφεραν στη διάσταση του τόπου. Το τελευταίο μπορεί να ερμηνευτεί σύμφωνα με τη δυναμική εξέλιξη της απόδοσης των αιτίων στη βάση της αναπτυξιακής προσέγγισης της εμφάνισης και άλλων προβλημάτων (π.χ. Dix et. al., 1989). Με άλλα λόγια μία πιθανή ερμηνεία (λαμβάνοντας υπόψη το χαρακτηριστικό του δείγματος όπου όλοι έχουν επισκεφθεί κάποιο ειδικό) πως έχουν φτάσει σε αδιέξοδο και πιθανό αναθεωρούνται οι αρχικές τους εκτιμήσεις για τη διάσταση του τόπου δηλαδή, ότι είναι εσωτερικά και απλά τα παιδιά τους δεν «θέλουν» να συμμορφωθούν αλλά ταυτόχρονα με τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά εργαλεία, φαίνεται ότι αυτό ισχύει μόνο για τις περιπτώσεις που τα παιδιά αυτά εντάσσονται σε κλινικό φάσμα τουλάχιστον για το κοινοτικό δείγμα. Άλλωστε η σύγκριση γίνεται μεταξύ κλινικού δείγματος με το κοινοτικό που επισκέφθηκε ειδικό και είναι ακόμη μία διαπίστωση της προσοχής που πρέπει να δίνεται στα κοινοτικά δείγματα, διότι όπως φαίνεται από τη μελέτη του κλινικού δείγματος μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν διαταραχή με αυτούς που δεν παρουσιάζουν (σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία) δεν διαφέρουν στη διάσταση του τόπου.

Πίνακας 3.35. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό βάσει κλινικού δείγματος σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού και κοινοτικού δείγματος σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul

	Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό
ΔΚΚΚΦ _{1β}	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση
ΔΚΚΚΦ ₂	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση
ΔΚΚΚΦ ₃	(δεν διέφεραν σημαντικά, ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) Σταθερότητα ($p < 0,030$ δηλαδή οριακά), ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα.

ΔΚΚΚΦ₄(διέφεραν σημαντικά)
Τόπος, σταθερότητα, ελεξιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση

Στην τελευταία περίπτωση επίλογής δειγμάτων (4^η περίπτωση) μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικού, φαίνεται ότι και πάλι σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα (πίνακα 3.36 του κλινικού δείγματος με κοινοτικό σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα) παρατηρείται σχεδόν το ίδιο με την 3^η περίπτωση. Η μόνη διαφορά βρίσκεται και πάλι στο «αντίστοιχο» δείγμα ΔΚΚΚΟΦ₃ και πάλι στη διάσταση της «σταθερότητας» η οποία αυτή τη φορά σε κάθε περίπτωση δεν αμφισβητείται η σημαντικότητα της διαφοράς ($p < 0,000$). Τέλος, και πάλι στο ίδιο δείγμα διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στη διάσταση του τόπου και της γενίκευσης παρόλο που ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό.

Πίνακας 3.36. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό βάσει κλινικού δείγματος σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού και κοινοτικού δείγματος σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul

	Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό
ΔΚΚΚΟΦ ₁	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεξιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση
ΔΚΚΚΟΦ ₂	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεξιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση
ΔΚΚΚΟΦ ₃	(δεν διέφεραν σημαντικά, ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) ελεξιμότητα, παγκοσμιότητα
ΔΚΚΚΟΦ ₄	(διέφεραν σημαντικά) Τόπος, σταθερότητα, ελεξιμότητα, παγκοσμιότητα, γενίκευση

Τελικό συμπέρασμα από τη μελέτη και των τεσσάρων περιπτώσεων με τη μέθοδο της «εις άτοπον απαγωγή» ή «δια αποκλεισμού» όπως και στη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, διαπιστώνεται ότι μάλλον οι διαστάσεις του τόπου και της γενίκευσης δεν δημιουργούν άμεσα τις συνθήκες ώστε να θεωρούνται πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό, διότι ανεξάρτητα από την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι διαφέρουν σημαντικά, ενώ δεν διαφέρουν σε περιπτώσεις παρουσία κάποιας διαταραχής (ΔΚΦ1, ΔΚΦ2).

Ενδιαφέρον επίσης, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα όταν στο κλινικό δείγμα συγκριθεί η ομάδα με την παρουσία κάποιας διαταραχής σε κλινικό φάσμα με αυτή που δεν παρουσιάζει κάποια διαταραχή, σύμφωνα με τα ψυχομετρικά ερ-

γαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV. Υπενθυμίζεται ότι στο κλινικό δείγμα ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό.

Συγκεκριμένα στο Δ_{0a} διαπιστώνεται ότι η διάσταση του «τόπου» ($p < 0,06$) και της «παγκοσμιότητας» ($p < 0,211$) δεν διαφέρουν μεταξύ των δύο παραπάνω ομάδων ακόμη και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$. Άρα, πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας ενδέχεται να αποτελούν οι παράγοντες του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας». Επιπλέον, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ (διπλής κατεύθυνσης) προστίθεται και η διάσταση της «σταθερότητας» ($p < 0,011$). Η διάσταση του τόπου βέβαια εμφανίζεται και σε άλλα δείγματα που δεν διαφέρει ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό.

Στο Δ_{0b} (δηλαδή σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα) η σύγκριση των ομάδων (όπως και στο Δ_{0a}) διαπιστώνεται ότι οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας» δεν διαφέρουν σημαντικά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ (διπλής κατεύθυνσης). Δηλαδή, κοινοί παράγοντες και ταυτόχρονα πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό και στα δύο δείγματα (Δ_{0a} & Δ_{0b}) είναι οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας», ενώ σε σύγκριση με τις προηγούμενες περιπτώσεις (1^η, 2^η, 3^η και 4^η) κοινός παράγοντας και ταυτόχρονα πιθανό αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό είναι μόνο η «παγκοσμιότητα».

Παρατηρείται λοιπόν, ότι οι διαστάσεις της *σταθερότητας*, της *ελεγχιμότητας* και της *γενίκευσης* διαφέρουν σημαντικά. Η διαφορά αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι κάποιοι γονείς αφενός επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό (κλινικό δείγμα $N=170$) και αφετέρου σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία κάποιοι από αυτούς θεώρησαν πως τα παιδιά τους δεν παρουσιάζουν καμία διαταραχή όπως και στο δείγμα της ομάδας ελέγχου. Το αποτέλεσμα αυτό είναι «λογικό» σύμφωνα με τις αντιλήψεις τους για τη συμπεριφορά των παιδιών τους πλην όμως ότι αναγνωρίζουν πως διαφέρουν από τους συνομήλικους (*παγκοσμιότητα*) και μάλιστα αφορούν στο ίδιο το παιδί τους και όχι σε κάτι που να οφείλεται στις συνθήκες του περιβάλλοντος (*τόπος*). Άρα, επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό πλην όμως εξακολουθούν να πιστεύουν (ομάδα φυσιολογικού φάσματος) ότι τα παιδιά τους μπορούν να ελέγχουν τις δυσκολίες τους (*ελεγχιμότητα*), ότι δεν συμβαίνει πάντα (*σταθερότητα*) και ότι η συμπεριφορά αυτή δεν παρουσιάζεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους (*γενίκευση*). Σύμφωνα με αυτή τη διαπίστωση τίθεται το ερώτημα γιατί να επισκέφθηκαν ειδικό; Πολύ εύκολα θα μπορούσε να ειπωθεί ότι διέκριναν πως τα δικά τους παιδιά δεν συμπεριφέρονται όπως τους συνομήλικους (*πα-*

γκασμιότητα) και γι' αυτό αποφάσισαν να επισκεφθούν κάποιον ειδικό. Μήπως όμως δεν έχουν συνειδητοποιήσει ότι τα παιδιά τους δεν έχουν τον έλεγχο των δυσκολιών τους και ότι δεν παρουσιάζεται «κατά καιρούς» (ΑΠΑΘΗΛΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ, Θεμελιώδης λάθος) ή δεν δέχονται πως αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες διότι η διάσταση της σταθερότητας σύμφωνα με τον Weiner (1986) αφορά στις προσδοκίες και στις προθέσεις (άρα οι γονείς αυτοί αντιδρούν στην εγκατάλειψη των προσδοκιών τους) ενώ ο συνδυασμός των διαστάσεων του τόπου (εσωτερικά αίτια) και της ελεγχιμότητας (ελέγξιμο από το παιδί) οδηγεί σε συναισθήματα θυμού και ντροπής των γονιών αυτών (αφού θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους είναι ελέγξιμη από αυτά), άρα το λιγότερο σε αρνητική αλληλεπίδραση μεταξύ γονιών και παιδιών (π.χ. Dix, 1991' Dix, 1993' Goodnow, 1988' Johnston, 1996) και ως πιθανή κατάληξη το αδιέξοδο και τελικά την επίσκεψη σε ειδικό.

Σε πρόσφατη έρευνα (Wrigley et. al., 2005) οι αποδόσεις των αιτίων και η ικανότητα αντιμετώπισης των δυσκολιών των παιδιών από τους γονείς τους βρέθηκε να συνδέονται με την αναζήτηση βοήθειας, ενώ σε άλλη έρευνα (Corrigan et. al., 2000) το κοινωνικογνωστικό πρότυπο σύμφωνα με τη θεωρητική προσέγγιση της απόδοσης των αιτίων του Weiner, διαπιστώθηκε ότι οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «σταθερότητας» μπορούν να εξηγήσουν καλύτερα τη δημιουργία του «στίγματος» για τις ψυχικές διαταραχές. Ο «στιγματισμός» της ψυχικής νόσου έχει ενοχοποιηθεί για την αποφυγή χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002), και κατά συνέπεια οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «σταθερότητας» εμπλέκονται έμμεσα για την απόφαση αναζήτησης ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε αναθεώρηση κλινικών ερευνών (Mortissev-Kane & Prinz, 1999) του ρόλου των γονικών αποδόσεων των αιτίων η οποία σχετίζεται με την διάσταση του «τόπου» επηρεάζει την αντίληψη των γονιών για την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους τα οποία προκύπτουν από αποδιοργανωτικές διαταραχές. Σημειώνεται ότι, οι γονείς απέδιδαν περισσότερο συχνά τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους σε εσωτερικά αίτια, όπως διαπιστώνεται και από άλλες έρευνες (π.χ. Baden & Howe, 1992). Στην έρευνα αυτή οι γονείς απέδιδαν σε εσωτερικά («τόπος») πλην όμως σκόπιμα αίτια για τα προβλήματα των διαταραχών συμπεριφοράς των παιδιών τους, ενώ ταυτόχρονα πίστευαν ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Τέλος, επισημαίνεται και πάλι το γεγονός ότι, αφενός οι γονικές αποδόσεις των αιτίων για τη δυσλειτουργική

συμπεριφορά των παιδιών τους επικεντρώνονται στο κοινωνικογνωστικό πρότυπο και μάλιστα στη βάση της θεωρίας του Weiner (1986· 1995) και αφετέρου ότι αυτές επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους για την επιδίωξη βοήθειας (Mottissey-Kane & Prinz, 1999).

Σύμφωνα με τον Weiner (1995) η διάσταση της *ελεγχιμότητας* είναι αυτή που καθορίζει ανάλογα συναισθήματα θυμού ή συμπόνιας. Στη βάση όμως της **ενδοατομικής και διαπροσωπικής θεωρίας του κινήτρου** από μια προοπτική απόδοσης αιτίων (Weiner, 2000) σε έρευνα (Rudolph et. al., 2004) διαπιστώθηκε ότι όταν πρόκειται για απόδοση αιτίων του ίδιου του ατόμου για τον εαυτό του (ενδοατομικά) τότε η διαπίστωση του μη ελέγχου της κατάστασης οδηγεί το ίδιο το άτομο σε συναισθήματα ενοχής και ντροπής, ενώ στη διαπροσωπική βάση της θεωρίας, δηλαδή, όταν πρόκειται να προσδιοριστεί η διάσταση της *ελεγχιμότητας* από ένα άτομο για κάποιο άλλο (όπως του γονέα για το παιδί του) τα συναισθήματα του πρώτου (γονέα) είναι ανάλογα με τον προσδιορισμό. Δηλαδή, εάν θεωρήσει πως είναι ελέγξιμο από το παιδί τότε ο γονιός κατακλύζεται με συναισθήματα θυμού, ενώ εάν θεωρήσει ότι δεν ελέγχεται από το παιδί του (όχι επειδή το «θέλει») τότε το κυρίαρχο συναισθήμα είναι της συμπόνιας και ενδέχεται να βοηθήσει. Στο σημείο αυτό ενδέχεται να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό, οι πέντε διαστάσεις για την απόδοση των αιτίων εμφανίζουν μία διαβαθμισμένη συχνότητα ανάλογα με την προέλευση (επιλογή) των δειγμάτων. Συγκεκριμένα, η διάσταση της «παγκοσμιότητας» εμφανίζεται σε όλα τα δείγματα ως πιθανό αίτιο χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η διάσταση της «ελεγχιμότητας» μόνο σε μία περίπτωση εμφανίζεται οριακά ενώ εμφανίζεται πάντα σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις επιλογής δειγμάτων. Οι υπόλοιπες διαστάσεις («τόπος», «σταθερότητα» και «γενίκευση») εμφανίζονται λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τις δύο προηγούμενες και ως εκ τούτου θεωρούνται λιγότερο πιθανό στην παρούσα εργασία να αποτελούν αίτια αναζήτησης ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επειδή η αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιών και των παιδιών τους επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες (προσωπικότητα, συνειδητοποίηση των στοιχείων που ενδεχομένως παραπέμπουν σε κάποια διαταραχή, η αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς και ιδιαίτερα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία είναι πάνω από τα μισά της παρούσας έρευνας) αλλά και σύμφωνα με τις δύο θεωρίες κινήτρου του Weiner (2000) στη βάση των διαστάσεων αποδόσεων των αιτίων, την ενδοπροσωπική και την διαπροσωπική οι γονείς των παιδιών ενδέχεται να ακολουθούν την εξής διαδικασία:

- αρχικά αποδίδουν τα αίτια της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών τους σε εσωτερικά (τόπος)
- μετά τείνουν να γενικεύσουν (γενίκευση, νόμος γενίκευσης της ψυχολογίας)
- συνεχόμενα θεμελιώδη λάθη στην απόδοση των αιτίων για τις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχσιμότητας και της παγκοσμιότητας.

Τελικά συμπεράσματα:

- Σε όλες τις περιπτώσεις των δειγμάτων είτε ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής είτε ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ο μέσος όρος στις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων είναι υψηλότερος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, που σημαίνει ότι «επιβαρύνεται» το παιδί με τη δυσλειτουργική συμπεριφορά.
- Σε όλες τις περιπτώσεις της παρουσίας κάποιας διαταραχής μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν διαπιστώνεται σημαντική διαφορά σε διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων, δηλαδή σε περίπτωση που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό έχουν υψηλότερους μέσους όρους στις διαστάσεις αυτές που σημαίνει ότι οι γονείς θεωρούν πως συμβαίνει κάτι με το παιδί τους ή/ και έχουν καταλήξει σε αδιέξοδο, δεν αντέχουν πλέον το πρόβλημα και δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν.
- Σε όλες τις περιπτώσεις των δειγμάτων (εκτός από το κλινικό δείγμα) είτε επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό είτε όχι παρουσιάζεται σημαντική διαφορά στις διαστάσεις του τόπου και της γενίκευσης.
- Σε όλες τις περιπτώσεις και ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό φαίνεται ότι διαπράττεται το θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτίων (Gilbert & Malone, 1995) τουλάχιστον για τις διαστάσεις της ελεγχσιμότητας και της παγκοσμιότητας εφόσον η παρουσία κάποιας διαταραχής οδηγεί στην αδυναμία ελέγχου των αρνητικών συνεπειών στη συμπεριφορά, άρα δεν γίνεται αντιληπτή από τους γονείς (θεμελιώδες λάθος). Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές οι πηγές του λάθους αυτού είναι τέσσερις: (1) η έλλειψη συνειδητοποίησης των περιστασιακών περιορισμών (2) οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τη συμπεριφορά, (3) οι διωγκωμένες κατηγοριοποιήσεις της συμπεριφοράς, και (4) οι ελλιπείς διορθώσεις των συμπερασμάτων βιολογικής προδιάθεσης. Σε άλλες έρευνες διάφοροι παράγοντες όπως η ελλιπής ή φτωχή γνώ-

ση, η εκλεκτική κωδικοποίηση των περιστασιακών πληροφοριών του ατόμου (Gilbert & Malone, 1995· Gilbert et. al., 1988· Trope, 1986), οδηγούν στο *θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτιών*, γνωστό και ως «*απατηλή συνάφεια*». Η απατηλή συνάφεια σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς (Tversky & Kahnemann, 1973) σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών. Το τελευταίο σημαίνει ότι τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών δεν αποτελούν γενική γνώση (πληροφορία) από μη ειδικούς (γονείς, εκπαιδευτικούς κ.ά.) όπως για παράδειγμα τα οργανικά συμπτώματα του πυρετού και του βήχα που παραπέμπουν σε κάποιο νόσο. Συνεπώς, η έλλειψη των πληροφοριών αυτών (συμπτώματα ψυχικών διαταραχών) οδηγούν σε εσφαλμένα συμπεράσματα από τους γονείς ή/ και άλλους που δεν διαθέτουν την ειδική γνώση, εφόσον η απόδοση των αιτιών είναι μια εγγενής διαδικασία η οποία στην συγκεκριμένη περίπτωση πραγματοποιείται από τους γονείς δίχως τις πληροφορίες αυτές, αποδίδοντας τα αίτια των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με πληροφορίες που διαθέτουν οι οποίες φυσικά δεν αποτελούν ειδική γνώση.

- Η *ελεγχιμότητα* και η *παγκοσμιότητα* είναι διαστάσεις οι οποίες δεν φαίνεται να «προσδιορίζονται» άμεσα από τους γονείς όπως οι υπόλοιπες (*τόπος, σταθερότητα και γενίκευση*). Η διάσταση της *ελεγχιμότητας* είναι κάτι που πιθανότατα δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό γιατί στηρίζεται σε υποθέσεις ενώ η διάσταση της *παγκοσμιότητας* απαιτεί ο γονιός να γνωρίζει πως περίπου συμπεριφέρονται τα περισσότερα παιδιά της ηλικίας του παιδιού του. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι από την εμπειρία μας συχνά αναφέρουν πως παρατηρούν τη συμπεριφορά των άλλων παιδιών της ηλικίας του παιδιού τους στις παιδικές χαρές ή/ και σε συγκεντρώσεις γενεθλίων προκειμένου να συγκρίνουν τις συμπεριφορές προσπαθώντας ουσιαστικά να προσδιορίσουν τη διάσταση της *παγκοσμιότητας*. Οι διαστάσεις που μπορεί να προσδιορίσει καλύτερα ένας γονιός ή/ και μη ειδικός είναι ο *τόπος* (δηλαδή αν οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες ή όχι), αν είναι συχνές οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές (*σταθερότητα*) και αν συμβαίνουν σε πολλούς τομείς (*γενίκευση*) όπως στο σπίτι, στο σχολείο, σε οικογενειακές και γενικά κοινωνικές συγκεντρώσεις, σε μαθήματα, σε φιλικές σχέσεις κλπ. **Η διάσταση της σταθερότητας είναι κάτι το οποίο συζητείται διότι ενδέχεται να σχετίζεται με άλλους παράγοντες όπως για παράδειγμα με την συχνή επαφή και τις απαιτήσεις (προσδοκί-**

ες) του γονιού με το παιδί του. Οι απαιτήσεις της σημερινής κοινωνίας αναγκάζουν πολλές φορές και τους δύο γονείς πλέον να αφιερώνουν αφενός λιγότερο χρόνο στα παιδιά τους και αφετέρου οι ίδιοι να έχουν μειωμένες αντοχές απέναντι σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Τέλος, σύμφωνα με τους Johnston & Ohan (2005) προτείνεται πως κάποιες διαστάσεις προσδιορίζονται καλύτερα και από μη ειδικούς όπως η διάσταση της *σταθερότητας* σε σχέση με τη διάσταση του *τόπου*.

- οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «παγκοσμιότητας» φαίνεται ότι διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη αναζήτηση ή/ και τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημειώνεται ότι τουλάχιστον για τη διάσταση της *ελεγχιμότητας* σε πρόσφατη έρευνα (Chen, Seipp & Johnston, 2007) διαπιστώθηκε ότι αυτή δεν επηρεάζεται από το φύλο των γονιών ή/ και των παιδιών αλλά ούτε και από τον τύπο συμπεριφοράς των παιδιών (ΔΕΠ-Υ, απρόσεκτου ή παρορμητικού τύπου, Εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, διαταραχών συμπεριφοράς). Φαίνεται λοιπόν ότι ο προσδιορισμός της διάστασης της *ελεγχιμότητας* από τους γονείς για τη συμπεριφορά των παιδιών τους είναι «απρόβλεπτη» εφόσον απαιτούνται ειδικές γνώσεις τις οποίες δεν διαθέτουν οι γονείς ή/ και οι μη ειδικοί όπως εκπαιδευτικοί και ειδικοί πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. παθολόγοι). Τέλος, όπως επισημαίνουν και οι Johnston & Ohan (2005) οι γονικές αποδόσεις για τη συμπεριφορά των παιδιών τους έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην κατανόηση της διαδικασίας αλλά και της έκβασης της επιτυχούς αντιμετώπισης των προβλημάτων από τους γονείς τα οποία δημιουργούνται από διαταραχές όπως τη ΔΕΠ-Υ, την Εναντιωτική Προκλητική διαταραχή και γενικά τις διαταραχές συμπεριφοράς καθώς λειτουργούν και ως προβλεπτικοί παράγοντες της αποτελεσματικής ή αναποτελεσματικής προσπάθειας αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών από τους γονείς.

Υπομέλετη Β:

Β. Η πεποίθηση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών

Μέχρι τώρα μελετήθηκαν τα αίτια τα οποία ενδέχεται να αποδίδουν οι γονείς για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Μια από τις κοινωνικές προσεγγίσεις που προσπαθεί να κατανοήσει την αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία είναι αυτή που μελετά το ρόλο των πεποιθήσεων των γονιών οι οποίες επιδρούν στις γνωστικές – νοητικές διεργασίες των ίδιων προκειμένου να αποδώσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Η σημασία των πεποιθήσεων αυτών ή οι αποδόσεις των αιτιών των γονιών για τη συμπεριφορά των παιδιών τους βρίσκονται στο επίκεντρο των στοιχείων που καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο μεσολαβούν και τελικά επιδρούν στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των γονιών ως απάντηση στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Οι θεωρητικοί των αποδόσεων των αιτιών υποστηρίζουν ότι οι αιτιώδεις αποδόσεις διαδραματίζουν ένα κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς (Fiske & Taylor, 1991· Nisbett & Ross, 1980) επειδή τα άτομα τις χρησιμοποιούν προκειμένου να κατανοήσουν, να ελέγξουν και να κυριαρχήσουν στο περιβάλλον τους (Forsterling, 1992). Κατά συνέπεια, ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των παιδιών τους αποδίδοντας τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής σε κάποιους παράγοντες προκειμένου να κατανοήσουν τη συμπεριφορά αυτή, πιθανότατα θα επηρεάσουν και τη δική τους συμπεριφορά ως απάντηση στη συμπεριφορά του παιδιού τους προκειμένου να αποκτήσουν τον έλεγχο της (Bugental, Johnston, New & Silvester, 1998).

Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι γονείς έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Το ερώτημα αυτό είναι πολύ πιθανό να το κάνουν και οι ίδιοι οι γονείς στον εαυτό τους. Σύμφωνα με έρευνα (Harrison & Sofronoff, 2002) αλλά και από την κλινική μας εμπειρία φαίνεται ότι γενικά η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (δηλαδή η αδυναμία ελέγχου των δυσκολιών των παιδιών τους από τους ίδιους) είναι πολύ πιθανός λόγος αναζήτησης της βοήθειας από ειδικό για τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και επειδή, στην ανθρώπινη φύση εκτός από τη διαδικασία της απόδοσης των αιτιών για τα προβλήματα που μας απασχολούν, φυσική συνέχεια αυτής της διαδικασίας αποτελούν οι προσπάθειες επίλυσής τους όπως στην περίπτωση μας. Δηλαδή, την προσπάθεια αντιμετώπισης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους. Γι' αυτό το λόγο μελετήθηκε η αίσθηση

της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Σημειώνεται ότι η δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών στην παρούσα έρευνα, δε γνωρίζουμε σε ποια φάση διαμορφώθηκε και η μέτρησή της αφορά στη χρονική στιγμή που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια από τους ίδιους. Δηλαδή, δεν γνωρίζουμε εάν και τότε κατέβαλλαν προσπάθειες ή/ και μετά από πόσες προσπάθειες προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους, σύμφωνα και με την επισήμανση του Bandura (1986) ότι στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων δοκιμάζονται οι ικανότητές τους από τους ίδιους και επαναπροσδιορίζεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους.

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 3.28 T-test του μέσου όρου για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών της:

1^η περίπτωση δεν διαφέρουν σημαντικά στο $\Delta K\Phi_3$ ($p < 0,077$) και στο $\Delta K\Phi_6$ ($p < 0,168$). Στο $\Delta K\Phi_3$ και επειδή όλοι επισκέφθηκαν ειδικό το αποτέλεσμα αυτό ήταν σύμφωνο με την υπόθεσή μας, δηλαδή, ότι οι γονείς αφενός έχουν χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αφετέρου δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ του κλινικού με το κοινοτικό δείγμα όπου τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή. Αυτό σημαίνει ότι πιθανό αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ενδέχεται να αποτελεί η χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους.

Στον αντίποδα του συμπεράσματος αυτού βρίσκεται το αποτέλεσμα του $\Delta K\Phi_6$ διότι συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο. Δηλαδή, μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ενώ ΟΛΑ τα παιδιά παρουσιάζουν κάποια διαταραχή η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τους δεν διαφέρει σημαντικά (πλην όμως ο μέσος όρος της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας αυτών που δεν επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό είναι χαμηλότερος σε σχέση με την το μέσο όρο στην ομάδα ελέγχου δηλαδή, απουσία κάποιας διαταραχής). Το στοιχείο αυτό (**μη αναμενόμενο**) μπορεί να ερμηνευθεί πολύ απλά διότι μπορεί να μην επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό πλην όμως η παρουσία κάποιας διαταραχής όπως διαπιστώνεται και από σχετικές έρευνες (McLaughlin & Harrison, 2006; Maniadaki, et. al. 2005) αλλά και από την παρούσα οδηγεί σχεδόν κατά κανόνα στη χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Επιπλέον, συνδυάζοντας το στοιχείο αυτό με αυτά των διαστάσεων για την απόδοση των αιτιών της παρούσας μελέτης διαπιστώνεται ότι **διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στη διάσταση της «παγκοσμιότητας» στο δείγμα αυτό ($\Delta K\Phi_6$), η ο-**

ποία όπως έχει λεχθεί παραπάνω ενδέχεται να αποτελεί αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό. Σημειώνεται ότι σε διαχρονική έρευνα τριών ετών (Ford et. al., 2005) έχει διαπιστωθεί πως από αυτούς που παρουσίαζαν κάποια ψυχική διαταραχή αρχικά, τον πρώτο χρόνο επισκέφθηκε μόνο το 20% κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας, ενώ στο τέλος της έρευνας δηλαδή στον τρίτο χρόνο ξεπέρασε το 50%. Αυτό σημαίνει ότι η λήψη απόφασης για αναζήτηση ή/ και χρήση βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μια διαδικασία η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη. Επειδή η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο χρόνο, και επειδή στο συγκεκριμένο δείγμα (ΔΚΦ₆) υπάρχει διαφορά στη διάσταση της «παγκοσμιοτητας», δηλαδή, αυτοί που δεν επισκέφθηκαν ειδικό πίστευαν ότι τα παιδιά τους δεν διαφέρουν από αυτά της ηλικίας τους παρόλο που είχαν χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, πιθανότατα μελλοντικά να αναγκάζονταν να έπαιρναν την απόφαση να επισκεφθούν κάποιον ειδικό (Ford et. al., 2005). Το τελευταίο ενδέχεται να συμβεί εφόσον οι γονείς των παιδιών είτε δεχόντουσαν ή/ και αναγνώριζαν πως τελικά τα παιδιά τους διαφέρουν από αυτά της ηλικίας τους, είτε να αισθάνονταν περισσότερη πίσση και να μη άντεχαν πλέον τις ανεξέλεγκτες συμπεριφορές των παιδιών τους. Άλλωστε, σε έρευνα (Donovan et. al., 1990) διαπιστώθηκε ότι η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών τους ερμηνεύεται τελικά ως απειλή από τους ίδιους η οποία υπερβαίνει τις δυνατότητες που έχουν για να την αντιμετωπίσουν. Ακόμη, εάν λάβουμε υπόψη την επισήμανση του Bandura (1986) ότι ο χρόνος επηρεάζει στη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας μέσω δοκιμών των ικανοτήτων και επαναδιαμορφώνεται ανάλογα με τις συνθήκες και τα δεδομένα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η λήψη απόφασης για αναζήτηση βοήθειας ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι θέμα χρόνου (ίσως διαφορετικών χρονικών διαστημάτων ανάλογα με τη σοβαρότητα των προβλημάτων που προκύπτουν αλλά και την προσωπικότητα των γονιών όπως φάνηκε από έρευνες για την αναζήτηση βοήθειας). Τέλος, και σύμφωνα με συμπεράσματα από αναθεώρηση των ερευνών για την γονική αυτοαποτελεσματικότητα των Coleman & Karraker (1997) επισημαίνεται το γεγονός ότι η αίσθηση της αποτελεσματικότητας των γονιών είναι ένας ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για την γονική λειτουργία και την εφαρμογή πρακτικών προκειμένου να αντιμετωπιστούν δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Στο ΔΚΦ₇ πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή αλλά δεν επισκέφθηκαν κάποιοι ειδικοί (N=52) με την ομάδα ελέγχου (N=214, απουσία κάποιας διαταραχής). Στο δείγμα αυτό δεν επισκέφθηκε ΚΑΝΕΙΣ ειδικό. Παρατηρούμε ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο, **δηλαδή η παρουσία κάποιας διαταραχής δημιουργεί χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας στους γονείς των παιδιών** όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα του ΔΚΦ₆ όπου δεν διαφέρουν σημαντικά στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Όμως η ομάδα αυτή (N=52) παρόλο που παρουσιάζει χαμηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (N=214), δεν επισκέφθηκε ειδικό όπως υποθέσαμε αρχικά, δηλαδή η ομάδα με παρουσία κάποιας διαταραχής (N=52) στο ΔΚΦ₇ και επειδή αυτή δεν επισκέφθηκε ειδικό όπως η ομάδα ελέγχου δίχως την παρουσία κάποιας διαταραχής (N=214), ενώ λογικά και σύμφωνα με την υπόθεσή μας δεν θα έπρεπε να διαφέρει στην αίσθηση αποτελεσματικότητας **αυτή διαφέρει σημαντικά**. Σύμφωνα με την ερμηνεία που δόθηκε στο ίδιο δείγμα (ΔΚΦ₇) για τη διάσταση της «ελεγχιμότητας» αλλά και το γεγονός ότι η παρουσία κάποιας διαταραχής οδηγεί στην χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (ΔΚΦ₆) το αποτέλεσμα αυτό είναι λογικό διότι όπως αναφέρθηκε για τη διάσταση της «ελεγχιμότητας» στο ΔΚΦ₇ οι γονείς πιστεύουν πως τα παιδιά τους μπορούν να ελέγχουν τις δυσκολίες τους (**απατηλή συνάφεια**) και γι' αυτό το λόγο, όπως ερμηνεύθηκε και στο ΔΚΦ₆ πιθανότατα η ομάδα αυτή (N=52) δεν επισκέφθηκε ειδικό, παρόλο που έχει χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας. Άρα, στο δείγμα αυτό (ΔΚΦ₇) ενδέχεται η διάσταση της «ελεγχιμότητας» να καθόρισε την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό (δηλαδή πρόσκαιρα) τη χρονική στιγμή της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και να είναι θέμα χρόνου (δηλαδή αργότερα) οι ίδιοι να αναζητήσουν βοήθεια όπως διαπιστώθηκε στη διαχρονική έρευνα των Ford et. al., (2005). Σημειώνεται ότι σε άλλες έρευνες βρέθηκε πως εκτός από τις γονικές πεποιθήσεις (όπως αυτή της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας) υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στον τρόπο που θα συμπεριφερθούν οι γονείς όπως η προσωπικότητά τους, η συναισθηματική τους κατάσταση αλλά και το κοινωνικό – πολιτιστικό πλαίσιο (Bornstein, et. al, 1998' Coplan, et. al, 2002' Dix, 1993, 2000) καθώς και πως οι αποδόσεις των αιτιών από τους γονείς μεσολαμβάν μερικώς μεταξύ της συμπεριφοράς των παιδιών με τη συμπεριφορά των γονιών τους (Johnston & Ohan, 2002' Sacco & Murray, 2003' Smith & O'Leary, 1995). Η συμπεριφορά των γονιών στις παραπάνω

έρευνες αφορά κυρίως στην διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Συμπεριφορά των γονιών όμως μπορεί να αποτελέσει και αναζήτηση βοήθειας από ειδικό η οποία εξετάζεται στην παρούσα έρευνα.

Διερευνώντας όμως τα αποτελέσματα και των υπόλοιπων δειγμάτων σε κλινικό φάσμα ($\Delta\text{Κ}\Phi_1$, $\Delta\text{Κ}\Phi_2$, $\Delta\text{Κ}\Phi_4$, $\Delta\text{Κ}\Phi_5$ και $\Delta\text{Κ}\Phi_8$) μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό με αυτούς δεν επισκέφθηκαν παρατηρείται ότι αφενός διαφέρουν σημαντικά στην αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αφετέρου οι μέσοι όροι μας πληροφορούν (πίνακες μέσωσ όρων) πως η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας είναι χαμηλότερη σε όλες τις ομάδες οι οποίες επισκέφθηκαν ειδικό σε σχέση με αυτές που δεν επισκέφθηκαν και μάλιστα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,001$. Το αποτέλεσμα αυτό, δηλαδή, η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και επειδή είναι συστηματικό (συμβαίνει στα περισσότερα δείγματα του κλινικού φάσματος) θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ως πιθανό αίτιο αναζήτησης από ειδικό. Τέλος, τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν πως η παρουσία κάποιας διαταραχής οδηγεί συνήθως στη δημιουργία χαμηλής αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών όπως άλλωστε διαπιστώνεται και σε άλλες παρόμοιες έρευνες (McLaughlin & Harrison, 2006; Maniadaki, et. al. 2005) για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της 2^{ης} περίπτωσης (σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα) παρατηρείται σχεδόν το ίδιο φαινόμενο για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας με αυτό της 1^{ης} περίπτωσης. Η διαφορά βρίσκεται στο $\Delta\text{Κ}\Phi_6$ όπου η διαφορά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ειδικό είναι οριακά ασήμαντη ($p < 0,016$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ (διπλής κατεύθυνσης). Άρα, και σε αυτή την περίπτωση η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αλλά και επειδή είναι συστηματικό (συμβαίνει στα περισσότερα δείγματα του κλινικού ή/ και οριακού φάσματος) θα πρέπει επίσης να ληφθεί σοβαρά υπόψη ως πιθανό αίτιο αναζήτησης από ειδικό όπως και στην 1^η περίπτωση (δείγματα σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV). Σημειώνεται ότι, σε έλεγχο που προηγήθηκε (ANOVA) στην παρούσα έρευνα για τους δείκτες των ψυχομετρικών εργαλείων (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα) και συγκεκριμένα ο έλεγχος Post Hoc, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος υπάρχει σημαντική διαφορά του μέσου όρου της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Άρα, ενδέχεται η ποιοτική διαφοροποίηση (κλινικό ή οριακό φάσμα) των ψυχομετρικών εργαλείων να καθορίζει

και το μέσο όρο της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Άλλωστε, ο χαρακτηρισμός του «οριακού φάσματος» σημαίνει ότι πιθανόν τα συμπτώματα κάποιας διαταραχής να παρουσιάζονται σε ήπια μορφή.

Στην **τρίτη περίπτωση**, (σύγκριση του κλινικού δείγματος με κοινοτικά ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής ή/ και ανάλογα με την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV παρατηρείται ότι στο $\Delta\text{ΚΚΚ}\Phi_{1\beta}$ η τιμή $t = -2,235$ με βαθμούς ελευθερίας $df=260$ και $p < 0,026$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ για την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών είναι **οριακά ασήμαντο** μεταξύ αυτών που αναζήτησαν βοήθεια με αυτών που δεν αναζήτησαν. Επίσης, κάτι ανάλογο συμβαίνει και στο $\Delta\text{ΚΚΚ}\Phi_2$ όπου η τιμή T-test $t = -2,300$ με βαθμούς ελευθερίας $df=220$ και $p < 0,022$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ είναι οριακά ασήμαντο μεταξύ αυτών που αναζήτησαν βοήθεια με αυτών που δεν αναζήτησαν. Εάν όμως αποφασίζαμε να ορίσουμε χαμηλότερα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας όπως για παράδειγμα $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης, τότε οι παραπάνω συγκρίσεις **θα ήταν στατιστικά σημαντικές και θα ήταν σύμφωνο με τις υποθέσεις μας**. Δηλαδή, θα θεωρούσαμε ότι πιθανό αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό είναι η χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών, όπως συμβαίνει ξεκάθαρα σύμφωνα με το $\Delta\text{ΚΚΚ}\Phi_3$ όπου έγινε σύγκριση των μέσων όρων της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με το κοινοτικό παρουσία κάποιας διαταραχής σε κλινικό φάσμα όπως και στο κλινικό δείγμα βάσει της διάγνωσης ειδικού. Η σύγκριση μας έδειξε ότι (T-test για ανεξάρτητα δείγματα) $t = -0,384$ με βαθμούς ελευθερίας $df=223$ και $p < 0,701$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$. Σημειώνεται ότι όλοι αναζήτησαν βοήθεια και οι μέσοι όροι της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητάς τους **δεν διαφέρουν σημαντικά**. Αυτό επιβεβαιώνει ακόμη περισσότερο το ενδεχόμενο η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών να αποτελεί αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό, όπως συμβαίνει και πάλι ξεκάθαρα στη σύγκριση του κλινικού δείγματος με αυτό της ομάδας ελέγχου ($\Delta\text{ΚΚΚ}\Phi_4$) και ταυτόχρονα μεταξύ αυτών που αναζήτησαν βοήθεια από ειδικό με αυτούς που δεν αναζήτησαν, όπου $t = -10,196$ με βαθμούς ελευθερίας $df=297,22$ και $p < 0,000$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$.

Συμπερασματικά, βάσει των ευρημάτων της 3^{ης} περίπτωσης θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το αίτιο της αναζήτησης βοήθειας από ειδικό πιθανολογείται να είναι η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών.

Στην 4^η περίπτωση διαπιστώνεται ότι αυξάνονται οι πιθανότητες να ισχύει το προηγούμενο συμπέρασμα. Συγκεκριμένα, η σύγκριση του κλινικού δείγματος με κοινοτικά ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής ή/ και ανάλογα με την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & ADHD Rating Scale-IV (DuPaul) παρατηρείται ότι στα ΔΚΚΚΟΦ₁, ΔΚΚΚΟΦ₂, και ΔΚΚΚΟΦ₄ για τεστ διπλής κατεύθυνσης σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$ είναι στατικά σημαντικά μεταξύ αυτών που αναζήτησαν βοήθεια με αυτών που δεν αναζήτησαν. Επίσης, στο ΔΚΚΚΟΦ₃ στη σύγκριση μεταξύ κλινικού δείγματος με αυτό του κοινοτικού σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα όπου όλοι επισκέφθηκαν ειδικό και τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή σε κλινικό ή και οριακό φάσμα διαπιστώνεται πως η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας δεν διαφέρει σημαντικά ($t = -1,153$ με βαθμούς ελευθερίας $df = 223$ και $p < 0,250$ για τεστ διπλής κατεύθυνσης και μάλιστα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,01$). Αυτό σημαίνει ότι και πάλι το πιο πιθανό αίτιο της αναζήτησης βοήθειας από ειδικό είναι η χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της περίπτωσης όπου μελετάται αποκλειστικά το κλινικό δείγμα. Συγκεκριμένα, έγινε σύγκριση των μέσων όρων της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ αυτών που σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με αυτούς που τα παιδιά τους δεν παρουσιάζουν. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 3.28 και στα δύο δείγματα Δ_{0α} και Δ_{0β} οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές.

Αυτό σημαίνει ότι παρόλο που όλοι οι γονείς επισκέφθηκαν κάποιοι ειδικό η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους διαφέρει σημαντικά. Μία βιαστική σκέψη θα οδηγούσε στο εσφαλμένο συμπέρασμα ότι τελικά η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών δεν είναι πιθανό να αποτελεί αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό. Το τελευταίο μπορούμε να το ερμηνεύσουμε συνδυάζοντας τα στοιχεία του πίνακα T - test για την απόδοση των αιτίων των γονιών για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους (πίνακας 3.27). Συγκεκριμένα, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα αυτό για τα ίδια δείγματα (Δ_{0α} και Δ_{0β}) μεταξύ των παιδιών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με αυτών που δεν παρουσιάζουν (σύμ-

φωνα όμως με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία για την αποδόση των αιτίων της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών τους) οι γονείς θεωρούν ότι αυτά δεν διαφέρουν στη συμπεριφορά τους από τα παιδιά που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή («παγκοσμιότητα») καθώς και ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους οφείλεται («τόπος») στα ίδια. Άλλωστε, σε αναθεώρηση κλινικών ερευνών (Mottissey – Kane & Prinz, 1999) του ρόλου των γονικών αποδόσεων των αιτίων η οποία σχετίζεται με την διάσταση του «τόπου» διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει την αντίληψη των γονιών για την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους τα οποία προκύπτουν από αποδιοργανωτικές διαταραχές όπως προκύπτει και από παλαιότερη έρευνα (Baden & Howe, 1992) που διαπιστώνεται ότι η απόδοση των αιτίων σε εσωτερικά (τόπος) και σκόπιμα αίτια καθώς και οι διαστάσεις της «σταθερότητας» και της «γενίκευσης» οδηγούν τους γονείς να πιστεύουν ότι οι περαιτέρω προσπάθειές τους θα είναι αναποτελεσματικές. Συνεπώς, πιθανολογείται ότι τα αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό είναι οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας». Ταυτόχρονα όμως (λανθασμένα) πιστεύουν ότι είναι κάτι συνηθισμένο που είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί με τις συνηθείς μεθόδους (π.χ. τιμωρία) όπως με όλα τα παιδιά γιατί οι ίδιοι θεωρούν πως η προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους δεν παρουσιάζεται σταθερά («σταθερότητα») στο χρόνο, είναι ελέγξιμη από αυτά και αφορά μόνο σε μερικές καταστάσεις της ζωής τους («γενίκευση») όπως ακριβώς συμβαίνει συνήθως με τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή (**απατηλή συνάφεια**). Οι γονείς λοιπόν των παιδιών του συγκεκριμένου δείγματος οι οποίοι πιστεύουν πως τα παιδιά τους δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή (σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά εργαλεία) μάλλον δεν έχουν συνειδητοποιήσει το λάθος τους ή δεν έχουν δεχτεί τις δυσκολίες του παιδιού τους πιστεύοντας ότι σε ότι αφορά στην σταθερότητα, την ελεγχσιμότητα και τη γενίκευση μοιάζει με αυτή των παιδιών που πραγματικά δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή. Δηλαδή, οι γονείς των παιδιών (στα δείγματα Δ_{0α} και Δ_{0β}) δίχως κάποια διαταραχή (σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά εργαλεία) πιθανότατα αναζήτησαν τελικά βοήθεια από ειδικό γιατί πιστεύουν πως τα παιδιά τους αφενός δεν διαφέρουν από τα παιδιά με κάποια διαταραχή (*παγκοσμιότητα*), αφετέρου δεν έχουν αντιληφθεί (ή έχουν αντιληφθεί λανθασμένα) ότι οι δυσκολίες των παιδιών τους παρουσιάζονται σταθερά στο χρόνο (διότι πρόκειται για διαταραχή), ότι αυτές δεν είναι ελέγξιμες από τα ίδια και τέλος ενδέχεται να αφορούν σε περισσότερους τομείς της ζωής τους από όσους νομίζουν. Άρα, το αποτέλεσμα της σημαντικής διαφοράς για

την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας είναι «λογικό» να υπάρχει σύμφωνα όμως με την απόδοση των αιτίων της συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Συνεπώς, οι διαστάσεις της «σταθερότητας» της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης» ενδέχεται να καθορίζουν και την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την προσπάθεια αντιμετώπισης της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Στο σημείο αυτό επιβεβαιώνεται για ακόμη μια φορά η ερμηνεία που δόθηκε για τα δείγματα ΔΚΦ₆ και ΔΚΦ₇ όπου χρειάζεται χρόνος για να επαναδιαμορφωθεί η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1986) των γονιών σύμφωνα με τα αποτελέσματα των προσπαθειών, διότι οι γονείς με υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας ερμηνεύουν τις δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών τους ως προκλήσεις για επιτυχία των ίδιων γιατί απλά είναι θέμα περισσότερης προσπάθειας από μέρους τους (Donovan et. al., 1990). Δυστυχώς, ακόμη και εάν πιστεύουν ότι απαιτείται περισσότερη προσπάθεια φαίνεται ότι άλλοι παράγοντες όπως η συναισθηματική κατάσταση (Bornstein, et. al, 1998' Coplan, et. al, 2002' Dix, 1993, 2000) (π.χ. ψυχολογική πίεση) και η προσωπικότητα (Goldsmith et. al., 1988) μερικές φορές μπορεί να καθορίζουν την απόφαση αναζήτησης βοήθειας ή/ και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. **Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα με αфроαμερικανούς γονείς (Harrison, E.M., McKay, Bannon, 2004), διαπιστώθηκε πως οι γονικές αντιλήψεις για την αποτελεσματική διαχείριση της δύσκολης συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους ενδέχεται να επηρεάσει τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί των γονιών (αποτυχία στην επιβολή πειθαρχίας) ήταν πολύ πιθανό να τους οδηγήσουν στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημειώνεται ότι στην έρευνα αυτή, η δριμύτητα των συμπτωμάτων δεν επηρέαζε τη χρήση ή όχι των υπηρεσιών.**

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται ότι εκτός από τις διαστάσεις της «σταθερότητας» και της «ελεγχιμότητας» σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες, υπάρχει και τρίτη διάσταση η οποία ενδέχεται να επηρεάζει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Η διάσταση αυτή είναι η «γενίκευση» των προβλημάτων στους περισσότερους τομείς της ζωής του παιδιού. Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γονείς όσο περισσότερο πιστεύουν ότι το παιδί τους μπορεί να ελέγξει τις δυσκολίες της συμπεριφοράς του (επειδή με παρόμοιο τρόπο συμβαίνει και στα παιδιά δίχως δυσκολίες), τόσο πιθανότερο είναι να έχουν υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους γιατί απλά πιστεύουν ότι είναι κάτι συνηθισμένο στα παιδιά και αντιμετωπίζεται εύκολα.

Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στη συμπεριφορά των παιδιών τους είναι πιθανότερο να εξαρτάται από την απόδοση των αιτίων για τις δυσκολίες αυτές. **Το συμπέρασμα αυτό είναι σύμφωνο με την υπόθεσή μας, δηλαδή,** ότι οι γονείς αποδίδοντας τα αίτια της συμπεριφοράς σε κάποιους παράγοντες που αφορούν στα ίδια τα παιδιά τους και συγκεκριμένα στις διαστάσεις της «ελεγχιμότητας», της «παγκοσμιότητας» και της «γενίκευσης», όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη, διαμορφώνουν και την ανάλογη αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν είτε οι ίδιοι είτε με τη βοήθεια ειδικού τις δυσκολίες των παιδιών τους.

Άλλωστε, σε μεταναλυτική θεώρηση των Stajkovic & Luthans (1998) προτείνουν περαιτέρω έρευνα για τη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας *μέσα από τις αιτιώδεις διαβάσεις*. Σε έρευνα (Wrigley et. al., 2005) οι αποδόσεις των αιτίων και η ικανότητα αντιμετώπισης των δυσκολιών των παιδιών από τους γονείς τους βρέθηκε να συνδέονται με την αναζήτηση βοήθειας, ενώ σε άλλη έρευνα οι γονείς προκειμένου να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους χρησιμοποιούν τις πεποιθήσεις ή τις αποδόσεις αιτίων ώστε να την κατανοήσουν και να την ελέγξουν (Forsterling, 1992). Σημειώνεται ότι σε πρόσφατες έρευνες διαπιστώθηκε πως οι αποδόσεις των αιτίων μεσολαβούν μερικώς μεταξύ της συμπεριφοράς των παιδιών με τη συμπεριφορά των γονιών τους (Johnston & Ohan, 2002' Sacco & Murray, 2003' Smith & O'Leary, 1995) και κατά συνέπεια διαμορφώνουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας όπου συμπεριφορά των γονιών μπορεί να θεωρηθεί μεταξύ άλλων και η αναζήτηση ή/ και χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι σε αρκετά από τα επιλεγμένα δείγματα παρουσιάζεται συμμεταβολή μεταξύ των διαστάσεων των αποδόσεων των αιτίων και της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας. Επειδή όμως, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας ενδέχεται (και σύμφωνα με την υπόθεσή μας) να αποτελεί το τελικό αίτιο αναζήτησης βοήθειας θεωρήθηκε πως επιβάλλονταν να διερευνηθεί και να επιβεβαιωθεί αφενός η σχέση της με τους αιτιολογικούς παράγοντες (διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων) του «τόπου», της «σταθερότητας», της «ελεγχιμότητας», της «παγκοσμιότητας» και της «γενίκευσης» στη ζωή του παιδιού και αφετέρου εάν υπάρχει πιθανότητα να προβλεφθεί από τους παραπάνω παράγοντες ή/ και από άλλους.

3.2. Μελέτη 2: Η σχέση μεταξύ των αποδόσεων των αιώτων ή και άλλων μεταβλητών με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (προβλεπτικοί παράγοντες της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας)

3.2.1. Σκεπτικό

Σε μεγάλη έρευνα (Mone & Baker, 1992) μεταξύ άλλων διαπιστώθηκε ότι οι διαστάσεις του *τόπου* (εσωτερικοί – εξωτερικοί παράγοντες σε σχέση με το άτομο) και της *σταθερότητας* (σταθερότητα – αστάθεια σε σχέση με το χρόνο) της απόδοσης των αιτίων σχετίζονται με την δημιουργία πεποιθήσεων για την αυτοαποτελεσματικότητα των προσωπικών στόχων και την αυτορρύθμιση. Συγκεκριμένα, η επίτευξη των προσωπικών στόχων των ατόμων εξαρτάται από την αυτοαντίληψή τους για τις διαστάσεις του «τόπου» και της «σταθερότητας» και ως εκ τούτου τη δημιουργία της ανάλογης πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητάς τους για την επίτευξη αυτών των στόχων. Προκειμένου να προβλέψουν την επίτευξη αυτών των στόχων προσπαθούν να σταθμίσουν εάν εξαρτάται από τους ίδιους (εσωτερικά αίτια) καθώς επίσης και εάν θεωρούν τους εαυτούς τους πως αποδίδουν σταθερά σε παρόμοιους στόχους τότε θα δημιουργηθεί υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας στα άτομα αυτά και θα καταβάλλουν προσπάθειες. Αντίθετα, εάν η επίτευξη των στόχων αυτών θεωρηθεί από τα άτομα ότι εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες καθώς επίσης και ότι τα ίδια δεν είναι σταθερά στη θετική επίτευξη παρόμοιων στόχων, τότε θα δημιουργήσουν χαμηλή πεποίθηση για την αυτοαποτελεσματικότητά τους και κατά συνέπεια μάλλον δεν θα καταβάλλουν προσπάθεια. Τέλος, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η διάσταση της *σταθερότητας* δεν οδηγεί πάντα στη μείωση της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η ανεπαρκής προσπάθεια (ασταθής παράγοντας) και ως εκ τούτου τα άτομα συνεχίζουν να έχουν υψηλή πεποίθηση αυτοαποτελεσματικότητας καταβάλλοντας περισσότερη προσπάθεια την επόμενη φορά για την επίτευξη του ίδιου προσωπικού στόχου.

Η πεποίθηση της αυτοαποτελεσματικότητας είναι η ικανότητα την οποία αντιλαμβάνονται τα άτομα για τον εαυτό τους προκειμένου να πετύχουν σε συγκεκριμένους στόχους. Τα άτομα αποκτούν αυτοαποτελεσματικότητα μέσω της εμπειρίας (πρώτη πηγή) που είχαν για την επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων, η οποία δημιουργεί

γνωστικές, κοινωνικές, γλωσσικές και φυσικές δεξιότητες οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν μελλοντικά προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επίτευξη παρόμοιων στόχων (Bandura, 1986· Gist & Mitchell, 1992). Γενικά, όσο περισσότερη επιτυχία βιώνουν στους στόχους αυτούς, τόσο περισσότερο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Το αντίθετο συμβαίνει όταν βιώνουν αποτυχία, δηλαδή, όσο περισσότερες αποτυχίες βιώσουν για τους συγκεκριμένους στόχους, τόσο χαμηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας θα αποκτήσουν για τους στόχους αυτούς (Cervone & Peake, 1986· Gist, 1987).

Στην έρευνα των Mone & Baker (1992) η οποία εξέτασε δείγμα φοιτητών διαπιστώθηκε ότι ανάλογα με την απόδοση της αιτίας διαμόρφωναν και ανάλογη αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι διαστάσεις μάλιστα οι οποίες σχετιζόνταν με την αυτοαποτελεσματικότητα ήταν του «τόπου» και της «σταθερότητας». Στην έρευνα αυτή η απόδοση των αιτιών και η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας αφορούσε στους φοιτητές και γινόταν από τους ίδιους για τον εαυτό τους.

Στη βάση των παραπάνω δεδομένων διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της απόδοσης των αιτιών για την δύσκολη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των τελευταίων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Δηλαδή, ο συγκεκριμένος στόχος για τους γονείς είναι η αντιμετώπιση της δύσκολης συμπεριφοράς των παιδιών τους και η δημιουργία αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας από την εμπειρία που είχαν. **Σημειώνεται, ότι σε αντίθεση με την παραπάνω έρευνα στην παρούσα δεν εξετάστηκαν οι αποδόσεις των γονιών για τον εαυτό τους αλλά για τα παιδιά τους.** Δηλαδή, θεωρήθηκε ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους δημιουργείται έμμεσα αφενός γιατί συνδέεται με τις αποδόσεις για τον εαυτό τους και μάλιστα αναλογικά και αφετέρου γιατί μεταξύ των αποδόσεών τους για τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους και των αποδόσεων για τα αίτια επιτυχίας ή αποτυχίας στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους για τον εαυτό τους συνδέονται άμεσα. Για παράδειγμα εάν καταβάλλουν προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών και αποτύχουν τότε είναι πιθανότερο να θεωρήσουν ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά αυτή, δηλαδή ότι οφείλεται σ' αυτούς (**εσωτερικά αίτια**, «τόπος»). Άρα θα δημιουργήσουν χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους, επειδή όμως θα αποδώσουν τα αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού ως εσωτερικά που οφείλονται δηλαδή στα ίδια τα παιδιά τους, καθώς επίσης και ότι είναι ανεξέλεγκτα

και σταθερά (*σταθερότητα*) από τους ίδιους ή/ και από τα παιδιά τους. Άλλωστε, σε μεταναλυτική θεώρηση των Stajkovic & Luthans (1998) προτείνουν περαιτέρω έρευνα για τη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας μέσα από τις αιτιώδεις διαβάσεις. Επιπλέον, όπως συμπεραίνουν άλλοι ερευνητές (Wood et. al., 2000) τα άτομα με χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας θα αναζητήσουν πληροφορίες προκειμένου να πετύχουν τους στόχους τους με επιφανειακές στρατηγικές (π.χ. ανακύκλωση προηγούμενων ατελέσφορων στρατηγικών, δηλαδή, πιθανότατα δεν θα πληροφορηθούν σωστά) επηρεαζόμενοι από κοινές προκαταλήψεις (Bazerman, 1998) προκειμένου να πετύχουν τους στόχους τους. Εν κατακλείδι υποθέτουμε ότι μια παρόμοια διαδικασία διαδραματίζεται και με τους γονείς προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους διότι εμπλέκονται σε ένα φαύλο κύκλο με αποτέλεσμα να καταλήξουν σε αδιέξοδο. Στο σημείο αυτό υποθέτουμε πως είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιον ειδικό.

Στη μελέτη 1 διαπιστώθηκε ότι:

- Οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «παγκοσμιοτητας» της απόδοσης των αιτιών από τους γονείς για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους αφενός διαφέρουν ανάλογα με τη χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας ψυχικής διαταραχής και αφετέρου αποτελούν πιθανά αίτια των υπηρεσιών αυτών.
- η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σχεδόν κατά κανόνα είναι χαμηλότερη παρουσία κάποιας διαταραχής.
- η χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ενδέχεται να αποτελέσει αίτιο αναζήτησης βοήθειας από ειδικό.
- τέλος, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζεται και ταυτόχρονα εξαρτάται σημαντικά και από τις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχιμότητας και της γενίκευσης οι οποίες ενδέχεται να αποτελούν αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό και μάλιστα αναλογικά. Δηλαδή, όσο περισσότερο οι γονείς πιστεύουν ότι τα παιδιά τους δεν παρουσιάζουν σταθερά τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές και όσο αυτές θεωρούν πως είναι ελέγξιμες από αυτά και όχι στους περισσότερους τομείς της ζωής τους, τόσο υψηλότερη είναι η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αντιστρόφως.

Από έρευνες (McGee, Feehan & Williams, 1995· Wilcox, et. al., 2007· Yeh, et. al., 2004) αλλά και από την πολύχρονη εμπειρία μας διαπιστώθηκε ότι πολλοί γονείς αναζητούν βοήθεια από ειδικό όταν το παιδί τους παρουσιάζει δυσκολίες στη σχολική

μάθηση, στην ομιλία και στη συμπεριφορά (Ζουρνατζής & συν., 2002; Ζουρνατζής & συν., 2001; Κάκουρος, Ζουρνατζής, & Μανιαδάκη, 1998). Στη βάση των στοιχείων αυτών θεωρήθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί το ενδεχόμενο της συμβολής και άλλων παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την απόφαση των γονιών να αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικού για διάφορα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Για τον παραπάνω λόγο χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που διερευνούν τις αντιλήψεις των γονιών για τις πιθανές αιτιώδεις κατηγορίες της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Σύμφωνα με έρευνες (Sonuga et. al., 1993) οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ απέδιδαν τον ίδιο αριθμό αιτιωδών κατηγοριών για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Επιπλέον, και λόγω των αποτελεσμάτων της μελέτης 1 κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί το ενδεχόμενο πρόβλεψης της αυτοαποτελεσματικότητας από τους παραπάνω παράγοντες.

3.2.2. Μεθοδολογία

Οι διαστάσεις των αποδόσεων των αιτιών (*τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα και γενίκευση*) στην παρούσα έρευνα θεωρείται πως μεσολαβούν για την διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Άλλωστε αρκετοί θεωρητικοί των αποδόσεων των αιτιών υποστηρίζουν ότι οι αιτιώδεις αποδόσεις διαδραματίζουν ένα κεντρικό ρόλο στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς (Fiske & Taylor, 1991; Nisbett & Ross, 1980) επειδή τα άτομα τις χρησιμοποιούν προκειμένου να κατανοήσουν, να ελέγξουν και να κυριαρχήσουν στο περιβάλλον τους (Forsterling, 1992). Σημειώνεται ότι σε πρόσφατες έρευνες διαπιστώθηκε πως οι αποδόσεις των αιτιών μεσολαβούν μερικώς μεταξύ της συμπεριφοράς των παιδιών με τη συμπεριφορά των γονιών τους (Johnston & Ohan, 2002; Sacco & Murray, 2003; Smith & O'Leary, 1995) διότι εκτός από τις γονικές πεποιθήσεις υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στον τρόπο που θα συμπεριφερθούν οι γονείς όπως η προσωπικότητά τους, η συναισθηματική τους κατάσταση αλλά και το κοινωνικό – πολιτιστικό πλαίσιο (Bornstein, et. al, 1998; Coplan, et. al, 2002; Dix, 1993, 2000). Επίσης, σύμφωνα με έρευνες (McGee, Feehan & Williams, 1995; Wilcox, et. al., 2007; Yeh, et. al., 2004) αλλά και από την πολύχρονη εμπειρία μας διαπιστώθηκε ότι πολλοί γονείς αναζητούν βοήθεια από ειδικό όταν το παιδί τους παρουσιάζει δυσκολίες στη σχολική μάθηση, στην ομιλία και στη συμπεριφορά (Ζουρνατζής & συν., 2002; Ζουρνατζής & συν., 2001; Κάκουρος, Ζουρνατζής, & Μανιαδάκη, 1998), θεωρήθηκε σκόπιμο πως έπρεπε να γίνουν δύο υπομελέτες για την πρόβλεψη της αίσθησης της

αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με τις συνθήκες των ανεξάρτητων μεταβλητών. Η α υπομελέτη και η β υπομελέτη.

3.2.2.1. Στατιστική μελέτη

A) στατιστική υπομελέτη: Γραμμική βηματική παλινδρόμηση (linear stepwise regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή το μέσο όρο των 8 (οκτώ) μεταβλητών της αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του *τόπου* (Locus), της *σταθερότητας* (stability), της *ελεγχιμότητας* (controlability) (Weiner, 1986), της *παγκοσμιότητας* (universality) (Stratton & et. al., 1988; Cornah, et. al., 2003) και της *γενίκευσης* (globality) (Peterson et.al., 1982; Peterson & Villanova, 1988; Cornah, et. al., 2003), τις αιτιώδεις κατηγορίες σύμφωνα με τους Sonuga – Barke & Balding.1993 και άλλες δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας στον προφορικό λόγο).

B) στατιστική υπομελέτη: Γραμμική βηματική παλινδρόμηση (linear stepwise regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή το μέσο όρο των 8 (οκτώ) μεταβλητών της αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις Weiner, «γενίκευση» (globality), «παγκοσμιότητα» (universality), από Sonuga – Barke & Balding.1993 μόνο η μεταβλητή για κάποιο μαθησιακό πρόβλημα και άλλες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας στον προφορικό λόγο).

3.2.2.2. Συμμετέχοντες

Σύμφωνα με τους πίνακες 2.1, 2.5, 2.9 και 2.12, ανάλογα με τις περιπτώσεις δειγμάτων. Τα δείγματα αυτά περιγράφονται με τους αντίστοιχους πίνακες.

3.2.2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία

- ερωτηματολόγιο ερευνητή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) για:
 - κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των γονιών, βασική αναπτυξιακή πορεία παιδιού (π.χ. φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας στον προφορικό λόγο).
 - Διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων
 - *τόπου* (Locus), της *σταθερότητας* (stability), της *ελεγχιμότητας* (controlability) (Weiner, 1986).

- της *παγκοσμιότητας* (universality) (Stratton & et. al., 1988; Cornah, et. al., 2003)
 - και της *γενίκευσης* (globality) (Peterson et.al., 1982; Peterson & Villanova, 1988; Cornah, et. al., 2003),
- CBCL (Child Behavior CheckList), ελληνική στάθμιση Ρούσσου & συν., 2003 (πρωτότυπη: Achenbach & Rescoria, 2001)
 - Κλίμακα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα ελληνική στάθμιση Καλαντζή & συν., 2005 (πρωτότυπη ADHD Rating Scale-IV, DuPaul et. al., 1998)
 - Απόδοση αιτίων σε αιτιώδεις κατηγορίες σύμφωνα με τους Sonuga – Barke & Balding, 1993.
 - Υποκλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας της διαχείρισης της συμπεριφοράς στην σχολική τάξη (Efficacy in Classroom Management) μέσα στην τάξη από το δάσκαλο (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) μετάφραση και προσαρμογή για γονείς (Ζουρνατζής 2004 για πλήρη έκδοση (long form), Μανιαδάκη, 2003 για σύντομη έκδοση (sort form)).

3.2.3. Αποτελέσματα α στατιστικής υπομελέτης

1^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.37. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά)

		ΔΚΦ ₁ (step 7)		ΔΚΦ ₂ (step 8)		ΔΚΦ ₃ (STEP 8)		ΔΚΦ ₆ step 5	
		R ² _{adj} = 0,384		R ² _{adj} = 0,428		R ² _{adj} = 0,412		R ² _{adj} = 0,420	
		Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	p<0,
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα								
	ελεγχιμότητα	-	A ⁸	-,147	,027	-	A ⁹		
	παγκοσμιότητα	-,156	,018						
	Γενίκευση	-,176	,009	-,264	,000	-,166	,012		
ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	πειθαργεία	-,321	,000	-,217	,001	-,418	,000	-,335	,000
	Διασκεδάζει			-,222	,001				
	αγάπη γονέων	-,329	,000	-,186	,003	-,284	,000		
	Μαθ. πρόβλημα			-,188	,003				
	Χωρισμ. γονείς	,116	,042	-,165	,007	,155	,017		
	Κατάθλ. μητέρας			-,130	,034			-,182	,031
	Θέλει να αναστατ.							-,257	,005
	Εγκεφαλική βλάβη							,198	,018
	Δεν μπορεί αλλιώς					-,284	,000		
ΚΟΙΝΩΝΙΟ-ΚΟΙΝΩΝΟ-ΓΡΑΦΙΚΑ	Φύλο					,155	,018		
	Δυσκολίες ομιλίας	,133	,019					,393	,000
	ηλικία								
	Τόπος κατοικίας								

⁸ Σημείωση μέχρι το και το **step 5** Adjusted R Square = 0,362, R Square Change p<0,017 τότε Weiner controllability = Beta ln = ,124 & p<0,042

⁹ Σημείωση Weiner ελεγχιμότητα p<0,085

2^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.38. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) ΚΛΙΝΙΚΟ & ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV

		ΔΚΟΦ ₁ (step 6)		ΔΚΟΦ ₂ (step 8)		ΔΚΟΦ ₃ (STEP 8)		ΔΚΟΦ ₆ (step 10)	
		R ² _{adj} = 0,368		R ² _{adj} = 0,420		R ² _{adj} = 0,402		R ² _{adj} = 0,391	
		Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα	-,111	,046	-,167	,005			-,307	,000
	ελεγχιμότητα								
	παγκοσμιότητα								
	Γενίκευση	-,243	,000	-,277	,000	-,209	,000		
ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	πειθαρχεία	-,297	,000	-,213	,000	-,363	,000	-,314	,000
	Διασκεδάζει					-,167	,003		
	αγάπη γονέων	-,170	,000	-,164	,001	-,199	,001	-,196	,005
	Παραμέληση γονιών							-,146	,045
	Χωρισμ. γονείς			,126	,009				
	Μονογονεϊκή οικ.					,113	,047		
	Κατάθλ. μητέρας			-,148	,003				
	Κακομαθημένος							-,173	,008
	Πρόωρο					,116	,043		
	Νοητική υστέρηση							,251	,000
Θέλει να αναστατ.	-,154	,003	-,162	,003	-,151	,024			
Δεν μπορεί αλλιώς	-,132	,004	-,147	,003					
ΚΟΙΝΩΝΙΟ-ΚΟΔΗΜΟ-ΓΡΑΦΙΚΑ	Φύλο								
	Δυσκολίες ομιλίας							,216	,000
	Τόπος κατοικίας					-,163	,004	-,133	,036
	Ηλικία								

3^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.39. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διαγνώση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV

		ΔΚΚΚΦ _{0α}		ΔΚΚΚΦ ₁		ΔΚΚΚΦ ₂		ΔΚΚΚΦ ₃	
		(step 6)		(step 6)		(STEP 9)		(STEP 6)	
		$R^2_{adj} = 0,437$		$R^2_{adj} = 0,383$		$R^2_{adj} = 0,421$		$R^2_{adj} = 0,420$	
		Beta	P<0.	Beta	P<0.	Beta	P<0.	Beta	P<0.
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα								
	ελεγχιμότητα								
	παγκοσμιότητα								
	Γενίκευση	-.315	.000	-.269	.000	-.331	.000	-.229	.000
ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	πειθαργεία	-.263	.000	-.270	.000	-.186	.003	-.347	.000
	Διασκεδάζει	-.191	.005	-.121	.038	-.163	.010	-.154	.013
	αγάπη γονέων	-.204	.001	-.166	.001	-.149	.006	-.244	.000
	Μαθ. πρόβλημα					-.131	.014		
	Χωρισμ. γονείς	.170	.004			.129	.013	.111	.039
	Μονογονεϊκή οικ.								
	Κατάθλ. μητέρας					-.107	.043		
	Θέλει να αναστατ.			-.134	.028	-.141	.030		
	Δεν μπορεί αλλιώς	-.168	.005	-.135	.007	-.119	.024	-.163	.003
ΚΟΙΝΩΝΙΟΚΟΙΝΩΝΙΑΚΑ ΓΡΑΦΙΚΑ	Φύλο παιδιού								
	Ηλικία παιδιού								
	Δυσκολίες ομιλίας								
	Τόπος κατοικίας								

4^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.40. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΑΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΑΙΝΙΚΟΥ & ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV

		ΔΚΚΚΟΦ _{0β}		ΔΚΚΚΟΦ ₁		ΔΚΚΚΟΦ ₂		ΔΚΚΚΟΦ ₃	
		(step 6)		(step 6)		(STEP 9)		(STEP 7)	
		R ² _{adj} = 0,437		R ² _{adj} = 0,372		R ² _{adj} = 0,419		R ² _{adj} = 0,412	
		Beta	P<0.	Beta	P<0.	Beta	P<0.	Beta	P<0.
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα			-,106	,044	-,154	,006		
	ελεγχιμότητα								
	παγκοσμιότητα								
	Γενίκευση	-,315	,000	-,239	,000	-,280	,000	-,227	,000
ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	πειθαργεία	-,263	,000	-,295	,000	-,180	,001	-,364	,000
	Διασκεδάζει	-,191	,005			-,112	,036		
	αγάπη γονέων	-,204	,001	-,166	,000	-,152	,001	-,199	,000
	Μαθ. πρόβλημα								
	Χωρισμ. γονείς	,170	,004			,117	,011		
	Μονογονεϊκή οικ.							,104	,047
	Κατάθλ. μητέρας					-,119	,010		
	Θέλει να αναστατ.			-,162	,001	-,142	,008	-,156	,013
Δεν μπορεί αλλιώς	-,168	,005	-,127	,004	-,130	,005	-,149	,005	
ΚΟΙΝΩΝΙΟΚΟΙΝΩΝΙΑΚΑ	Φύλο								
	Δυσκολίες ομιλίας								
	Τόπος κατοικίας							-,135	,010
	Ηλικία								

3.2.4. Αποτελέσματα β στατιστικής υπομελέτης

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.41 ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΑΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά) Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών

		$\Delta\text{ΚΦ}_1$ (step 3)		$\Delta\text{ΚΦ}_2$ (step 2)		$\Delta\text{ΚΦ}_3$ (STEP 2)		$\Delta\text{ΚΦ}_6$ (step 3)	
		$R^2_{\text{adj}} = 0,167$		$R^2_{\text{adj}} = 0,219$		$R^2_{\text{adj}} = 0,118$		$R^2_{\text{adj}} = 0,195$	
		Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα							-,315	,002
	ελεγχιμότητα	-,158	,023	-,175	,024	(-,142 ln)	,085 (1 step)		
	παγκοσμιότητα								
	Γενίκευση	-,287	,000	-,381	,000	-,260	,001		
Αιτιώδη κατηγορία «Μαθ. Πρόβλημα»								,208	,039
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟ- ΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδιού								
	Φύλο παιδιού					,212	,008		
	Δυσκολίες ομι- λίας	,159	,016					,443	,000
	Τόπος κατοικίας								

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.42. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών *Self Efficacy* ΚΑΙΝΙΚΟ και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά) Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών

		ΔΚΟΦ ₁ (step 2)		ΔΚΟΦ ₂ (step 3)		ΔΚΟΦ ₃ (STEP 3)		ΔΚΟΦ ₆ step 4	
		$R^2_{adj} = 0,172$		$R^2_{adj} = 0,256$		$R^2_{adj} = 0,129$		$R^2_{adj} = 0,120$	
		Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,	Beta	P<0,
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος								
	σταθερότητα							-,301	,000
	ελεγχιμότητα	-,137	,016	-,126	,038				
	παγκοσμιότητα								
	Γενίκευση	-,347	,000	-,397	,000	-,291	,000		
Αιτιώδη κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλημα»				-,135	,016				
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟ- ΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδιού								
	Φύλο παιδιού					,159	,019		
	Δυσκολίες ομιλίας							,234	,001
	Τόπος κατοικίας					-,139	,039		

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.43. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΑΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΑΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών

	ΔΚΚΦ ₀₀₁ (step 1)	ΔΚΚΚΦ ₁ (step 2)	ΔΚΚΚΦ ₂ (STEP 2)	ΔΚΚΚΦ ₃ (STEP 2)
	R ² _{adj} = 0,137	R ² _{adj} = 0,148	R ² _{adj} = 0,211	R ² _{adj} = 0,137
	Beta	Beta	Beta	Beta
	P<0,	P<0,	P<0,	P<0,
Τόπος				
σταθερότητα				
ελεγχιμότητα	(-,160 ln)	,088	-,132	,044
παιγκροσμιότητα				
Γενίκευση	-,380	,000	-,322	,000
Αιτιώδη κατηγορία				
«Μιαθρησικό πρόβλημα»				
Ηλικία παιδιού				
Φύλο παιδιού				
Δυσκολίες ομιλίας				
Τόπος κατοικίας				
ΚΟΙΝΟ- ΚΑΘΗΜΟ- ΓΡΑΦΙΚΑ				
				,179
				,006
				ln -,113
				,083

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.44. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ή και ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών

	ΔΚΚΟΦ _{0p} (step 1)		ΔΚΚΟΦ ₁ (step 2)		ΔΚΚΟΦ ₂ (STEP 2)		ΔΚΚΟΦ ₃ (STEP 2)	
	R ² _{adj}	Beta	R ² _{adj}	Beta	R ² _{adj}	Beta	R ² _{adj}	Beta
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ Α-ΠΛΟΗΣΗΣ ΑΙΤΙΩΝ	Τόπος							
	σταθερότητα							
	ελεγχτικότητα		-,135	,014		-,135	,021	ln - ,096 ,111
Λιτόδη κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλημα»	παγκοσμιότητα							
	Γενίκευση	-,396	,000	-,344	,000	-,414	,000	-,318
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδιού					ln -,100	,059	
	Φύλο παιδιού							
	Δυσκολίες ομιλίας			ln ,097	,055			,163
	Τόπος κατοικίας							ln - ,075 ,111

3.2.5. Συζήτηση

Α στατιστική υπομελέτη (όλοι οι παράγοντες)

1^η περίπτωση (κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul).

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 3.37 στο ΔΚΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις της «παγκοσμιότητας» και της «γενίκευσης», η «άσκηση πειθαρχίας», «η αγάπη των γονέων» για τα παιδιά τους, οι «διαξευγμένοι» και οι «δυσκολίες στην ομιλία» του παιδιού. Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,384$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επισημαίνεται το γεγονός ότι η διάσταση της «ελεγχιμότητας» αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μέχρι και το 5^ο βήμα της παλινδρόμησης ($p < 0,042$), ενώ είναι ασήμαντος παράγοντας έως το 7^ο που είναι το τελευταίο.

Στο ΔΚΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.37 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν οι διαστάσεις της «γενίκευσης» και της «ελεγχιμότητας», οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», «διασκεδάσει», «αγάπη γονέων», «μαθησιακό πρόβλημα», «διαξευγμένοι γονείς» και η «κατάθλιψη μητέρας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,428$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.37 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης», οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», «δεν μπορεί αλλιώς», η «αγάπη γονέων», οι «διαξευγμένοι γονείς» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο

διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,412$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επισημαίνεται το γεγονός ότι η διάσταση της «ελεγχιμότητας» δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μέχρι το 6^ο βήμα της παλινδρόμησης που είναι το τελευταίο ($p < 0,085$).

Στο ΔΚΦ₆ στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», η «κατάθλιψη μητέρας», οι «δυσκολίες στην ομιλία», «θέλει να αναστατώνει» και κάποια «εγκεφαλική βλάβη». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,420$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό καμία από τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων δεν αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα, αλλά μόνο κάποιες αιτιώδεις κατηγορίες.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα από όλα τα προηγούμενα δείγματα (ΔΚΦ₁, ΔΚΦ₂, ΔΚΦ₃ και ΔΚΦ₆) της 1^{ης} περίπτωσης, παρατηρείται ότι:

- η διάσταση της «γενίκευσης» και ο παράγοντας της «αγάπης γονέων» είναι κοινói προβλεπτικοί παράγοντες για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας εκτός από το ΔΚΦ₆.
- οι δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, τόπος κατοικίας, ηλικία) δεν είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες εκτός από το «φύλο» στο ΔΚΦ₃ όπου ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό.
- Η «άσκηση πειθαρχίας» είναι παράγοντας που προβλέπει τη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ΣΕ ΟΛΑ τα επιλεγμένα δείγματα

Οι παρατηρήσεις αυτές μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι διαδικασίες της απόδοσης των αιτίων βρίσκονται σε εξέλιξη όπως φαίνεται καθαρά στο ΔΚΦ₆ ενώ στο ΔΚΦ₃ όπου ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν ειδικό εντάσσονται και άλλες μεταβλητές πρόβλεψης όπως το «φύλο» καθώς και μεταβλητές που σχετίζονται με

την παρατηρήσιμη συμπεριφορά (δεν μπορεί αλλιώς). Δηλαδή, κατέληξαν σε αδιέξοδο.

Πίνακας 3.45. κοινές μεταβλητές πρόβλεψης αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας

	Παράγοντες πρόβλεψης αυτοαποτελεσματικότητας
ΔΚΦ ₁	«παγκοσμιότητα», «γενίκευση», άσκηση πειθαρχίας , «αγάπη των γονέων», « διαζευγμένοι γονείς » και οι «δυσκολίες στην ομιλία»
ΔΚΦ ₂	«γενίκευση», «ελεγχιμότητα», άσκηση πειθαρχίας , «διασκεδάζει», «αγάπη γονέων», «μαθησιακό πρόβλημα», « διαζευγμένοι γονείς » και η «κατάθλιψη μητέρας».
ΔΚΦ ₃	«γενίκευση», άσκηση πειθαρχίας , «δεν μπορεί αλλιώς», «αγάπη γονέων», « διαζευγμένοι γονείς » και το «φύλο».
ΔΚΦ ₆	άσκηση πειθαρχίας , «κατάθλιψη μητέρας», «δυσκολίες στην ομιλία», «θέλει να αναστατώνει» και «εγκεφαλική βλάβη»

2^η περίπτωση (κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.38)

Στο ΔΚΟΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις της «σταθερότητας» και της «γενίκευσης», η «άσκηση πειθαρχίας», η «αγάπη των γονέων», «θέλει να αναστατώνει» και «δεν μπορεί αλλιώς». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,368$ μας πληροφορεί ότι περίπου τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΟΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.38 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν οι διαστάσεις της «γενίκευσης» και της «σταθερότητας», οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «αγάπη γονέων», «δεν μπορεί αλλιώς», «διαζευγμένοι γονείς» και η «κατάθλιψη μητέρας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,420$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΟΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.38 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης», οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», «διασκεδάσει», «θέλει να αναστατώνει», η «αγάπη γονέων», «μονογονεϊκή οικογένεια», «πρόωρο» και ο «τόπος κατοικίας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,402$ μας πληροφορεί ότι τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΟΦ₆ στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιον ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η

διάσταση της «σταθερότητας», οι παράγοντες της «άσκησης πειθαρχίας», «κακομαθημένος», η «αγάπη γονέων», «παραμέληση γονιών», οι «δυσκολίες στην ομιλία», «τόπος κατοικίας» και η «νοητική υστέρηση». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο δι-
ορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,391$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Πίνακας 3.46. με κοινές μεταβλητές πρόβλεψης αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας

	Παράγοντες πρόβλεψης αυτοαποτελεσματικότητας
ΔΚΟΦ ₁	«σταθερότητα», η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», η «αγάπη γονέων», «θέλει να αναστατώνει» και «δεν μπορεί αλλιώς»
ΔΚΟΦ ₂	«γενίκευση», «σταθερότητα», «άσκηση πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «αγάπη γονέων», «δεν μπορεί αλλιώς», «διαξευγμένοι γονείς» και η «κατάθλιψη μητέρας»
ΔΚΟΦ ₃	«γενίκευση», «άσκηση πειθαρχίας», «διασκεδάζει», «θέλει να αναστατώνει», η «αγάπη γονέων», «μονογονεϊκή οικογένεια», «πρόωρο» και ο «τόπος κατοικίας»
ΔΚΟΦ ₆	«σταθερότητα», «άσκηση πειθαρχίας», «κακομαθημένος», «αγάπη γονέων», «παραμέληση γονιών», «δυσκολίες στην ομιλία», «τόπος κατοικίας» και «νοητική υστέρηση».

3^η περίπτωση (Κλινικό δείγμα ή/ και με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.39)

Στο **ΔΚΦ_{0α}** (κλινικό δείγμα σε κλινικό φάσμα βάσει των των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», η «αγάπη των γονέων», «διασκεδάζει» και «δεν μπορεί αλλιώς» και «χωρισμένοι γονείς». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,437$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΚΚΦ₁** σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «διασκεδάζει», «δεν μπορεί αλλιώς» και η «αγάπη των γονέων». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,383$ μας πληροφορεί ότι περίπου τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΚΚΦ₂** στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «διασκεδάζει», «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «χωρισμένοι γονείς», η «αγάπη των γονέων» και η «κατάθλιψη μητέρας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,421$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΚΚΦ₃** στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.39 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης», η «άσκησης πειθαρχίας», «διασκεδάζει», «δεν μπορεί αλλιώς», η «αγάπη

γονέων» και «χωρισμένοι γονείς». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,420$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

4^η περίπτωση (Κλινικό δείγμα ή/ και με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.40)

Στο ΔΚΦ_{0B} (κλινικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», «διασκεδάζει», «δεν μπορεί αλλιώς», η «αγάπη των γονέων», «χωρισμένοι γονείς». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,437$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «σταθερότητα», η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «δεν μπορεί αλλιώς» και η «αγάπη των γονέων». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,372$ μας πληροφορεί ότι περίπου τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «σταθερότητα», η «γενίκευση», η «άσκηση πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «διασκεδάσει», «δεν μπορεί αλλιώς», «χωρισμένοι γονείς», η «αγάπη των γονέων» και η «κατάθλιψη μητέρας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,419$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.40 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης», η «άσκησης πειθαρχίας», «θέλει να αναστατώνει», «δεν μπορεί

αλλιώς», η «αγάπη γονέων» και «μονογονεϊκή οικογένεια». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,412$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στους πίνακες 3.38 έως και 3.40 στα δείγματα ΔΚΦ₁, ΔΚΟΦ₁, ΔΚΚΚΦ₁ & ΔΚΚΚΟΦ₁ σε περισσότερο από το 1/3 των δειγμάτων η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να προβλεφθεί καλύτερα από τους κοινούς παράγοντες της διάστασης της «γενίκευσης», της «άσκησης πειθαρχίας» και της «αγάπης γονέων».

Πίνακας 3.47 Συναρπτικός πίνακας μέσω των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την αίσθηση της αυτοπροσβελασματικότητας των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης.

Διαστάσεις	ΔΚΦ ₁	ΔΚΦ ₂	ΔΚΦ ₃	ΔΚΦ ₆	ΔΚΟΦ ₁	ΔΚΟΦ ₂	ΔΚΟΦ ₃	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚ _{6α}	ΔΚΚΚ Φ ₁	ΔΚΚΚ Φ ₂	ΔΚΚΚ Φ ₃	ΔΚ _{6β}	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₁	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₂	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₃
Τόπος					✓													✓		
Σταθερότητα					✓														✓	
Ελεγχιμότητα	5° ($p < 0,042$)	✓	($p < 0,085$)																	
Παγκοσμότητα	✓																			
Γένεση	✓	✓	✓		✓									✓	✓	✓		✓		✓
Πειθαρχία	✓	✓	✓	✓	✓									✓	✓	✓		✓		✓
Διασκεδάσει		✓			✓									✓	✓	✓		✓		✓
Θέλει να αναστατώνει					✓									✓	✓			✓		✓
Δεν μπορεί αλλιώς			✓		✓									✓	✓	✓		✓		✓
Κακομαθημένος					✓									✓	✓	✓		✓		✓
Αγάπη γονέων	✓	✓	✓		✓									✓	✓	✓		✓		✓
Παραμέληση γονιών																				
Χορισμένοι γονείς	✓	✓	✓		✓														✓	
Μονογονεϊκή οικογένεια																				
Κατάβληση μητέρας		✓			✓														✓	
Μαθησιακό πρόβλημα		✓																		
Εγκεφαλική βλάβη																				
Πρόωρο Νοητική υστέρηση																				
Φύλο			✓																	
Τόπος κατοικίας																				
Δυσκολίες ομιλίας	✓																			

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 3.47 παρατηρούμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις κοινός προβλεπτικός παράγοντας αποτελεί η «η άσκηση πειθαρχίας» που σημαίνει ότι οι γονείς προβληματίζονται εάν είναι «ανεκτικοί» στη συμπεριφορά του παιδιού τους ή/ και εάν επιβάλλουν ικανοποιητικούς κανόνες πειθαρχίας ώστε να συνεντίσουν το παιδί τους.

Η διάσταση της *γενίκευσης* διαπιστώνεται ότι διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας αφού αποτελεί κοινό προβλεπτικό παράγοντα σχεδόν σε όλα τα δείγματα. Επιπλέον, ο παράγοντας της «αγάπης των γονέων» διαπιστώνεται ότι έχει εξίσου ίδια ισχύ στην πρόβλεψη της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας και γενικά σε ότι αφορά στην αυτοαντίληψη της συμπεριφοράς των γονιών για τους εαυτούς τους ως πιθανό αίτιο της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών τους.

Σημαντικά στοιχεία υποκαλύπτονται όσον αφορά την επιλογή των δειγμάτων και κυρίως μεταξύ κλινικού και κλινικού ή/ και οριακού φάσματος όπου εμφανίζεται επιπλέον η διάσταση της *σταθερότητας* καθώς και άλλοι παράγοντες. Αυτό σημαίνει ότι μάλλον βρίσκονται σε μια εξελικτική διαδικασία απόδοσης αιτίων εφόσον η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας διαμορφώνεται (Bandura, 2000' 1997) με την πάροδο του χρόνου και ανάλογα με τις επιτυχημένες ή αποτυχημένες προσπάθειες των γονιών. Άλλωστε στην ανάλυση oneway ANOVA παρατηρείται σημαντική διαφορά για την αυτοαποτελεσματικότητα μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος στα ψυχομετρικά εργαλεία της παρούσας έρευνας. Επειδή, σχεδόν κατά κανόνα τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών που εντάσσονται σε οριακό φάσμα είναι πιο ήπιες μορφής σε σχέση με το κλινικό φάσμα, είναι λογικό να υπάρχει δυσκολία στη διάκριση της διάστασης της *σταθερότητας* διότι η εμφάνιση των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών που εντάσσονται σε οριακό φάσμα είναι λιγότερο συχνά σε σχέση με αυτά του κλινικού φάσματος.

Τέλος, το τελευταίο συμπέρασμα αποτελεί μια ισχυρή ένδειξη ότι η παρουσία κάποιας διαταραχής οδηγεί τους γονείς σε μια διαδικασία απόδοσης αιτίων στη βάση των πέντε διαστάσεων (*τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα και γείκευση*). Κατά συνέπεια η διαμόρφωση ανάλογης αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας σε βάθος χρόνου, είναι πιθανότατα μια «αναπτυξιακή διαδικασία» η οποία είναι ανάλογη με την έκβαση των διαταραχών αυτών (ΔΕΠ-Υ και άλλες διαταραχές) η οποία (έκβαση) εξαρτάται από την απόδοση των αιτίων για κάθε χρονική στιγμή της πορείας αυτής.

B στατιστική υπομελέτη (διαστάσεις απόδοσης αιτίων, μαθησιακό πρόβλημα, φύλο, ηλικία, δυσκολίες ομιλίας, τόπος κατοικίας)

I^η περίπτωση (κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.41)

Στο ΔΚΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «ελεγχιμότητα», η «γενίκευση» και οι «δυσκολίες στην ομιλία». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,167$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν το ¼ του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.41 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν οι διαστάσεις της «γενίκευσης» και της «ελεγχιμότητας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,219$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από το ¼ του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.41 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,118$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επισημαίνεται το γεγονός ότι η διάσταση της «ελεγχιμότητας» δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μέχρι το 2^ο βήμα της παλινδρόμησης το οποίο είναι το τελευταίο, αλλά μεταξύ των άλλων παραγόντων παίρνει τιμή $-0,142$ και $p < 0,085$, δηλαδή υπάρχει μια τάση.

Στο ΔΚΦ₆ στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «σταθερότητας», το «μαθησιακό πρόβλημα» και οι «δυσκολίες στην ομιλία». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,195$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν το ¼ του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

2^η περίπτωση (κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.42)

Στο **ΔΚΟΦ₁** σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «ελεγχιμότητα» και η «γενίκευση». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,172$ μας πληροφορεί ότι περίπου το 1/4 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΟΦ₂** στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.42 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν οι διαστάσεις της «γενίκευσης», «ελεγχιμότητας» και το «μαθησιακό πρόβλημα». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,256$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν το 1/3 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΟΦ₃** στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.42 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,129$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο **ΔΚΟΦ₆** στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «σταθερότητας» και οι «δυσκολίες στην ομιλία». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,120$ μας πληροφορεί ότι σχεδόν τα 2/5 του δείγματος ερμηνεύονται

από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

3^η περίπτωση (Κλινικό δείγμα ή/ και με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.43).

Στο ΔΚΦ_{0α} (κλινικό δείγμα σε κλινικό φάσμα βάσει των των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελεί η διάσταση της «γενίκευσης». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,137$ μας πληροφορεί ότι λιγότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από την παραπάνω ανεξάρτητη μεταβλητή και μπορεί να προβλέψει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Σημειώνεται ότι η διάσταση της «ελεγχιμότητας» είναι οριακά ασήμαντη (-,160 Beta In, $p < 0,088$).

Στο ΔΚΚΚΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,148$ μας πληροφορεί ότι λιγότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,211$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.43 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,137$ μας πληροφορεί ότι λιγότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες

μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Σημειώνεται ότι στο 1^ο βήμα της παλινδρόμησης η διάσταση της «ελεγχιμότητας» (Beta In = -,122, $p < 0,075$) όπως και ο παράγοντας του «τόπου κατοικίας» (Beta In = -,113, $p < 0,083$) είναι οριακά ασήμαντοι παράγοντες για την πρόβλεψη της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών.

4^η περίπτωση (Κλινικό δείγμα ή/ και με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.44).

Στο ΔΚΦ_{0β} (κλινικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελεί η διάσταση της «γενίκευσης». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,151$ μας πληροφορεί ότι λιγότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από την παραπάνω ανεξάρτητη μεταβλητή και μπορεί να προβλέψει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₁ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «ελεγχιμότητα» και η «γενίκευση». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,170$ μας πληροφορεί ότι περίπου το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επίσης, ο παράγοντας του «φύλου» είναι οριακά ασήμαντος (Beta ln = ,092, $p < 0,055$).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₂ στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης αποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η «ελεγχιμότητα» και η «γενίκευση». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,234$ μας πληροφορεί ότι περισσότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επίσης, ο παράγοντας του «μαθησιακού προβλήματος» είναι οριακά ασήμαντος (Beta ln = -,100, $p < 0,059$).

Στο ΔΚΚΚΟΦ₃ στο οποίο συμπεριλήφθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα (δηλαδή, ΟΛΟΙ επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό), όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.44 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αποτελούν η διάσταση της «γενίκευσης» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο διορθωμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (Adjusted R Square) $R^2_{adj} = 0,129$ μας πλη-

ροφωρεί ότι λιγότερο από το 1/5 του δείγματος ερμηνεύεται από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και μπορούν να προβλέψουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (εξαρτημένη μεταβλητή). Επίσης, η διάσταση της «ελεγχιμότητας» στο 1^ο από τα δύο βήματα της παλινδρόμησης είναι οριακά ασήμαντη (Beta ln = -,111, p<0.096) καθώς και ο παράγοντας του «τόπου κατοικίας» όπου στο 1^ο βήμα της παλινδρόμησης είναι σημαντικός παράγοντας (Beta ln = -,122, p<0,054) ενώ στο 2^ο βήμα της παλινδρόμησης είναι οριακά ασήμαντος (Beta ln = -,111, p<0.075).

Πίνακας 3.48. Συνολτικός πίνακας μόνο των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης και μόνο για τους ΔΕΚΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

	ΔΚΦ ₁	ΔΚΦ ₂	ΔΚΦ ₃	ΔΚΦ ₆	ΔΚΟΦ ₁	ΔΚΟΦ ₂	ΔΚΟΦ ₃	ΔΚΟΦ ₄	ΔΚΟΦ ₅	ΔΚ _{6α}	ΔΚΚΚ _{Φ₁}	ΔΚΚΚ _{Φ₂}	ΔΚΚΚ _{Φ₃}	ΔΚ _{οπ}	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₁	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₂	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₃
Δυστάσεις				✓					✓	✓(✓)							
Τόπος																	
Σταθερότητα				✓													
Ελεγχξιμότητα	✓	✓	✓(✓)								✓	✓	✓(✓)		✓	✓	✓(✓)
Παγκοσμότητα																	
Γενίκευση	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Μαθησιακό πρόβλημα				✓													
Φύλο			✓						✓				✓			✓(✓)	✓
Τόπος κατοικίας									✓				✓(✓)				✓(✓)
Δυσκολίες ομιλίας				✓													

Με ερωτηματικό σημαίνει οριακά ισχυμένο.

Στην περίπτωση όπου εξετάζονται μόνο δέκα παράγοντες (β. αποτελέσματα με δέκα μεταβλητές) κοινοί παράγοντες πρόβλεψης για όλα τα εξεταζόμενα δείγματα ($\Delta K\Phi_1$, $\Delta KO\Phi_1$, $\Delta KKK\Phi_1$ & $\Delta KKKK\Phi_1$) φαίνεται ότι είναι οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης» με τη διαφορά ότι ο διορθωμένος δείκτης προσδιορισμού ($Adj. R^2$) καλύπτει το ¼ περίπου των περιπτώσεων.

Κάνοντας το αντίστροφο, δηλαδή, πρόβλεψη κάθε παράγοντα απόδοσης αιτίων ξεχωριστά (τόπου, σταθερότητας, ελεγχιμότητας, παγκοσμιότητας και γενίκευσης) από τις μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν σε όλες τις μελέτες (αιτιώδεις κατηγορίες σύμφωνα με Sonuga-Barke & et. al, 1993), φύλο, τόπος, δυσκολίες ομιλίας, ηλικία αλλά και από το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας) σε ολικά δείγματα (πίνακας 3.49) διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των εξεταζόμενων παραγόντων πρόβλεψης μόνο οι διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης» μπορούν να προβλεφθούν και από το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας.

Πίνακας 3.49. Πρόβλεψη διαστάσεων απόδοσης των αιτίων από το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε ολικά δείγματα σύμφωνα με τη διάγνωση και τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και DuPaul

ΔΕΙΓΜΑΤΑ	Ελεγχιμότητα		Γενίκευση	
$\Delta K\Phi_1$ N=200	Adj.R ² = 0,277 (step 5)		Adj.R ² = 0,421 (step 5)	
	Beta= -,158	P<0,012	Beta= -,205	P<0,000
$\Delta KO\Phi_1$ N=312	Adj.R ² = 0,269 (step 4)		Adj.R ² = 0,482 (step 8)	
	Beta= -,121	P<0,020	Beta= -,176	P<0,000
$\Delta KKK\Phi_1$ N=262	Adj.R ² = 0,258 (step 6)		Adj.R ² = 0,427 (step 6)	
	Beta= -,131	P<0,019	Beta= -,219	P<0,000
$\Delta KKKK\Phi_1$ N=341			Adj.R ² = 0,483 (step 8)	
			Beta= -,173	P<0,000
Δείγμα Κοινοτικό σε φυσιολογικό φάσμα βάσει CBCL ή/ και DuPaul N=239	Adj.R ² = 0,444 (step 5)			
	Beta= -,146	P<0,004		

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα του πίνακα 3.49, διαπιστώνεται ότι αφενός η σχέση μεταξύ της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας με τις δύο διαστάσεις (ελεγχιμότητα, γενίκευση) είναι στατιστικά σημαντική αφετέρου μπορούν να προβλεφθούν από το μέσο όρο της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και μάλιστα διαπιστώνεται ότι είναι **αντιστρόφως ανάλογη**. Δηλαδή, όσο μειώνεται ο μέσος όρος της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο αυξάνονται οι δύο διαστάσεις. Το τελευταίο σημαίνει ότι οι γονείς θεωρούν πως τα παιδιά τους

έχουν λιγότερο έλεγχο (*ελεγχιμότητα*) των δυσκολιών στη συμπεριφορά τους καθώς επίσης ότι αφορά σε περισσότερους τομείς της ζωής τους (*γενίκευση*).

3.2.6. ΣΥΝΟΨΗ

Στα δείγματα ΔΚΦ₆ και ΔΚΟΦ₆ παρατηρείται ότι καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας από τις διαστάσεις αποτελεί η διάσταση της *σταθερότητας*. Υπενθυμίζεται ότι τα δείγματα αυτά προέρχονται αποκλειστικά από το κοινοτικό δείγμα. Αυτό σημαίνει ότι ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό ή όχι το θέμα που απασχολεί αυτούς τους γονείς εντοπίζεται στη συχνότητα παρουσίας των συμπτωμάτων. Πρόκειται δηλαδή, για διαφορετική συμπεριφορά των γονιών σε σχέση με τους γονείς του κλινικού δείγματος. **Το τελευταίο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη διότι πολλές έρευνες χρησιμοποιούν μόνο ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ δείγματα και ως εκ τούτου θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην δειγματοληψία έχοντας υπόψη πως ένα κοινοτικό δείγμα έχει διαφορετικές αντιλήψεις και συμπεριφορά απέναντι στην ίδια συμπτωματολογία σε ότι αφορά τουλάχιστον τις αποδόσεις των αιτίων αυτής της συμπτωματολογίας.**

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα και από τις δύο υπομελέτες (α και β) παρατηρείται σημαντική διαφορά στους διορθωμένους δείκτες προσδιορισμού ($Adj.R^2$) μεταξύ των δύο υπομελετών, την α με τη β . Δηλαδή, στην υπομελέτη β παρουσιάζεται μείωση του διορθωμένου δείκτη προσδιορισμού περίπου στο μισό. Το τελευταίο σημαίνει ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών δεν προβλέπεται μόνο από τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων αλλά και από άλλους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν κυρίως την αντίληψη των γονιών για τον εαυτό τους όπως λιγότερη αγάπη για τα παιδιά τους, κατάθλιψη μητέρας και ενδεχομένως κάποιο διαζύγιο. Δηλαδή, κυρίως από στοιχεία που αφορούν περισσότερο στις αντιλήψεις των γονιών για τη συμπεριφορά προς τα παιδιά τους και όχι με τη συμπεριφορά των παιδιών τους η οποία ενδεχομένως οδηγεί σε κάποιας διαταραχή. Η διάσταση της *γενίκευσης* η οποία μπορεί να θεωρηθεί αφορά στη συμπεριφορά των παιδιών δίχως να γνωρίζουν ουσιαστικά το πραγματικό αίτιο.

Χαρακτηριστικό είναι ότι στη β υπομελέτη προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν οι δύο διαστάσεις (*ελεγχιμότητα* και *γενίκευση*) πλην όμως με διορθωμένο δείκτη προσδιορισμού ($Adj.R^2$) που εκφράζει περίπου το 1/5 σε καθένα από τα ολικά δείγματα, σε αντίθεση με την α υπομελέτη που είναι περισσότερο από το διπλάσιο της έκφρασης-ερμηνείας της β υπομελέτης. Δημογραφικά χαρα-

κτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής φαίνεται ότι μάλλον δεν συμβάλλουν τουλάχιστον στη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας.

Στην αντίστροφη μελέτη δηλαδή την πρόβλεψη όλων των παραγόντων από το μέσο όρο της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας και μόνο σε ολικά δείγματα φαίνεται πως τα ποσοστά αυτά αυξάνονται ελαφρώς και μάλιστα επικεντρώνονται σε δύο διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών, την *ελεγχιμότητα* και τη *γενίκευση* με διπλάσιο διορθωμένο δείκτη προσδιορισμού ($Adj.R^2$) υπέρ της *γενίκευσης* σε σχέση με την *ελεγχιμότητα*. Αυτό σημαίνει ότι αφενός οι διαστάσεις αυτές μάλλον διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και αφετέρου επειδή η σχέση αυτή είναι αντιστρόφως ανάλογη σημαίνει ότι όταν μειώνεται ο μέσος όρος της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών αυξάνονται οι διαστάσεις της *ελεγχιμότητας* και της *γενίκευσης*, δηλαδή, οι γονείς πιστεύουν ότι τα παιδιά τους έχουν λιγότερο έλεγχο των δυσκολιών στη συμπεριφορά τους στους περισσότερους τομείς της ζωής τους.

Ένα άλλο στοιχείο της πρόβλεψης των παραγόντων από τη μελέτη των ολικών δειγμάτων αποτελεί και το γεγονός ότι οι διορθωμένοι δείκτες προσδιορισμού ($Adj.R^2$) των δύο διαστάσεων εκφράζουν διαφορετικά ποσοστά για κάθε ολικό δείγμα και μάλιστα η διάσταση της *ελεγχιμότητας* το μισό ποσοστό σε σχέση με τη διάσταση της *γενίκευσης*. Το τελευταίο σημαίνει ότι πιθανότατα η διάσταση της *ελεγχιμότητας* μάλλον γίνεται δυσκολότερα αντιληπτή από τους γονείς όπως υποστηρίχθηκε στη μελέτη I.

Τέλος, σχεδόν σε όλα τα αποτελέσματα παρατηρείται αρνητικό πρόσημο στο συντελεστή β που σημαίνει ότι η σχέση του μέσου όρου της αυτοαποτελεσματικότητας με τις μεταβλητές είναι **ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΩΣ** ανάλογη. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η εξαρτημένη μεταβλητή τόσο μειώνεται η ανεξάρτητη. Για παράδειγμα, όσο αυξάνεται στην κλίμακα Likert για τη διάσταση της *ελεγχιμότητας*, δηλαδή, όσο οι γονείς πιστεύουν πως το παιδί τους δεν μπορεί να ελέγχει τις δυσκολίες στη συμπεριφορά του, τόσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών και νιώθουν ότι δεν έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Αντίστοιχα, για τη διάσταση της *γενίκευσης*, όσο αυξάνεται στην κλίμακα Likert, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν ότι οι δυσκολίες στη συμπεριφορά γενικεύονται και παρουσιάζονται σε πολλούς τομείς της ζωής του παιδιού τους, τόσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους.

Βέβαια σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσε να τεθεί το ερώτημα εάν η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει την απόδοση των αιτίων (διαστάσεις). Ο Bandura (2000) επισημαίνει ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σε μια κοινωνικογνωστική προοπτική όπως η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας επιδρά στην πορεία της υγείας και ειδικά στην αύξηση ή τη μείωση της ψυχολογικής πίεσης και του stress. Όπως αναφέρουν έρευνες του ίδιου (Bandura, 1997) η αντίληψη *ελεγχιμότητα* μίας κατάστασης οδηγεί σε ανάλογη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας. Μία υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αντιμετωπίζει με επιτυχία μία αγχογόνο κατάσταση ενώ η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα και εκλύονται κετοχολαμίνες καθώς και ενδογενής ουσίες οπιούχας μορφής οι οποίες αυξάνουν το άγχος. Συνεπώς, ο Albert Bandura προτείνει πως η *ελεγχιμότητα* μίας κατάστασης ενδέχεται να διαμορφώσει και την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας με επακόλουθες συνέπειες στην αυξομείωση του άγχους. Η *ελεγχιμότητα* αυτή αναφέρεται στο ίδιο το άτομο, δηλαδή, για το πώς αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο την ικανότητά του να *ελέγχει* μία κατάσταση. **Στην παρούσα όμως εργασία η διάσταση της ελεγχιμότητας αφορά στην αντίληψη των γονιών για τον έλεγχο των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι σε σχέση με τη διάσταση της γενίκευσης προβλέπει κατά το ήμισυ την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.** Επειδή, η διάσταση της *ελεγχιμότητας* δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή από τους γονείς για τα παιδιά τους ενώ η διάσταση της *γενίκευσης* (δηλαδή συμβαίνει σε πολλούς τομείς της ζωής του παιδιού οι οποίοι είναι συγκεκριμένοι) γίνεται περισσότερο αντιληπτή από τους γονείς και επειδή είναι άμεσα παρατηρήσιμη είναι σύμφωνο με το αποτέλεσμα της μελέτης αυτής. Άλλωστε, σε έρευνα (Bandura, 1997 «... η αντίληψη *ελεγχιμότητα* μίας κατάστασης οδηγεί σε ανάλογη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας») διαπιστώθηκε ότι το «κλειδί» μεταξύ απόδοσης αιτίων και συμπεριφοράς (μέσω της διαμόρφωσης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία μάλλον δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή) είναι η διάσταση της *ελεγχιμότητας* η οποία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί από τους γονείς για τα παιδιά τους.

Στην παρούσα μελέτη, διαπιστώνεται ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της συμπεριφοράς των παιδιών τους προβλέπεται καλύτερα από τη διάσταση της γενίκευσης.

Το στοιχείο αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους ειδικούς προκειμένου να προσδιορίζουν αφενός και μέσω της τροποποίησης των δυσλειτουργικών αντιλήψεων

των γονιών για τη γενίκευση της κατάστασης και αφετέρου **να επαναπροσδιοριστεί με τη βοήθειά τους η διάσταση της ελεγχιμότητας** των παιδιών διότι οι γονείς από την εμπειρία μας φαίνεται πως δεν είναι σε θέση να την προσδιορίσουν επειδή όπως φαίνεται και από άλλες έρευνες η παρουσία συμπτωμάτων κάποιας ψυχικής διαταραχής δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή από τους γονείς για τα παιδιά τους.

Τέλος, σχεδόν κατά κανόνα οι γονείς τουλάχιστον αρχικά επαναλαμβάνουν τις προσπάθειές τους προκειμένου να συνεντίσουν το παιδί τους ώστε να μη παρουσιάζει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά. Δυστυχώς όμως, συνήθως αποτυγχάνουν στις προσπάθειες αυτές (**πρώτη πηγή** ως ισχυρότερη από τις τέσσερις για τη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας σύμφωνα με τον Bandura, 1986). Επιπλέον, όπως συμπεραίνουν άλλοι ερευνητές (Wood et. al., 2000) τα άτομα με χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας θα αναζητήσουν πληροφορίες (δεύτερη πηγή σύμφωνα με τον Bandura, 1986) προκειμένου να πετύχουν τους στόχους τους αλλά με επιφανειακές στρατηγικές (π.χ. ανακύκλωση προηγούμενων ατελέσφορων στρατηγικών, δηλαδή, πιθανότατα δεν θα πληροφορηθούν σωστά) επηρεαζόμενοι από κοινές προκαταλήψεις (Bazerman, 1998) προκειμένου να πετύχουν τους στόχους τους.

Άλλωστε, σε μεταναλυτική θεώρηση των Stajkovic & Luthans (1998) προτείνεται περαιτέρω έρευνα για τη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας μέσα από τις αιτιώδεις διαβάσεις όπως στην παρούσα εργασία. Ακόμη, σε ότι αφορά στη διάσταση του «τόπου» φαίνεται ότι δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας όπως επισημαίνεται και σε άλλη έρευνα όπου η διάσταση του «τόπου» δεν σχετίζεται με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Lovejoy, Verda & Hays, 1997).

3.3. Μελέτη 3: πρόβλεψη της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς

3.3.1. Σκεπτικό

Όπως διαπιστώθηκε στην εισαγωγή, τα πρότυπα / μοντέλα της αναζήτησης ή/ και χρήσης των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας, προσδιορίζονται από ψυχολογικούς μηχανισμούς όπως για παράδειγμα της αντίληψης των ατόμων για την προβληματική συμπεριφορά οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν καλούς προβλεπτικούς παράγοντες της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι μηχανισμοί αυτοί όμως είναι κατάληκτικοί και όχι αιτιολογικοί, διότι δεν αναδεικνύουν τον ακριβή μηχανισμό και την εξέλιξη σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι Veroff, Kulka & Donovan (1981) είχαν προτείνει ένα απλό πρότυπο για την κατάληξη της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, προτείνουν ότι προηγείται η αναγνώριση και η δεκτικότητα της ιδέας του προβλήματος από αυτούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Στη συνέχεια η λήψη απόφασης να επιδιώξουν βοήθεια, έπειτα να επιλέξουν ποιος θα τους βοηθήσει και τέλος να κάνουν χρήση της επιλογής βοήθειας που προηγήθηκε.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε διάφορες έρευνες το «στίγμα» της ψυχικής νόσου συνδέεται με τις αντιλήψεις των γονιών όπου ενισχύει τις πεποιθήσεις τους πως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας είτε δεν είναι διαθέσιμες είτε δεν προσφέρουν ουσιαστική θεραπεία από τους ειδικούς (Richardson, 2001· Starr, Campbell, & Herrick, 2002).

Σε άλλη έρευνα ως βασικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας, διαπιστώνεται η αναγνώριση του προβλήματος από τους γονείς. Μεταξύ άλλων παραγόντων οι οποίοι φαίνεται πως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι οι πολιτιστικές αξίες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Eiraldi, et. al., 2006).

Από τη βιβλιογραφική έρευνα του Sayal (2006) προτείνεται ένα πυραμιδικό πρότυπο με τρία φίλτρα και τέσσερα στάδια. Στη βάση της πυραμίδας αυτής βρίσκεται η γονική αντίληψη (πρώτο στάδιο). Το πρώτο στάδιο αφορά στο πρώτο φίλτρο της απόφασης των γονιών να συμβουλευθούν ειδικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παθολόγο ή/ και παιδίατρο, αίσθηση της ανάγκης πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους γονείς). Ακολουθεί το δεύτερο φίλτρο της αναγνώρισης του προβλήματος. Η αναγνώριση αυτή γίνεται από κάποιο ειδικό ιατρό παθολόγο ή/ και παιδίατρο (δεύτερο στάδιο). Το τρίτο φίλτρο αφορά στην παραπομπή των γονιών από τον παθολόγο ή/ και παιδία-

τρο για διάγνωση και αντιμετώπιση από ειδικές υπηρεσίες. Το τρίτο φίλτρο έχει δύο στάδια, το τρίτο και το τέταρτο. Το τρίτο στάδιο αφορά στη διαγείριση του προβλήματος από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (δηλαδή εάν ο παθολόγος ή/ και παιδίατρος τελικά θα παραπέμψει τους γονείς σε ειδικές υπηρεσίες) και το τέταρτο στάδιο στη χρήση ειδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για διάγνωση και αντιμετώπιση από τους γονείς.

Στη μελέτη 1 διαπιστώθηκε ότι οι τρεις διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων («γενίκευση», «ελεγχιμότητα» και «παγκοσμιότητα») οι οποίες αποδίδονται από τους γονείς για τα παιδιά τους διαφέρουν ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι και ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής ή όχι. Επιπλέον, ο μέσος όρος της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών διέφερε για τους ίδιους λόγους. Τέλος, οι παραπάνω παράγοντες ενδέχεται να αποτελούν τα αίτια αναζήτησης ή/ και χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Υπενθυμίζεται ότι η αναζήτηση ή/ και χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης 1 σχετίζεται με τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων αλλά και με την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας.

Στη μελέτη 2 διαπιστώθηκε ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σχετίζεται και μάλιστα αντιστρόφως ανάλογα με τις αποδόσεις των αιτίων για τη συμπεριφορά των παιδιών τους με τις διαστάσεις της «ελεγχιμότητας» και της «γενίκευσης».

Στην παρούσα μελέτη (3) έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε δύο υπομελέτες. Η πρώτη αφορά σε πολλούς παράγοντες (διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων, ο μέσος όρος της αυτοαποτελεσματικότητας, κοινωνικοδημογραφικοί, αιτιώδεις κατηγορίες κ.λ.). Η δεύτερη αφορά στην απομόνωση συγκεκριμένων παραγόντων. Στις πέντε διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων, στο μέσο όρο της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας, στην ηλικία των παιδιών, στον τόπο κατοικίας και στις αιτιώδεις κατηγορίες της ομιλίας, του μαθησιακού προβλήματος.

Η προσπάθεια αυτή αποσκοπεί στην επιβεβαίωση του προτεινόμενου μοντέλου ψυχολογικών μηχανισμών όπως αυτό παρουσιάζεται στην εισαγωγή της παρούσας εργασίας και όχι μόνο ως μοντέλο λήψης απόφασης για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και στρατηγικής της θεραπευτικής αντιμετώπισης τόσο στους γονείς όσο και στα ίδια τα παιδιά με δυσκολίες στη συμπεριφορά τους.

3.3.2. Μεθοδολογία

3.3.2.1. Στατιστική μελέτη

A. στατιστική υπομελέτη:

Λογαριθμική βηματική παλινδρόμηση (logistic forward LR Likelihood ratio or Wald regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή την επίσκεψη ή όχι σε κάποιο ειδικό (δίτιμη) και ανεξάρτητες μεταβλητές το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας, τις διαστάσεις Weiner, globality, universality, όλες της μεταβλητές των αιτιωδών κατηγοριών σύμφωνα με τους Sonuga – Barke & Balding, 1993 και άλλες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας).

B. στατιστική υπομελέτη (11 ανεξάρτητες μεταβλητές):

Λογαριθμική βηματική παλινδρόμηση (logistic forward LR Likelihood ratio or Wald regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή την επίσκεψη ή όχι σε κάποιο ειδικό (δίτιμη) και ανεξάρτητες μεταβλητές το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας, τις διαστάσεις Weiner, globality, universality, μαθησιακό πρόβλημα από Sonuga – Barke & Balding, 1993 και άλλες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας).

3.3.2.2. Συμμετέχοντες

Σύμφωνα με τους πίνακες 2.1, 2.5, 2.9, 2.12 και ανάλογα με τις περιπτώσεις

3.3.2.3. Ψχομετρικά εργαλεία

- ερωτηματολόγιο ερευνητή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) για:
 - κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των γονιών, βασική αναπτυξιακή πορεία παιδιού (π.χ. φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας στον προφορικό λόγο).
 - Διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων
 - τόπου (Locus), της σταθερότητας (stability), της ειεργιμότητας (controlability) (Weiner, 1986),
 - της παγκοσμιότητας (universality) (Stratton & et. al., 1988` Cornah, et. al., 2003)
 - και της γενίκευσης (globality) (Peterson et.all., 1982 ` Peterson & Villanova, 1988` Cornah, et. al., 2003),
- CBCL (Child Behavior ChekList), ελληνική στάθμιση Ρούσσου & συν., 2003 (πρωτότυπη Achenbach & Rescorla, 2001)

- Κλίμακα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα ελληνική στάθμιση Καλαντζή & συν., 2005 (πρωτότυπη ADHD Rating Scale-IV, DuPaul et. al., 1998)
- Απόδοση αιτίων σε αιτιώδεις κατηγορίες σύμφωνα με τους Sonuga – Barke & *Balding, 1993.*
- Υποκλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας της διαχείρισης της συμπεριφοράς στην σχολική τάξη (Efficacy in Classroom Management) μέσα στην τάξη από το δάσκαλο (Tschannen-Moran, & Woolfolk, 2001) μετάφραση και προσαρμογή για γονείς (Ζουρνατζής 2004 για πλήρη έκδοση (long form), Μανιαδάκη, 2003 για σύντομη έκδοση (short form)).

3.3.3. Αποτελέσματα μελέτης 3 (τρία)

Πίνακας 3.50α. Επίσκεψη (χρήση) σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανάλογα με την παρουσία κάποιος διαταραχής στο κοινοτικό δείγμα σε κλινικό και κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL

ή/ και ADHD Rating Scale-IV

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ			
	ΟΧΙ		ΝΑΙ	
	Απόλυτη συχνότητα (r)	Σχετική συχνότητα (rf)	Απόλυτη συχνότητα (r)	Σχετική συχνότητα (rf)
ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (N=92)	52	56,6%	40	43,4%
ΚΛΙΝΙΚΟ Ή/ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (N=171)	116	67,8%	55	32,2%

Πίνακας 3.50β Επιπλέον στο κλινικό δείγμα (N=170) παρατηρήθηκαν τα εξής:

		Αποτέλεσμα αντιμετώπισης άλλου ειδικού						Σύνολα	
		Όχι επίσκεψη άλλο ειδικό	Καθόλου	πολύ λίγο	κάπως	αρκετά	πάρα πολύ		
Επίσκεψη σε άλλο ειδικό	ναι	Απόλυτη τιμή	0	32	22	23	23	6	106
		% με επίσκεψη σε άλλο ειδικό	,0%	30,2%	20,8%	21,7%	21,7%	5,7%	100,0%
		% με αποτέλεσμα αντιμετώπισης άλλου ειδικού	,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	62,4%
		% του συνόλου	,0%	18,8%	12,9%	13,5%	13,5%	3,5%	62,4%
	όχι	Απόλυτη τιμή	64	0	0	0	0	0	64
		% με επίσκεψη σε άλλο ειδικό	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% με αποτέλεσμα αντιμετώπισης άλλου ειδικού	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	37,6%
		% του συνόλου	37,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	37,6%
	Σύνολα	Απόλυτη τιμή	64	32	22	23	23	6	170
		% με επίσκεψη σε άλλο ειδικό	37,6%	18,8%	12,9%	13,5%	13,5%	3,5%	100,0%
	% με αποτέλεσμα αντιμετώπισης άλλου ειδικού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Σύνολα	37,6%	18,8%	12,9%	13,5%	13,5%	3,5%	100,0%	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3.50β, το 37,6% του κλινικού δείγματος επισκέπτονταν πρώτη φορά ειδικό ψυχικής υγείας, ενώ το υπόλοιπο 62,4% είχε επισκεφθεί στο παρελθόν και άλλο ειδικό. Δηλαδή, περίπου τα 2/3 του κλινικού δείγματος χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ το σημαντικότερο από αυτά τα αποτελέσματα είναι ότι τα 3/5 (οι περισσότεροι) είχαν επισκεφθεί και άλλο ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν. Από αυτούς περίπου οι μισοί (51%) δεν έμειναν ευχαριστημένοι λόγω της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης («καθόλου» & «πολύ λίγο») από τις υπηρεσίες αυτές.

Άλλωστε ο δείκτης Pearson's R και Spearman (πίνακας 3.50γ) μας δείχνουν τη μεγάλη συνάφεια που έχουν οι δύο μεταβλητές και μάλιστα αντιστρόφως ανάλογες που σημαίνει ότι η αναποτελεσματικότητα των ειδικών ενδέχεται να είναι ένας παράγοντας ανασταλτικός για επισκέψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας, εάν λάβουμε υπόψη ότι στην άτυπη αναζήτηση βοήθειας οι ενδιαφερόμενοι ενημερώνονται από άλλους που ξέρουν ότι αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα. Εύλογο λοιπόν να «μεταδώσουν» την αναποτελεσματικότητα των ειδικών που επισκέφθηκαν και επομένως να αποθαρρύνουν τους μελλοντικούς χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας 3.50γ. Συνάφεια της επίσκεψης σε ειδικούς με την αποτελεσματικότητά τους

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,771	,023	-15,705	,000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,869	,023	-22,750	,000(c)
N of Valid Cases		170			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

1^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.51. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$)

		ΔΚΦ₁ (step 9)		ΔΚΦ₂ (step 9)		ΔΚΦ₆ Wald (step 31)		
		Nagelkerke R ² = 0,798 Percentage correct = 92,5		Nagelkerke R ² =0,87 Percentage correct=94,4		Nagelkerke R ² =0,83 Percentage correct=91,3		
		e	Exp(B)	e	Exp(B)	e	Wald	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος	,893	2,443			1,286	6,306	3,617
	σταθερότητα							
	ελεγχιμότητα							
	παγκόσμιο	-1,126	,324	-,996	,369	-1,339	7,205	0,262
	Γενικά ζωή							
ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΠΟΔΟΣΕΩΝ	Δεν μπορεί αλλιώς	-,951	,386	-1,162	,313	-1,243	6,102	0,288
	Μαθησιακό πρόβλ.	-2,268	,104	-2,943	,053	-3,131	12,682	0,044
	Πειθαργεία	-,933	,393	-,819	,441	-1,220	7,381	0,295
	Κατάθλ. μη-τέρας	-,872	,418	-,830	,436			
	Αυστηροί γονείς	,642	1,901			1,477	6,343	4,379
	Θάνατος πατέρα					3,972	6,661	53,108
Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy)				,967	2,631			
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδ.			,042	1,043			
	Φύλο	-3,056	,047	-4,003	,018	-4,226	6,682	0,015
	Τόπος κατ.	-1,945	,143	-2,344	,096			
	Δυσκολίες ομιλίας					-2,246	2,831	0,106

2^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.52. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΑΙΝΙΚΟ & ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ

σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά

$p < 0,05$)

		ΔΚΟΦ ₁ (step 8)		ΔΚΟΦ ₂ (step 8)		ΔΚΟΦ ₆ (step 6)	
		Nagelkerke R ² = 0,694 Percentage correct = 86,2		Nagelkerke R ² = 0,811 Percentage cor- rect= 91,4		Nagelkerke R ² = 0,536 Percentage cor- rect= 86,5	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος						
	σταθερότητα						
	ελεγχιμότητα						
	παγκόσμιο	-,485	,616	-,406	,666	-,403	,668
	Γενικά ζωή			-,615	,541		
ΑΙΤΙΟΛΕΙΣ ΚΑΤΗ-ΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΠΟ-	Δεν μπορεί αλλιώς	-,318	,728				
	Μαθησιακό πρόβλ.	-1,097	,334	-1,705	,182	-,784	,457
	Πειθαρχεία						
	Κατάθλ. μητέρας	-,382	,682			-,552	,576
	Προσέλκ. προσοχή			-,745	,475		
	Μοιάζει γονείς	,457	1,580	,454	1,575	,379	1,461
	Κουφό						
Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy)		,892	2,440	,900	2,458		
ΚΟΙΝΩΝΙ-ΚΟΔΗΜΟ-ΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδ.						
	Φύλο	-1,408	,245	-1,915	,147		
	Τόπος κατ.	-1,745	,175	-2,725	,066	-1,476	,228
	Δυσκολίες ομιλίας						

3^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.53. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$)

		ΔΚΚΚΦ ₁ (step 15)		ΔΚΚΚΦ ₂ (step 9)	
		Nag. R ² = 0,879 Perc. Cor. = 96,2		Nag. R ² =0,832 Perc. Cor.= 93,7	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος	1,794	6.014		
	σταθερότητα				
	ελεγχιμότητα	,967	2,630		
	παγκόσμιο	-1,223	,294	-,659	,518
	Γενικά ζωή	-1,227	,293		
ΑΙΤΙΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟ- ΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΠΟΔΟ- ΣΕΩΝ	Δεν μπορεί αλλιώς	-2,258	,105	-,902	,406
	Μαθησιακό πρόβλ.	-5,849	,003	-2,793	,061
	Πειθαρχεία	-1,522	,218	-,521	,594
	Κατάθλ. μητέρας	-3,125	,044	-,850	,428
	Αυστηροί γονείς	1,839	6,290		
	Μοιάζει γονείς	1,115	544,78	,639	1,894
	Αυτοαποτελεσματικότητα (SELF EFFICACY)				
ΚΟΙΝΩΝΙ- ΚΟΔΗΜΟ- ΣΤΑΣΙΑ	Ηλικία παιδ.	,081	1,084	,044	1,045
	Φύλο	-6,919	,001	-4,093	,017
	Τόπος κατ.	-5,589	,004	-2,440	,087
	Δυσκολίες ομιλίας				

4^η περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.54. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ & ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$)

		ΔΚΚΚΟΦ _{1 step 8}		ΔΚΚΚΟΦ _{2 step 8}	
		Nag. R ² = 0,695 Perc. Cor. = 88,0		Nag. R ² =0,795 Perc. Cor.= 93,0	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος				
	σταθερότητα				
	ελεγχιμότητα				
	παγκόσμιο	-,453	,636	-,653	,520
	Γενικά ζωή				
ΑΠΙΘΑΔΕΙΣ ΚΑΤΗΓΟ- ΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΠΟΔΟ- ΣΕΩΝ	Δεν μπορεί αλλιώς	-,285	,752		
	Μαθησιακό πρόβλ.	-1,146	,318	-1,721	,179
	Κατάθλ. μητέρας	-,357	,700		
	Προσέλκ. προσοχή			-,515	,597
	Μοιάζει γονείς	,465	1,591	,475	1,607
	Αυτοαποτελεσματικότητα (SELF EFFICACY)	,827	2,285	1,140	3,128
ΚΟΙΝΩΝΙ- ΚΟΔΗΜΟΓΡ ΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδ.			,016	1,016
	Φύλο	-1,530	,216	-2,005	,135
	Τόπος κατ.	-1,725	,178	-2,412	,090
	Δυσκολίες ομιλίας				

3.3.4. Αποτελέσματα μόνο με διαστάσεις απόδοσης αιτίων, μαθησιακό πρόβλημα και άλλες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας και δυσκολίες ομιλίας)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.55. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών

		$\Delta\mathbf{K}\Phi_1$ (step 8)		$\Delta\mathbf{K}\Phi_2$ (step 6)		$\Delta\mathbf{K}\Phi_6$ (step 4)	
		Nagelkerke $R^2=$ 0,694 Percentage correct = 88,5		Nagelkerke $R^2=$ 0,772 Percentage correct= 93,8		Nagelkerke $R^2=$ 0,628 Percentage correct= 81,5	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος	,567	1,762				
	σταθερότητα						
	ελεγχιμότητα						
	παγκόσμιο	-,581	,559	-,530	,588		
	Γενικά ζωή						
Αιτιώδης κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλ.»		-1,516	,220	-1,889	,151	-1,233	,292
Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy)		1,365	3,917	1,345	3,836		
ΚΟΙΝΩΝΙΟΚΟΛΛΗΜΟ-ΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδιού			,027	1,028		
	Φύλο παιδιού	-1,972	,139	-2,355	,095	-1,756	,173
	Δυσκολίες ομιλ.					-1,897	,150
	Τόπος κατοικίας	-2,158	,116	-2,399	,091	-1,472	,229

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.56. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών

		ΔΚΟΦ₁ (step 5)		ΔΚΟΦ₂ (step 7)		ΔΚΟΦ₆ (step 4)	
		Nagelkerke R ² = 0,659 Percentage correct = 85,6		Nagelkerke R ² = 0,791 Percentage correct= 91,4		Nagelkerke R ² = 0,478 Percentage correct= 83,0	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος						
	σταθερότητα						
	ελεγχιμότητα						
	παγκόσμιο	-,524	,592	-,493	,611	-,492	,611
	Γενικά ζωή			-,504	,604		
Αιτώδης κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλ.»		-1,038	,354	-1,614	,199	-,703	,495
Αυτοαποτελεσματικότητα (Self Efficacy)		,972	2,644	1,071	2,918		
ΚΟΙΝΩΝΙΟ-ΚΟΛΛΗΜΟ-ΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδιού			,019	1,019		
	Φύλο παιδιού	-1,217	,296	-1,986	,137		
	Δυσκολίες ομιλ.					-1,434	,238
	Τόπος κατοικίας	-1,837	,159	-2,525	,080	-1,482	,227

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.57. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών

		ΔΚΚΚΦ ₁ (step 6)		ΔΚΚΚΦ ₂ (step 6)	
		Nag. R ² = 0,690 Perc. Cor. = 90,5		Nag. R ² =0,762 Perc. Cor.= 92,3	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος	,487	1,627		
	σταθερότητα				
	ελεγχιμότητα				
	παγκόσμιο	-,599	,550	-,566	,568
	Γενικά ζωή				
Αιτιώδης κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλ.»		-1,619	,198	-1,972	,139
Αυτοαποτελεσματικότητα (SELF EFFICACY)		1,189	3,284	,942	2,565
ΚΟΙΝΩΝΙ- ΚΟΔΗΜΟΓΡ ΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδ.			,025	1,026
	Φύλο	-2,260	,104	-2,595	,075
	Δυσκολίες ομιλίας				
	Τόπος κατοικίας	-2,314	,099	-2,545	,078

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.58. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ή και ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p < 0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών

		ΔΚΚΚΦ ₁ (step 5)		ΔΚΚΚΦ ₂ (step 6)	
		Nag. R ² = 0,662 Perc. Cor. = 86,5		Nag. R ² =0,773 Perc. Cor.= 91,6	
		e	Exp(B)	e	Exp(B)
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	Τόπος				
	σταθερότητα				
	ελεγχιμότητα				
	παγκόσμιο	-,504	,604	-,658	,518
	Γενικά ζωή				
Αιτιώδης κατηγορία «Μαθησιακό πρόβλημα»		-1,088	,337	-1,557	,211
Αυτοαποτελεσματικότητα (SELF EFFICACY)		,888	2,430	1,110	3,034
ΚΟΙΝΩΝΙ- ΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Ηλικία παιδ.			,018	1,018
	Φύλο	-1,335	,263	-1,942	,143
	Δυσκολίες ομιλίας				
	Τόπος κατοικίας	-1,863	,155	-2,363	,094

3.3.5. Συζήτηση

Α. υπομελέτη (όλοι οι παράγοντες)

1^η περίπτωση (κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.51)

Στο ΔΚΦι (N=200) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «κατάθλιψη μητέρας», «αυστηροί γονείς», «τόπος κατοικίας», «φύλο» και η «άσκηση πειθαρχίας». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0.893} = 2.443 \text{ Exp}(B)$) για τη διάσταση του «τόπου» είναι ίσος με 2,443 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή **όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς σε εσωτερικά τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επίλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 144% περίπου.**

Μία βιαστική σκέψη για το αποτέλεσμα αυτό θα οδηγούσε σε εσφαλμένο συμπέρασμα ότι οι γονείς παραλογίζονται. Το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύεται σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της μελέτης I (πίνακας 3.27 t-test για τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών). Συγκεκριμένα, επειδή οι γονείς αποδίδουν τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς στα παιδιά τους (εσωτερικά) πλην όμως ότι αυτά σύμφωνα με την εκτίμησή τους οφείλονται π.χ. στην κακή διάθεση του παιδιού ή/ και την ελλιπή προσπάθειά του (η οποία δεν έχει να κάνει με εξωτερικά αίτια). Άλλωστε σε έρευνα των Hoza et. al., (2000) διαπιστώθηκε ότι οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί των γονιών για τα παιδιά τους τα οποία έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από τους ίδιους στην «κακή διάθεση» και στην «έλλειψη προσπάθειας» των παιδιών τους και όχι σε κάτι που μπορεί να οφείλεται σε οργανικά αίτια. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ακόμη και όταν αναζητήθηκε η βοήθεια ειδικού, οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από τους γονείς τους στα ίδια αίτια, δηλαδή, την «ανεπαρκή προσπάθεια», την κακή διάθεση κ.ο.κ. Το τελευταίο σημαίνει ότι σε ότι αφορά στην απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους δεν υπήρχε αλλαγή.

Ως εκ τούτου οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών δεν γίνονται αντιληπτές από τους γονείς τους ως κάτι που ενδεχομένως να παραπέμπει σε κάποια διαταραχή (13% αντίληψη κάποιου προβλήματος Zahner, et. al., 1992' Angold et. al., 1998' ή την αντίληψη / αναγνώριση κάποιας διαταραχής 13,3%, Teagle, 2002) (ή δεν το συνειδητοποιούν ή δεν το δέχονται) και μάλιστα όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης 1 (πίνακας 3.27 t-test για τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών) να θεωρούν ότι το παιδί τους μπορεί να την ελέγχει (*ελεγκσιμότητα*), ότι δεν διαφέρει από των άλλων παιδιών (*παγκοσμιότητα*), ότι δεν είναι γενικό σε όλες τις καταστάσεις (*γενίκευση*) και ότι δεν είναι σταθερό (*σταθερότητα*). Ειδικά, όταν τα γεγονότα αυτά είναι αρνητικά (*ελλιπή προσπάθεια, κακή διάθεση*) (Clery & Tesser, 1983' Wong & Weiner, 1981) και απροσδόκητα (Wong & Weiner, 1981) όπως για παράδειγμα η δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, σε πολλές έρευνες παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει διαπιστωθεί ότι η κακή συμπεριφορά των παιδιών αποδίδεται από τους γονείς σε εσωτερικά αίτια (αφορούν στο συγκεκριμένο παιδί), σκόπιμα ή/ και σε κληρονομική προδιάθεση, ελεγχόμενα από το παιδί και σταθερά στο χρόνο ενώ ταυτόχρονα η απάντηση των γονιών στη συμπεριφορά αυτή είναι αρνητική και σκληρή (Dix et al., 1986' Johnston & Patenaude, 1994' MacKinnon, Lamb, Arbuckle, Baradaran, & Volling, 1992' Smith & O'Leary, 1995). Γενικά, οι αποδόσεις των αιτιών αφενός γίνονται αυτόματα και γρήγορα (Forsterling, 2001) και αφετέρου οι αποδόσεις των γονέων για τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε εσωτερικά αίτια αφορούν στη ροπή των γονιών να συμμετάσχουν σε μια απωθητική σύγκρουση με το παιδί τους και να ξεκινήσουν αρνητικές αλληλεπιδράσεις (ΦΑΥΛΟΙ ΚΥΚΛΟΙ) με τα παιδιά τους, θεωρώντας ότι οι αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών τους οφείλονται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά των παιδιών πλην όμως βουλητικά και σκόπιμα (και όχι λόγω κάποιας διαταραχής) καθώς δεν επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες – αίτια (Baden & Howe, 1992).

Τέλος, η σοβαρότητα των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώθηκε ότι ήταν πιθανότερο να αποδοθεί από τους γονείς τους σε εσωτερικά αίτια αλλά όχι σε έλλειψη προσπάθειας (Jenson et. al., 1998). Οι ίδιοι ερευνητές προτείνουν πως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έπρεπε να συνοδεύεται και από πληροφορίες για την ικανότητά τους (αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας) να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών τους διότι η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής «επιδρά» στις αντιλήψεις των γονικών σχημάτων διότι επαφίοντε στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, καθώς, αφενός δεν

προσπαθούν οι ίδιοι και αφετέρου σε περίπτωση που τα φάρμακα είναι αναποτελεσματικά (30% περίπου αποτελεσματικότητα Παπαβασιλείου, στο Κάκουρος) τότε τα απορρίπτουν και θεωρούν ότι τελικά τα αίτια είναι μεν εσωτερικά αλλά η προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους οφείλεται στην έλλειψη της προσπάθειάς τους, καταλήγοντας στον ίδιο παρονομαστή με τα αποτελέσματα της έρευνας των Baden & Howe (1992). Δηλαδή, ένας φαύλος κύκλος οδηγεί στην αύξηση του αριθμού, της έντασης και της χρονικής διάρκειας των προβλημάτων που δημιουργείται λόγω της παρουσίας κάποιας ψυχικής διαταραχής όπως άλλωστε διαπιστώνεται και από πρόσφατη διαχρονική έρευνα (Snyder et.al., 2005) όπου οι μητρικές αποδόσεις μπορεί να μη λειτουργούν ως άμεσοι προάγγελοι των προβλημάτων των παιδιών αλλά μάλλον οι αποδόσεις των γονιών καθώς και η δυσκολίες της επιστήμης να τις αντιμετωπίσει αποτελεσματικά (για παράδειγμα η ΔΕΠ-Υ), αλληλεπιδρούν και διαμορφώνουν μία προφητική επίδραση (αυτοεκπληρούμενη προφητεία) στους γονείς. Οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα διότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιών και των παιδιών τους είναι μια εξελικτική διαδικασία στο πέρασμα του χρόνου της αλληλεπίδρασής τους. Τέλος, κάποιοι ερευνητές προτείνουν τη θεραπεία των λανθασμένων γονικών αποδόσεων με τεχνικές τις οποίες δανείζονται από τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία, προκειμένου να αλλάξουν τις γονικές αποδόσεις (Jonston, 1996· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002) και να υπερκεραστεί το εμπόδιο της «απατηλής συνάφειας» καθώς και της «αυτοεκπληρούμενης προφητείας».

Επιπλέον, είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι γονικές αποδόσεις είναι κοινωνικές κατασκευές και υπό αυτήν τη μορφή επηρεάζονται από το περιβάλλον κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο (Johnston & Ohan, 2005). Κατά συνέπεια, δεν πρόκειται για παραλογισμό των γονιών, δηλαδή, εφόσον αποδίδουν σε εσωτερικά αίτια την προβληματική συμπεριφορά να πιστεύουν ότι το παιδί τους δεν προσπαθεί ή/ και έχει κακή διάθεση γι' αυτό συμπεριφέρεται έτσι, αλλά όπως διαπιστώνεται από άλλες έρευνες, διάφοροι παράγοντες όπως η ελλιπής ή φτωχή γνώση, η εκλεκτική κωδικοποίηση των περιστασιακών πληροφοριών του ατόμου (Gilbert & Malone, 1995· Gilbert et. al., 1988· Trope, 1986), οδηγούν στο θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτιών, γνωστό και ως «απατηλή συνάφεια». Η απατηλή συνάφεια μάς οδηγεί να αντιμετωπίζουμε δύο εντελώς ξεχωριστά πράγματα σα να επηρεάζουν κατά κάποιο τρόπο το ένα το άλλο (Heyes, 1998). Η απατηλή συνάφεια σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς (Tversky & Kahnemann, 1973) σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα των πλη-

ροφοριών και όπως φαίνεται στη μελέτη μας οι γονείς (και από ελλιπή πληροφόρηση που αφορούν τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών) δεν επισκέπτονται ειδικό.

Η ίδια λογική ισχύει και σε ότι αφορά στον παράγοντα «**αυστηροί γονείς**», δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν πως οι ίδιοι είναι αυστηροί με την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας και μάλιστα με αυξημένες πιθανότητες κατά 90% περίπου.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 4% περίπου ο μεγαλύτερος). **Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας).**

Τέλος, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών δεν διαπιστώθηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα επίσκεψης ή όχι σε ειδικό στο δείγμα αυτό (ΔΚΦ₁) σύμφωνα με την υπόθεση αλλά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν και σύμφωνα με τον πίνακα t-test (πίνακας 3.28) υπάρχει σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Μ.Ο. αυτοί που επισκέφθηκαν: 3,4769 Μ.Ο. αυτοί που δεν επισκέφθηκαν: 3,8221), δηλαδή, αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό είχαν χαμηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν. Άρα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,798$ και μας πληροφορεί ότι το 80% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 92,5) συμφωνούν στο 92,5% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΦ₂ (N=160) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.51 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν η «**παγκοσμιότητα**» και οι παράγοντες «**δεν μπορεί αλλιώς**», «**μαθησιακό πρόβλημα**», «**η αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών**», «**τόπος κατοικίας**», «**φύλο**», «**η ηλικία του παιδιού**» και η «**άσκηση πειθαρχίας**». Σύμφωνα με το

σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0.967} = 2.631 \text{ Exp}(B)$) για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών είναι ίσος με 2,631 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επίλογη 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **163%**.

Ο παράγοντας «της ηλικίας του παιδιού» φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 4% για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 48% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004· Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004). Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004· Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996). Οι υπόλοιπες σημαντικές μεταβλητές έχουν σχέση αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή, όσο αυξάνεται η τιμή τους τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό δηλαδή αυξάνεται η πιθανότητα να επισκεφθούν κάποιον ειδικό. Επίσης, για τις κατηγορικές μεταβλητές («φύλο» και «τόπος κατοικίας») διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιο ειδικό εάν πρόκειται για αγόρι και εάν ο τόπος διαμονής τους είναι κάποιο αστικό κέντρο παρά η επαρχία. Επειδή, τα ποσοστά πιθανοτήτων για τους παράγοντες εκτός από αυτόν της αυτοαποτελεσματικότητας και της ηλικίας είναι μεν σημαντικοί ($p < 0,05$) αλλά σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων [$e, \text{Exp}(B)$] εκφράζουν πολύ μικρά ποσοστά (έως 0,9% περίπου, βλ. πίνακα 3.51), θεωρείται πως μόνο οι παράγοντες της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας και της ηλικίας είναι οι σημαντικότεροι και ως εκ τούτου σε κάθε περίπτωση

θα πρέπει να αποτελούν τα κυριότερα κριτήρια για την πρόβλεψη της επίσκεψης ή όχι σε ειδικό ψυχικής υγείας. Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,87$ και μας πληροφορεί ότι το 87% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = **94,4**) συμφωνούν περίπου στο 94% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΦ₆ (N=92) στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις σε κλινικό φάσμα μόνο για το κοινοτικό δείγμα ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν η διαστάσεις του «τόπου» [$e^{1,286}$, Wald = 6,306, Exp(B)= 3,617] και της «παγκοσμιότητα» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «άσκηση πειθαρχίας», «**αυστηροί γονείς**» [$e^{1,286}$, Wald = 6,306, Exp(B)= 4,379], «θάνατος πατέρα», «φύλο» και «δυσκολίες ομιλίας». Οι παράγοντες αυτοί όπως φαίνεται και στον πίνακα 3.51 εκτιμήθηκαν με το κριτήριο Wald.

Η εγκυρότητα του κριτηρίου Wald απαιτεί την εφαρμογή του σε μεγάλα δείγματα ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπιστία των ασυμπτωματικών προσεγγίσεων από τις οποίες προκύπτει η δειγματοληπτική του κατανομή (Γναρδέλλης, 2006 σελ.612).

Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,83$ και μας πληροφορεί ότι το 83% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = **91,3**) συμφωνούν περίπου στο 91% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

2^η περίπτωση (κλινικό ή/ και οριακό φάσμα) βάσει των ψυχομετρικών εργαλεί-

ων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.52)

Στο ΔΚΟΦ₁ (N=312) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «κατάθλιψη μητέρας», «μοιάζει τους γονείς», «η αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών», «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0.892} = 2,440 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,440 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 144%. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0.457} = 1,580 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους» (δηλαδή, η κληρονομικότητα σε βιολογική βάση), είναι ίσος με 1,580 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 58%. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιότητας»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα και «μοιάζει τους γονείς») είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας).

Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,694$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 69% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 86,2) συμφωνούν περίπου στο 86% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΟΦ₂ (N=257) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.52 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν οι διαστάσεις της «παγκοσμιοποίησης» και της «γενίκευσης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «προσέλευση προσοχής», «μοιάζει τους γονείς», «η αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών», «τόπος κατοικίας» και το «φύλο». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,900} = 2,458 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,458 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 146% περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,454} = 1,575 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσος με 1,575 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 58% περίπου. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και 6% περίπου για τη διάσταση της «γενίκευσης»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα και «μοιάζει τους γονείς») είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,811$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 81% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 91,4) συμφωνούν περίπου στο 91% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΟΦ₆ (N=171) στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικό παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «κατάθλιψη μητέρας», «μοιάζει τους γονείς» και ο «τόπος κατοικίας». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,379} = 1,461 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσος με 1,461 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 46% περίπου. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιοποίησης»). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,536$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 54% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 86,5) συμφωνούν περίπου στο 87% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

3^η περίπτωση (όλο το κλινικό δείγμα ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων και κοινοτικό σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul), (πίνακας 3.53)

Στο ΔΚΚΚΦ₁ (N=262) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις του «τόπου», της «ελεγχιμότητας», της «παγκοσμιοποίησης» και της «γενίκευσης» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «άσκηση πειθαρχίας», «κατάθλιψη μητέρας», «αυστηροί γονείς», «μοιάζει τους γονείς», «ηλικία παιδιού», «τόπος κατοικίας» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,879$ και μας

πληροφορεί ότι περίπου το 88% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 96,2) συμφωνούν περίπου στο 96% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1.794} = 6,014 \text{ Exp}(B)$) για τη διάσταση του «τόπου» είναι ίσος με 6,014 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς σε εσωτερικά τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 500% περίπου. Ο σχετικός λόγος των πιθανοτήτων ($e^{1.839} = 6,290 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «αυστηροί γονείς» είναι ίσος με 6,014 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς στην υψηλή αυστηρότητά τους τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 529% περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0.967} = 2,630 \text{ Exp}(B)$) για τη διάσταση της «ελεγχσιμότητας» είναι ίσος με 2,630 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς στα γεγονότα ότι δεν ελέγχονται από το παιδί τους τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 163%. Το αποτέλεσμα αυτό είναι εντελώς αντιφατικό διότι λογικά θα αναμέναμε να συμβεί το αντίθετο, δηλαδή, όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι το παιδί τους δεν μπορεί να ελέγξει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του, τόσο πιθανότερο θα έπρεπε να είναι το ενδεχόμενο να επισκεφθούν κάποιο ειδικό. Η ερμηνεία που μπορεί να δοθεί συνδυάζεται με το προηγούμενο ερώτημα (της διάστασης του «τόπου») όπου αφενός οι γονείς αποδίδουν τα αίτια σε εσωτερικά αφετέρου τα αίτια αυτά αφορούν σε κακή διάθεση, ελλιπή προσπάθεια κλπ. σύμφωνα με την ερμηνεία του ΔΚΦ₁ της Α υπομελέτης, όπως άλλωστε διαπιστώθηκε σε έρευνα των Hoza et. al., (2000) όπου οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί των γονιών για τα παιδιά τους τα οποία έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από τους ίδιους στην «κακή διάθεση» και στην «έλλειψη προσπάθειας» των παιδιών τους και όχι σε κάτι που μπορεί να οφείλεται σε οργανικά αίτια. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ακόμη και όταν αναζητήθηκε η βοήθεια ειδικού οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από

τους γονείς τους στα ίδια αίτια, δηλαδή, την «ανεπαρκή προσπάθεια», την κακή διάθεση κ.ο.κ. Το τελευταίο σημαίνει ότι σε ότι αφορά στην απόδοση των αιτιών της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους δεν υπήρχε αλλαγή. Οπότε μπορούν να ξεκινήσουν αρνητικές αλληλεπιδράσεις (ΦΑΥΛΟΙ ΚΥΚΛΟΙ) με τα παιδιά τους θεωρώντας ότι οι αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών τους οφείλονται σε εσωτερικά χαρακτηριστικά των παιδιών αλλά βουλητικά και σκόπιμα (και όχι λόγω κάποιας διαταραχής) καθώς δεν επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες – αίτια (Baden & Howe, 1992). Επιπλέον, όπως διαπιστώνεται από άλλες έρευνες, διάφοροι παράγοντες όπως η ελλιπής ή φτωχή γνώση, η εκλεκτική κωδικοποίηση των περιστασιακών πληροφοριών του ατόμου (Gilbert & Malone, 1995· Gilbert et. al., 1988· Trope, 1986), οδηγούν στο θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτιών, γνωστό και ως «**απατηλή συνάφεια**». Η απατηλή συνάφεια μάς οδηγεί να αντιμετωπίζουμε δύο εντελώς ξεχωριστά πράγματα σα να επηρεάζουν κατά κάποιο τρόπο το ένα το άλλο (Heyes, 1998). Η **απατηλή συνάφεια** σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς (Tversky & Kahnemann, 1973) σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών και όπως φαίνεται στη μελέτη μας οι γονείς (και από ελλιπή πληροφόρηση που αφορούν τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών) δεν επισκεπτόνται ειδικό. Άρα, οι γονείς των παιδιών μπορεί να θεωρούν ότι τα παιδιά τους δεν μπορούν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους, πλην όμως ότι αυτή η αδυναμία δεν οφείλεται σε αίτια που ενδεχομένως παραπέμπουν σε κάποια διαταραχή (οργανικά), αλλά στη θέλησή τους γιατί δεν έχουν διάθεση ή/ και προσπαθούν λίγο (απατηλή συνάφεια). Τέλος, οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί (ΦΑΥΛΟΙ ΚΥΚΛΟΙ) για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του παιδιού τους, «επιβεβαιώνει» την παραπάνω αντίληψη και ερμηνεία που δίνουν (αυτοεκπληρούμενη προφητεία).

Ο παράγοντας «**της ηλικίας του παιδιού**» στο δείγμα αυτό φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,081} = 1,084$ $\text{Exp}(B)$) που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (**αναμονή για βελτίωση**) και μάλιστα περίπου 8% για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 96% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για**

βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004; Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004). Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004; Meltzer et. al., 2000; Leaf et. al., 1996). Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1.115} = 544,78 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους γονείς του» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσως με 544,78 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά χιλιάδες(!!!) τοις %. Οι υπόλοιπες σημαντικές μεταβλητές έχουν σχέση αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή, όσο αυξάνεται η τιμή τους τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό δηλαδή αυξάνεται η πιθανότητα να επισκεφθούν κάποιον ειδικό. Επίσης, για τις κατηγορικές μεταβλητές («φύλο» και «τόπος κατοικίας») διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιο ειδικό εάν πρόκειται για αγόρι και εάν ο τόπος διαμονής τους είναι κάποιο αστικό κέντρο παρά η επαρχία. Επειδή, τα ποσοστά πιθανοτήτων για τους παράγοντες της «παγκοσμιοότητας» και της «γενίκευσης» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «άσκηση πειθαρχίας», «κατάθλιψη μητέρας», «τόπος κατοικίας» και το «φύλο» είναι μεν σημαντικοί ($p < 0,05$) αλλά σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων [$e, \text{Exp}(B)$] εκφράζουν πολύ μικρά ποσοστά (έως 3% περίπου, βλ. πίνακα), θεωρείται πως μόνο οι παράγοντες του «τόπου», της «ελεγχιμότητας», «αυστηροί γονείς», «μοιάζει τους γονείς», «ηλικία παιδιού» είναι οι σημαντικότεροι και ως εκ τούτου σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποτελούν τα κυριότερα κριτήρια για την πρόβλεψη της επίσκεψης ή όχι σε ειδικό ψυχικής υγείας και μεταξύ αυτών κυρίως τον παράγοντα «έχει μοιάσει τους γονείς του». Το τελευταίο υποδηλώνει ότι οι γονείς τείνουν να θεωρούν «φυσιολογική» τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους, γιατί και οι ίδιοι είχαν παρόμοιες δυσκολίες, αλλά πιθανόν να τα έχουν καταφέρει στη ζωή τους και ότι δεν χρειάζονται βοήθεια για τα παιδιά τους. Το εύρημα αυτό είναι πολύ σημαντικό διότι στο δείγμα αυτό αφενός παρουσιάζεται ψυχοπαθολογία στα παιδιά σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού αλλά και

με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία, αφετέρου οι περισσότεροι έχουν επισκεφθεί κάποιο ειδικό (οι 210 από τις 262 περιπτώσεις). Άλλωστε, σε έρευνα (Hoza et. al., 2000) αναφέρεται ότι ακόμη και όταν αναζητήθηκε η βοήθεια ειδικού οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδόθηκαν από τους γονείς τους στα ίδια αίτια, δηλαδή, την «ανεπαρκή προσπάθεια», την «κακή διάθεση» κ.ο.κ. Το τελευταίο σημαίνει ότι σε ότι αφορά στην απόδοση των αιτίων της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους δεν υπήρχε αλλαγή.

Τέλος, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών δεν διαπιστώθηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα επίσκεψης ή όχι σε ειδικό στο δείγμα αυτό (ΔΚΚΚΦ₁) σύμφωνα με την υπόθεση αλλά μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν και σύμφωνα με τον πίνακα 3.28 t-test υπάρχει σημαντική διαφορά ($p < 0,026$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης στους μέσους όρους της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Μ.Ο. αυτοί που επισκέφθηκαν: 3,6 Μ.Ο. αυτοί που δεν επισκέφθηκαν: 3,8), δηλαδή, αυτοί που επισκέφθηκαν ειδικό είχαν χαμηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με αυτούς που δεν επισκέφθηκαν. Άρα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Στο ΔΚΚΚΦ₂ (N=222) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.53 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «άσκηση πειθαρχίας», «κατάθλιψη μητέρας», «μοιάζει τους γονείς», «ηλικία παιδιού», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,832$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 83% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 93,7) συμφωνούν περίπου στο 94% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Ο παράγοντας «**της ηλικίας του παιδιού**» στο δείγμα αυτό φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,044} = 1,045$ Exp(B) που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι

πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 4,5% για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 54% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004' Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004).** Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004' Meltzer et. al., 2000' Leaf et. al., 1996). Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,639} = 1,894 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους γονείς του» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσος με 1,894 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 89%. Οι υπόλοιπες σημαντικές μεταβλητές έχουν σχέση αντίστροφα ανάλογη, δηλαδή, όσο αυξάνεται η τιμή τους τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό δηλαδή αυξάνεται η πιθανότητα να επισκεφθούν κάποιον ειδικό. Επίσης, για τις κατηγορικές μεταβλητές («φύλο» και «τόπος κατοικίας») διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιο ειδικό εάν πρόκειται για αγόρι και εάν ο τόπος διαμονής τους είναι κάποιο αστικό κέντρο παρά η επαρχία. Επειδή, τα ποσοστά πιθανοτήτων για τη διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «άσκηση πειθαρχίας», «κατάθλιψη μητέρας», «τόπος κατοικίας» και το «φύλο» είναι σημαντικοί ($p < 0,05$) αλλά σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων [$e, \text{Exp}(B)$] εκφράζουν πολύ μικρά ποσοστά (έως 6% περίπου, βλ. πίνακα), θεωρείται πως σε αυτό το δείγμα μόνο οι παράγοντες της «ηλικίας του παιδιού» και «μοιάζει τους γονείς του» (κληρονομικότητα) θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ως τα κυριότερα κριτήρια πρόβλεψης της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

4^η περίπτωση (όλο το κλινικό δείγμα ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων και κοινοτικό σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul), (πίνακας 3.54)

Στο ΔΚΚΚΟΦ₁ (N=341) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «δεν μπορεί αλλιώς», «μαθησιακό πρόβλημα», «κατάθλιψη μητέρας», «μοιάζει τους γονείς», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», ο «τόπος κατοικίας» και το «φύλο». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,695$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 70% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 88,0) συμφωνούν στο 88% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος). Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,827} = 2,285 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,285 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 228% περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,465} = 1,591 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσος με 1,591 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 59% περίπου. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιότητας»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα και «μοιάζει τους γονείς») είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρό-

φως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Επίσης, για τις κατηγορικές μεταβλητές («φύλο» και «τόπος κατοικίας») διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιο ειδικό εάν πρόκειται για αγόρι και εάν ο τόπος διαμονής τους είναι κάποιο αστικό κέντρο παρά η επαρχία.

Στο ΔΚΚΚΟΦ₂ (N=286) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.54 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) η διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «προσέλευση προσοχής», «μοιάζει τους γονείς», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», η «ηλικία παιδιού», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,795$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 80% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 93,0) συμφωνούν στο 93% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,900} = 2,458 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,458 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **146%** περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,454} = 1,575 \text{ Exp}(B)$) για τον παράγοντα «μοιάζει τους» (δηλαδή, η κληρονομικότητα), είναι ίσος με 1,575 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο περισσότερο πιστεύουν οι γονείς ότι τους έχουν «μοιάσει» τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο λιγότερο πιστεύουν πως τους έχουν «μοιάσει» τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 58% περίπου. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρε-

τικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και 6% περίπου για τη διάσταση της «γενίκευσης»).

Ο παράγοντας «της ηλικίας του παιδιού» στο δείγμα αυτό φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,016} = 1,016 \text{ Exp}(B)$) που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 1,6% για **κάθε μήνα** (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 19% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004' Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004).** Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004' Meltzer et. al., 2000' Leaf et. al., 1996). Σημειώνεται ότι σε σχέση με τα προηγούμενα δείγματα της μελέτης 3, ο παράγοντας αυτός (ηλικία παιδιού) έχει μειώσει τις πιθανότητες (19% για κάθε) να μην επισκεφθεί κάποιο ειδικό, δηλαδή, έχουν αυξηθεί οι πιθανότητες να επισκεφθεί.

Η διαφορά με τους τρεις κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα, «ηλικία παιδιού» και «μοιάζει τους γονείς») είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Επίσης, για τις κατηγορικές μεταβλητές («φύλο» και «τόπος κατοικίας») διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο πιθανό να επισκεφθούν κάποιο ειδικό εάν πρόκειται για αγόρι και εάν ο τόπος διαμονής τους είναι κάποιο αστικό κέντρο παρά η επαρχία.

Πίνακας 3.59. Συνοπτικός πίνακας α υπομελέτης μόνο των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (επίσκεψη σε ειδικό) των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης.

	1 ^η περίπτωση			2 ^η περίπτωση			3 ^η περίπτωση		4 ^η περίπτωση		
	ΔΚΦ ₁	ΔΚΦ ₂	ΔΚΦ ₆	ΔΚΟΦ ₁	ΔΚΟΦ ₂	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΚΚ _{Φ₁}	ΔΚΚΚ _{Φ₂}	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₁	ΔΚΚ-ΚΟΦ ₂	
Διαστάσεις	Τόπος	✓**		✓**			✓**				
	Σταθερότητα										
	Ελεγχιμότητα						✓**				
	Παγκοσμιότητα	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Γενίκευση					✓	✓				
	Πειθαρχεία	✓	✓	✓			✓	✓			
	Δεν μπορεί αλλιώς	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
	Προσέλευση προσοχής					✓				✓	
	Αυστηροί γονείς	✓*		✓**				✓**			
	Μοιάζει γονείς				✓*	✓*	✓*	✓**	✓*	✓*	✓*
	Κατάθλιψη μητέρας	✓			✓		✓	✓	✓	✓	
	Θάνατος πατέρα			✓							
	Μαθησιακό πρόβλημα	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Αυτοαποτελεσματικότητα (Self efficacy)		✓**		✓**	✓**				✓**	✓**	
Φύλο	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Ηλικία παιδιού		✓*					✓*	✓*		✓	
Τόπος κατοικίας	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Δυσκολίες ομιλίας			✓								

✓* = $\text{Exp}(B) > 1,000$ έως 1,99

✓** = $\text{Exp}(B) > 2,000$

Β. υπομελέτη (μόνο οι 11 παράγοντες)

1^η περίπτωση (κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul), (πίνακας 3.55)

Στο ΔΚΦ₁ (N=200) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», «τόπος κατοικίας», «φύλο». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,567} = 1,762 \text{ Exp}(B)$) για τη διάσταση του «τόπου» είναι ίσος με 1,762 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς σε εσωτερικά τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 76% περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1,365} = 3,917 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 3,917 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **291%**. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος, της διάστασης της «παγκοσμιότητας»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,694$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 69% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = **88,5**) συμφωνούν περίπου στο 89% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΦ₂ (N=160) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.55 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν η «παγκοσμιότητα» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «η αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών», «η ηλικία του παιδιού», ο «τόπος κατοικίας» και το «φύλο». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1,345} = 3,836 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσως με 3,836 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **283%**. Η ηλικία φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 3% ($e^{0,027} = 1,028 \text{ Exp}(B)$) για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 36% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004' Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004).** Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004' Meltzer et. al., 2000' Leaf et. al., 1996). Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος της διάστασης της «παγκοσμιότητας»). **Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντίστροφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας).** Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδι-

ορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,772$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 77% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 93,8) συμφωνούν περίπου στο 94% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΦ₆ (N=92) στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις μόνο του κοινοτικού δείγματος ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικό παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», το «φύλο του παιδιού» οι «δυσκολίες ομιλίας» και ο «τόπος κατοικίας». Επειδή, τα ποσοστά πιθανοτήτων για τους παραπάνω παράγοντες είναι μεν σημαντικά ($p < 0,05$) αλλά σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων [e. Exp(B)] εκφράζουν πολύ μικρά ποσοστά (έως 3% περίπου, βλ. πίνακα 3.55), σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να αποτελούν τα κυριότερα κριτήρια για την πρόβλεψη της επίσκεψης ή όχι σε ειδικό ψυχικής υγείας, αλλά απλά να λαμβάνονται υπόψη. Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,628$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 63% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 81,5) συμφωνούν περίπου στο 82% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

2^η περίπτωση (κλινικό ή/ και οριακό φάσμα) βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul), (πίνακας 3.56)

Στο ΔΚΟΦ₁ (N=312) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «**η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών**», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,659$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 66% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct =

85,6) συμφωνούν περίπου στο 86% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος). Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,972} = 2,644 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,644 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **164%**. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος). Η διαφορά με τον κύριο παράγοντα (της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών) είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας).

Στο ΔΚΟΦ₂ (N=257) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιο ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.56 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν οι διαστάσεις της «παγκοσμιοποίησης» και της «γενίκευσης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «ηλικία του παιδιού», «η αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών», ο «τόπος κατοικίας» και το «φύλο». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1,071} = 2,918 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,918 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **191%**. Η ηλικία φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιον ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 2% ($e^{0,019} = 1,019 \text{ Exp}(B)$) για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 24% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι**

ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004· Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004). Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό είναι παρόμοιο με αυτό του ΔΚΦ₂ και ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004· Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996). Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 5% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάσταση της «παγκοσμιότητας» και 5% περίπου για τη διάσταση της «γενίκευσης»). **Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα γονιών και ηλικία παιδιού) είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας).** Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,791$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 79% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 91,4) συμφωνούν περίπου στο 91% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΟΦ₆ (N=171) στο οποίο εξετάστηκαν οι περιπτώσεις σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα μόνο του κοινοτικού δείγματος και ανεξάρτητα με το αν επισκέφθηκαν ή όχι κάποιο ειδικό, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», «δυσκολίες στην ομιλία» και ο «τόπος κατοικίας». Επειδή, τα ποσοστά πιθανοτήτων για τους παραπάνω παράγοντες είναι μεν σημαντικά ($p < 0,05$) αλλά σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων [e, Exp(B)] εκφράζουν πολύ μικρά ποσοστά (έως 6% περίπου για τη διάσταση της «παγκοσμιότητας» και 5% για τον παράγοντα «μαθησιακό πρόβλημα», βλ. πίνακα 3.56), σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να αποτελούν τα κυριότερα κριτήρια για την πρόβλεψη της επίσκεψης ή όχι σε ειδικό ψυχικής υγείας, αλλά απλά να λαμβάνονται υπόψη. Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R

Square) είναι $R^2 = 0,478$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 48% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 83,0) συμφωνούν περίπου στο 83% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

3^η περίπτωση (όλο το κλινικό δείγμα ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων και κοινοτικό σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.57)

Στο ΔΚΚΚΦ₁ (N=262) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν οι διαστάσεις του «τόπου» και της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», ο «τόπος κατοικίας» και το «φύλο του παιδιού». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,487} = 1,627 \text{ Exp}(B)$) για τη διάσταση του «τόπου» είναι ίσος με 1,627 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η πιθανότητα τα αίτια της συμπεριφοράς να αποδίδονται από τους γονείς σε εσωτερικά τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) και μάλιστα κατά 63% περίπου. Επίσης, σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1,189} = 3,284 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 3,284 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 228%. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος της διάστασης της «παγκοσμιότητας»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντίστροφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,690$ και μας πληροφορεί ότι το 69% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρ-

τητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 90,5) συμφωνούν περίπου στο 91% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο ΔΚΚΚΦ₂ (N=222) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιον ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.57 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», «ηλικία παιδιού», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,942} = 2,565 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,565 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **157%**. Η ηλικία φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 3% ($e^{0,025} = 1,026 \text{ Exp}(B)$) για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 36% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004' Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004). Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό είναι παρόμοιο με αυτό του ΔΚΦ₂ και ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004' Meltzer et. al., 2000' Leaf et. al., 1996). Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 5% περίπου ο μεγαλύτερος για τη διάστα-

ση της «παγκοσμιοποίησης»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα και ηλικία παιδιού) είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,762$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 76% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 92,3) συμφωνούν περίπου στο 92% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

4^η περίπτωση (όλο το κλινικό δείγμα ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων και κοινοτικό σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων CBCL & DuPaul). (πίνακας 3.58)

Στο ΔΚΚΚΟΦ₁ (N=341) σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελούν η διάσταση της «παγκοσμιοποίησης» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», ο «τόπος κατοικίας» και το «φύλο του παιδιού». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{0,888} = 2,430 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 2,430 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά 143%. Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 6% περίπου ο μεγαλύτερος). Η διαφορά με τον κύριο παράγοντα (της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών) είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,662$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 66% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύε-

ται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = **86,5**) συμφωνούν περίπου στο 87% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Στο **ΔΚΚΚΟΦ₂** (N=286) στο οποίο δεν συμπεριλήφθηκαν οι περιπτώσεις που επισκέφθηκαν κάποιο ειδικό από το κοινοτικό δείγμα, όπως παρατηρείται στον πίνακα 3.58 σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης ή όχι (χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας) η διάσταση της «παγκοσμιότητας» και οι παράγοντες «μαθησιακό πρόβλημα», η «αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών», η «ηλικία παιδιού», το «φύλο» και ο «τόπος κατοικίας». Σύμφωνα με το σχετικό λόγο των πιθανοτήτων ($e^{1,100} = 3,034 \text{ Exp}(B)$) για την αυτοαποτελεσματικότητα των γονιών είναι ίσος με 3,034 που σημαίνει ότι η σχέση είναι ανάλογη, δηλαδή όσο αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών τόσο πιθανότερο είναι να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (επιλογή 2=όχι επίσκεψη) ενώ όσο μειώνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να επισκεφθούν ειδικό και μάλιστα κατά **203%**. Η ηλικία φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα, δηλαδή, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν κάποιο ειδικό (αναμονή για βελτίωση) και μάλιστα περίπου 2% ($e^{0,018} = 1,018 \text{ Exp}(B)$) για κάθε μήνα (επειδή η μεταβλητή της ηλικίας του παιδιού είχε εισαχθεί σε μήνες) που σημαίνει ότι για κάθε χρόνο οι πιθανότητες να μην επισκεφθούν ειδικό αυξάνονται κατά 24% περίπου. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η αναζήτηση βοήθειας σχετίζεται με την ηλικία και μάλιστα είναι πιθανότερο οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (άνω των 10 ετών) να επισκεφθούν κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. **Οι ίδιοι ερευνητές ερμηνεύουν το γεγονός αυτό με την τακτική της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (Mowbray, et. al., 2004· Laving et. al., 1998). Δυστυχώς όμως ο χρόνος αποκαλύπτει τα προβλήματα τα οποία γίνονται πλέον αντιληπτά και από τους γονείς (Mowbray, et. al., 2004).** Κατά συνέπεια το αποτέλεσμα αυτό είναι παρόμοιο με αυτό του ΔΚΦ₂ και ερμηνεύει αφενός το γεγονός της αναμονής για βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ωριμότητα) και αφετέρου τα αποτελέσματα σχετικών επιδημιολογικών ερευνών όπου μόνο το 20 – 26% περίπου επισκέπτεται κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας (Alonso, et. al., 2004· Meltzer et. al., 2000· Leaf et. al., 1996). Οι υπόλοιπες μεταβλητές είναι μεν σημαντικές αλλά τα ποσοστά πρόβλεψης με αυξημένες πιθανότητες είναι εξαιρετικά χαμηλά (έως 5% περίπου ο μεγαλύτερος για τη

διάσταση της «παγκοσμιότητας»). Η διαφορά με τους δύο κύριους παράγοντες (αυτοαποτελεσματικότητα και ηλικία παιδιού) είναι ότι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι αντιστρόφως ανάλογες, δηλαδή, όσο αυξάνονται τόσο μειώνεται η πιθανότητα να μην επισκεφθούν ειδικό (δηλαδή αυξάνονται οι πιθανότητες να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας). Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke (R Square) είναι $R^2 = 0,773$ και μας πληροφορεί ότι περίπου το 77% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές ενώ ο πίνακας ταξινόμησης του τελικού υποδείγματος μας πληροφορεί ότι οι παρατηρούμενες και οι εκτιμώμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής (Percentage correct = 91,6) συμφωνούν περίπου στο 92% του συνόλου των παρατηρήσεων (δηλαδή, του αριθμού του δείγματος).

Πίνακας 3.60. Συνοπτικός πίνακας β υπομελέτης μόνο των σημαντικών από τους 11 παράγοντες της πρόβλεψης για την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (επίσκεψη σε ειδικό των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης.

		1 ^η περίπτωση			2 ^η περίπτωση			3 ^η περίπτωση		4 ^η περίπτωση	
		ΔΚΦ ₁	ΔΚΦ ₂	ΔΚΦ ₆	ΔΚΟΦ ₁	ΔΚΟΦ ₂	ΔΚΟΦ ₆	ΔΚΚΚΦ ₁	ΔΚΚΚΦ ₂	ΔΚΚΚΟΦ ₁	ΔΚΚΚΟΦ ₂
Διαστάσεις	Τόπος	√*						√*			
	Σταθερότητα										
	Ελεγχιμότητα										
	Παγκοσμιότητα	√	√		√	√	√	√	√	√	√
	Γενίκευση					√					
	Μαθησιακό πρόβλημα	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	Αυτοαποτελεσματικότητα (Self efficacy)	√**	√**		√**	√**		√**	√**	√**	√**
	Φύλο	√	√	√	√	√		√	√	√	√
	Ηλικία παιδιού		√*			√*			√*		√*
	Τόπος κατοικίας	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Δυσκολίες ομιλίας			√			√					

√* = $\text{Exp}(B) > 1,000$ έως 1,99

√** = $\text{Exp}(B) > 2,000$

3.3.6. Σύνοψη – συμπεράσματα της 3^{ης} μελέτης

Μεταξύ των δύο υπομελετών της μελέτης 3 παρατηρούνται ομοιότητες και διαφορές. Τα σημαντικότερα στοιχεία που αφορούν στην πρόβλεψη της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών με αισθητή διαφορά από τους άλλους παράγοντες. Εξάιρεση αποτελούν η ηλικία και η διάσταση του τόπου στα δείγματα ΔΚΦ1 (κλινικό φάσμα βάσει ψυχομετρικών εργαλείων από κλινικό και κοινοτικό δείγμα) και ΔΚΚΚΦ1 (κλινικό δείγμα και κοινοτικό σε κλινικό φάσμα), αλλά με ποσοστό πρόβλεψης γύρω στο 30% σε αντίθεση με την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία ξεπερνά στις περισσότερες περιπτώσεις το 150% και φτάνει έως και το 290%, δηλαδή είναι σχεδόν βέβαιο ότι προβλέπει σαφώς τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν ξεπερνούν το 6% της πρόβλεψης και για τις δύο υπομελέτες.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να δοθεί στον παράγοντα της «*ηλικίας του παιδιού*». Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώθηκε πως η χρονική αναμονή για βελτίωση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών αποτελεί πάγια τακτική της επίλυσης των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών λόγω της αντίληψης των γονιών τους για την «ωρίμανση» αλλά από την εμπειρία μας δυστυχώς όχι μόνο των γονιών αλλά και μερίδας ειδικών. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι η επίσκεψη σε ειδικό προβλέπεται από την «ηλικία των παιδιών» σε σημαντικό ποσοστό και μάλιστα όσο αυξάνεται (συνήθως άνω των 10 ετών) η ηλικία τους τόσο πιθανότερο είναι να επισκεφθούν ειδικό για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών. Δυστυχώς και πάλι με την αναμονή τα προβλήματα αυξάνονται σε αριθμό και διογκώνονται εις βάρος των παιδιών αλλά και των γονιών.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι στα κοινοτικά δείγματα ΔΚΦ6 και ΔΚΟΦ6 η θετική απόφαση για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν προβλέπεται από την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας αλλά από άλλους παράγοντες όπως από την παρουσία ή όχι μαθησιακού προβλήματος, τον τόπο κατοικίας, το φύλο κλπ. **Αυτό σημαίνει ότι είτε το δείγμα μας δεν ήταν αντιπροσωπευτικό (ΔΚΦ6 N=92 και ΔΚΟ6 N=171) είτε θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα κοινοτικά δείγματα.** Από τη μελέτη αυτή πιθανολογείται ότι ισχύει μάλλον το δεύτερο, δηλαδή, ότι οφείλεται στο γεγονός πως η προέλευσή τους είναι από την κοινότητα και ενδέχεται να μας παραπλανήσουν. Το γεγονός αυτό θα ήταν άξιο μελέτης μιας άλλης έρευνας ίσως και από τα δείγματα της παρούσας εργασίας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην πρώτη υπομελέτη ως σημαντικοί παράγοντες εμφανίζονται μεταβλητές που σχετίζονται με τις διαστάσεις του *τόπου* και της *ελεγχιμότητας* (500%), και συγκεκριμένα για το πώς αισθάνονται οι γονείς για την κατάσταση των παιδιών τους. Οι διαστάσεις αυτές καθορίζουν τις συναισθηματικές κατάσεις του θυμού ή της συμπόνοιας στο άτομο σύμφωνα με Weiner (1992, 1995) αλλά και με αντιλήψεις που αφορούν στην κληρονομικότητα. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι είναι αρκετά πιθανό να προβλεφθεί η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας έως και 86% από τις μεταβλητές αυτές στο δείγμα ΔΚΚΚΦ1 της πρώτης υπομελέτης. Σημειώνεται ότι το δείγμα αυτό αποτελείται από όλο το κλινικό δείγμα και από το κοινοτικό σε κλινικό φάσμα βάσει των ψυχομετρικών εργαλείων. Πιθανότατα οι γονείς βρίσκονται συνεχώς στο φαύλο κύκλο της ελπίδας και της απογοήτευσης μη μπορώντας να αιτιολογήσουν τη δύσκολη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Τέλος οι υπόλοιποι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την απόφαση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (γύρω στο 6% το μεγαλύτερο ποσοστό για τον καθένα από αυτούς και συνολικά περίπου 15%) αφενός διαπιστώνεται ότι επηρεάζουν πολύ λίγο την απόφαση των γονιών και αφετέρου ενδέχεται να αποτελούν δικαιολογία ή και αμυντικό μηχανισμό των γονιών λόγω «στιγματισμού». Άλλωστε και αυτό είναι ένα στοιχείο το οποίο αντικατοπτρίζει κοινές αντιλήψεις για το φύλο, για την απόσταση που πρέπει να διανυθεί προκειμένου να υπάρχει πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Με άλλα λόγια μία «κεκαλυμμένη» άρνηση του προβλήματος και του «στιγματισμού» της ψυχικής νόσου.

Σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς.

Μερικές έρευνες υποδεικνύουν τους παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να προβλέπουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι περισσότερες από αυτές στερούνται ενός μοντέλου πρόβλεψης το οποίο αφορά σε ψυχολογικούς μηχανισμούς των ατόμων που οδηγούν στη λήψη απόφασης της χρήσης των υπηρεσιών αυτών. **Τα πρώτιστα** της αναζήτησης βοήθειας ή/ και της χρήσης υπηρεσιών ποικίλουν ανάλογα με την προσέγγιση και τις συνθήκες.

Οι Veroff, Kulka & Donovan (1981) είχαν προτείνει ένα απλό πρότυπο για την κατάληξη της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, προτείνουν ότι προηγείται η αναγνώριση και η δεκτικότητα της ιδέας του προβλήματος από αυτούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Στη συνέχεια η λήψη απόφασης να επιδιώξουν βοήθεια,

επειτα να επιλέξουν ποιος θα τους βοηθήσει και τέλος να κάνουν χρήση της επιλογής βοήθειας που προηγήθηκε.

Σε άλλη βιβλιογραφική ανασκόπηση μεταξύ εθνικών μειονοτήτων προτάθηκε ειδικό μοντέλο στην περίπτωση παιδιών με ΔΕΠ-Υ το οποίο προτείνει τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τον προσδιορισμό της επιδίωξης βοήθειας από τους γονείς για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους. Οι συγγραφείς προτείνουν ως βασικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας, την αναγνώριση του προβλήματος από τους γονείς. Μεταξύ άλλων παραγόντων οι οποίοι φαίνεται πως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι οι πολιτιστικές αξίες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Eiraldi, et. al., 2006).

Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώνονται σε πρόσφατη βιβλιογραφική αναθεώρηση για την χρήση υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, τα συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική έρευνα του Sayal (2006) προτείνουν ένα πυραμιδικό πρότυπο με τρία φίλτρα και τέσσερα στάδια. Στη βάση της πυραμίδας αυτής βρίσκεται η γονική αντίληψη (πρώτο στάδιο). Το πρώτο στάδιο αφορά στο πρώτο φίλτρο της απόφασης των γονιών να συμβουλευθούν ειδικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παθολόγο ή/ και παιδίατρο, αίσθηση της ανάγκης πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους γονείς). Ακολουθεί το δεύτερο φίλτρο της αναγνώρισης του προβλήματος. Η αναγνώριση αυτή γίνεται από κάποιο ειδικό ιατρό παθολόγο ή/ και παιδίατρο (δεύτερο στάδιο). Το τρίτο φίλτρο αφορά στην παραπομπή των γονιών από τον παθολόγο ή/ και παιδίατρο για διάγνωση και αντιμετώπιση από ειδικές υπηρεσίες. Το τρίτο φίλτρο έχει δύο στάδια, το τρίτο και το τέταρτο. Το τρίτο στάδιο αφορά στη διαχείριση του προβλήματος από την πρωτοβάθμια περίθαλψη (δηλαδή εάν ο παθολόγος ή/ και παιδίατρος τελικά θα παραπέμψει τους γονείς σε ειδικές υπηρεσίες) και το τέταρτο στάδιο στη χρήση ειδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για διάγνωση και αντιμετώπιση από τους γονείς.

Επίσης, σε έρευνα (Lau & Takeuchi, 2001) όπου υποστηρίχθηκε το δομικό πρότυπο εξίσωσης (Structural Equation Model) εξετάστηκε ο παράγοντας του πολιτισμού μεταξύ Αμερικανών και Κινέζων γονέων για την πρόθεση επιδίωξης βοήθειας (help-seeking). Λήφθηκε κοινοτικό δείγμα 120 Αμερικανών και Κινέζων γονιών παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των σύντομων χρονογραφημάτων περιγράφοντας αντικοινωνικές συμπεριφορές παιδιών όπως για παράδειγμα η ανυποκοή. Διαπιστώθηκε ότι οι πολιτιστικές αξίες άσκησαν μία έμμεση επίδραση στην πρόθεση της επιδίωξης βοήθειας (help – seeking) από ειδικό μέσω της

συναισθηματικής απάντησης των γονιών η οποία ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης αυτής. Αυτές καθαυτές οι πολιτιστικές αξίες μεταξύ Κινέζων και Αμερικανών όμως δεν είχαν διαφορά στην επίδραση της συναισθηματικής απάντησης η οποία επηρεάζονταν άμεσα από τις πολιτιστικές αξίες. Τέλος τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δριμύτητα του προβλήματος ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας σε σχέση με την επιδίωξη βοήθειας.

Τα παραπάνω πρότυπα / μοντέλα εντοπίζουν ότι οι αντιλήψεις γονιών και ειδικών πρωτοβάθμιας φροντίδας (παθολόγοι ή/ και παιδίατροι) παίζουν σημαντικό ρόλο αλλά δεν αποσαφινίζουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν αυτές σε επίπεδο ψυχολογικών μηχανισμών.

Επιπλέον, σε άλλες έρευνες οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζουν τη λήψη απόφασης χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά δεν προσδιορίζεται το «πόσο» επηρεάζουν. Αυτό εξαρτάται κυρίως από το είδος του δείγματος (π.χ. κλινικό ή κοινοτικό) αλλά και από τη δριμύτητα των διαταραχών. Φαίνεται ότι άλλοτε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όπως η ηλικία (Mowbray, et. al., 2004' Zahner & Daskalakis, 1997), το φύλο (Maniadaki et. al. 2005' Zimmerman, 2005' Zahner & Daskalakis, 1997), το εισόδημα και η ανεργία (κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες) (Sayal, Taylor, & Beecham, 2003' Zahner & Daskalakis, 1997) και άλλοτε όχι (Zimmerman, 2005' Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002) στην απόφαση των γονιών να επισκεφθούν ειδικό για τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών τους. Αντίθετα, οι αποδιοργανωτικές, οι συναισθηματικές διαταραχές καθώς και τα έντονα προβλήματα συμπεριφοράς είναι ένας καλός προβλεπτικός παράγοντας ώστε οι γονείς να αναζητήσουν τελικά τη βοήθεια από υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η *άτυπη αναζήτηση βοήθειας* (από περιοδικά, εφημερίδες, βιβλία, σχετικές ομιλίες ειδικών, φίλοι κλπ.) για δυσκολίες παιδιών από τους γονείς τους φαίνεται ότι επικρατεί περισσότερο σε γονείς με υψηλή μόρφωση, ενώ η επίδραση του εισοδήματος, ο αριθμός των παιδιών και η γεωγραφική απόσταση φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην επίσημη επιδίωξη βοήθειας (Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002). Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα (Peters, et. al., 2005) διαπιστώθηκε ότι προβλεπτικός παράγοντας της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούσαν και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Τέλος, σε διαπολιτισμική έρευνα των Skeikh & Furnham (2000) εξετάστηκε κοινοτικό δείγμα από Δυτικούς (Ευρώπη και Αμερική), Ασιάτες που ζούσαν στη Βρετανία και Πακιστανούς προκειμένου να προσδιοριστεί ο παράγοντας του πολιτισμού στην επιδίωξη επαγγελματικής βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας. Το δείγμα απο-

τέλεσαν 287 ενήλικες. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι ο πολιτισμός δεν επηρεάζει την επιδίωξη της επαγγελματικής βοήθειας, ενώ σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της στάσης απέναντι στην επιδίωξη βοήθειας από ειδικούς ήταν η θρησκεία, το φύλο και η εκπαίδευση. Τα δύο τελευταία στην παρούσα έρευνα δεν ήταν πολύ σημαντικά, ενώ η θρησκεία δεν εξετάστηκε.

Τα συμπεράσματα από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες συμβάλουν ελάχιστα στη λήψη απόφασης χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (έως 6% περίπου). Τέλος, ο σημαντικότερος ίσως παράγοντας από αυτούς είναι οι διαστάσεις του *τόπου* και της *ελεγχιμότητας* και μάλιστα έως 86% περίπου και έπειτα ο συνδυασμός της διάστασης του *τόπου* και της ηλικίας του παιδιού έως 30% περίπου.

4. ΤΕΛΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε να διερευνηθούν και να προσδιοριστούν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς με σκοπό να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Σχεδόν κατά κανόνα τα προβλήματα αυτά οφείλονται σε κάποια διαταραχή. Για το σκοπό αυτό συγκεντρώθηκε δείγμα το οποίο ελέγχθηκε μέσω ψυχομετρικών εργαλείων αλλά και με διάγνωση από ειδικούς ψυχικής υγείας για τις πιο συχνές αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΕΠ-Υ, Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής κ.ά.).

Η μελέτη αυτή επικεντρώθηκε στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους. Ο τρόπος αυτός αφορά στους ψυχολογικούς μηχανισμούς των γονιών και συγκεκριμένα στην απόδοση των αιτιών και την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας προκειμένου να αποφασίσουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής σε παιδιά ηλικίας 6-16,5 ετών.

Ουσιαστικά ερευνήθηκαν μηχανισμοί οι οποίοι αφορούν σε καθημερινές ψυχικές λειτουργίες σχετικά με την ερμηνεία της συμπεριφοράς των ατόμων και με σκοπό τη λύση των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή. Οι μηχανισμοί αυτοί στηρίζονται στη θεωρία του Weiner (1986) για την απόδοση των αιτιών (casual attribution) η οποία θεωρείται εγγενής μηχανισμός καθώς και τη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας (self efficacy) του Bandura (1977, 1982) ως προσδοκία αλλά και συνέπεια των προσπαθειών της λύσης των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους. Επίσης, μελετήθηκαν παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάζουν τους μηχανισμούς αυτούς προκειμένου οι γονείς να αποφασίσουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν στο «στίγμα» των ψυχικών διαταραχών, σε κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και γενικά σε κοινωνικές αντιλήψεις για την ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε πως γονείς παιδιών οι οποίοι είχαν ζητήσει βοήθεια από ειδικούς και είχε γίνει διάγνωση για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους (Εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή/ και Διαταραχή Διαγωγής) οι γονείς αυτοί εντάχθηκαν σε προγράμματα αντιμετώπισης για τα προβλήματα των παιδιών τους αλλά δεν είχαν ολοκληρώσει τα προ-

γράμματα αυτά. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες εμποδίζουν τη λήψη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ακόμη και αν οι αποδόσεις των αιτιών από τους γονείς για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους βρίσκονται σε συστοιχία με την πραγματική κατάσταση των παιδιών τους και χρήζουν συνέχεια της θεραπευτικής παρέμβασης (Peters & et. al., 2005).

Ένα σημαντικό στοιχείο αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από ειδικούς για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το στοιχείο αυτό έχει διερευνηθεί και έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας της απόφασης για χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το ίδιο διαπιστώνεται και στην παρούσα έρευνα αφού τα 3/5 του κλινικού δείγματος αφενός είχαν επισκεφθεί και άλλους ειδικούς αλλά η αναποτελεσματικότητά τους τους οδήγησε στην αναζήτηση άλλων ειδικών και αφετέρου η συνάφεια της αποτελεσματικότητας των ειδικών με την επίσκεψη σε άλλους λόγω αναποτελεσματικότητας των προηγούμενων είναι πολύ σημαντική. Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα με γονείς (Harrison, E.M., McKay, Bannan, 2004), διαπιστώθηκε πως οι γονικές αντιλήψεις για την αποτελεσματική διαχείριση της δύσκολης συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους ενδέχεται να επηρεάσει τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημειώνεται ότι στην έρευνα αυτή, οι περισσότερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών μειώναν τις πιθανότητες της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και η δριμύτητα των συμπτωμάτων δεν επηρέαζε τη χρήση ή όχι των υπηρεσιών αυτών (Harrison, McKay, Bannan, Jr., M.S.W., 2004).

Η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας στηρίχθηκε στο αναπτυξιακό πρότυπο και επιλέχθηκαν πολλά δείγματα ανάλογα με τη δριμύτητα (κλινικό ή οριακό φάσμα των ψυχομετρικών εργαλείων, τη διάγνωση ειδικού) της συμπτωματολογίας των αναπτυξιακών διαταραχών. Επίσης, ανάλογα με τη χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο σκοπός της επιλογής πολλών δειγμάτων ήταν αφενός η ανάδειξη της αναπτυξιακής πορείας της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς (ανάλογα με την ηλικία των παιδιών) και αφετέρου της διαφορετικής αντίληψης για τα αίτια της συμπεριφοράς αυτής από τους γονείς αλλά και της ικανότητάς τους για την αντιμετώπιση της μορφής των συμπτωμάτων από τους ίδιους σε κάθε στάδιο της ίδιας διαταραχής.

Σύμφωνα με τα περιγραφικά στοιχεία της παρούσας έρευνας υπενθυμίζεται ότι παρατηρήθηκαν τα εξής:

- σε όλα τα δείγματα την πρωτοβουλία για επίσκεψη σε ειδικό πήραν οι γονείς με μεγάλη διαφορά σε σχέση με άλλους (π.χ. εκπαιδευτικός, παιδίατρος)
- σε όλα τα δείγματα οι παιδίατροι είχαν τις λιγότερες παραπομπές σε ειδικό (σε μερικά δείγματα μάλιστα καμία παραπομπή δεν έγινε από παιδίατρο). Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με το πρότυπο του Sayal (2006) το δεύτερο φίλτρο αφορά κυρίως ειδικούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παθολόγους ή/ και παιδίατρος) οι οποίοι φαίνεται ότι είτε δεν αντιλαμβάνονται τις ψυχικές διαταραχές είτε δυσκολεύονται γενικά σε ειδικές υπηρεσίες όπως οι ψυχικές. Οπότε το μοντέλο αυτό μάλλον δεν είναι αποτελεσματικό αφού οι ειδικοί της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει θεσμικά να εκπαιδεύονται και να παραπέμπουν στις ειδικές υπηρεσίες.

Στα δείγματα ΔΚΦ1, ΔΚΦ2 & ΔΚΦ6:

- σχεδόν οι μισές περιπτώσεις παιδιών αντιμετωπίζουν μαθησιακό πρόβλημα σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών τους και αποδίδεται από τους ίδιους ως ένα από τα αίτια της συμπεριφοράς τους.
- και το 1/3 των περιπτώσεων των παιδιών παρουσιάζει κάποια δυσκολία στην ομιλία σύμφωνα με την εκτίμηση των γονιών τους.

Στο ΔΚΦ3 (ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ) τα ποσοστά για μαθησιακό πρόβλημα και δυσκολίες ομιλίας είναι σαφώς πολύ μεγαλύτερα από τα προηγούμενα δείγματα.

Στα δείγματα ΔΚΦ1, ΔΚΦ2, ΔΚΦ3 & ΔΚΦ6 σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων με δυσκολίες στη μάθηση σύμφωνα με την αντίληψη των γονιών παρουσιάζει ταυτόχρονα και δυσκολίες στην ομιλία (περίπου το ¼ των περιπτώσεων).

- Σχεδόν σε όλα τα δείγματα ανάλογα με την προέλευση (κλινικό ή κοινοτικό) φαίνεται ότι οι δυσκολίες στη μάθηση και την ομιλία των παιδιών «συμπίπτουν» σε σημαντικό ποσοστό με την επίσκεψη σε ειδικό.
- Η αναλογία επίσκεψης σε ειδικό μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι 3 προς 1 σε βάρος των αγοριών.

Τα παραπάνω αποτελέσματα ισχύουν σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις της επιλογής των δειγμάτων (1^η, 2^η, 3^η και 4^η). Ειδικά στις δύο τελευταίες (3^η & 4^η) όπου ουσιαστικά γίνεται η σύγκριση του κλινικού δείγματος με το κοινοτικό) τα παραπάνω συμπεράσματα ενισχύονται ακόμη περισσότερο. **Δηλαδή, οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση και στον προφορικό λόγο είναι παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες της απόφασης των γονιών ώστε να κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικών υγεί-**

α. Το τελευταίο συμπέρασμα σημαίνει ότι οι γονείς αποφασίζουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν το πρόβλημα στη συμπεριφορά των παιδιών τους είναι γίνετα αντιληπτό («ορατό») από αυτούς. Βέβαια τα προβλήματα στη μάθηση και την ανάπτυξη του προφορικού λόγου, αποτελούν τα δευτερογενή προβλήματα και όχι τα πρωτογενή (αίτια) τα οποία στην πλειονότητά τους οφείλονται σε κάποια διαταραχή. Σε αρκετές περιπτώσεις η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους γονείς για τα παιδιά τους δεν βρίσκεται σε συστοιχία με τα «ορατά» προβλήματα από τους γονείς όπως οι δυσκολίες στη μάθηση και στον προφορικό λόγο.

Η παρούσα προσπάθεια εστίασε στους ψυχολογικούς μηχανισμούς και όχι στα προβλήματα που ενδεχομένως γίνονται αντιληπτά («ορατά») από τους γονείς όπως οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση ή/ και στον προφορικό λόγο.

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή της εργασίας οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ο πολιτισμός, η προσωπικότητα, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλα περιβαλλοντικά στοιχεία ενδέχεται να επηρεάζουν την απόφαση των γονιών για τη χρήση αυτών των υπηρεσιών αλλά μάλλον δεν την καθορίζουν. Σύμφωνα με τους παραπάνω παράγοντες θα έπρεπε να είχαμε σημαντικές διαφορές στην χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών. Από έρευνες σε τελείως διαφορετικούς κόσμους (δύση και ανατολή) διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν έχουν σημαντικές διαφορές. **Φαίνεται λοιπόν, ότι η σημαντικότερη διεργασία της απόφασης αυτής αποτελεί η ερμηνεία των γεγονότων ή/ και των ερεθισμάτων της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους.**

Βασικός στόχος της εργασίας αυτής ήταν να αναδειχθεί ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται ή/ και συνειδητοποιούν πως η συμπεριφορά των παιδιών τους ενδέχεται να οφείλεται σε κάποια διαταραχή. Η επιλογή πολλών δειγμάτων πιστεύουμε πως κάλυψε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής σε συνδυασμό με τη χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Φαίνεται λοιπόν ότι το έναυσμα της διαδικασίας για την απόφαση των γονιών ώστε να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν (σχεδόν αποκλειστικά) οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους οι οποίες συνδέονται με δυσκολίες στη σχολική μάθηση ή/ και στον προφορικό λόγο. Επειδή όμως οι δυσκολίες αυτές αφενός αλλάζουν μορφή ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο (π.χ. ηλικία) αλλά και ανάλογα με τη φύση της διαταραχής επιφέρουν σύγχυση στους γονείς. Για παράδειγμα το αντιληπτό («ορατό») πρόβλημα της ανάπτυξης στον προφορικό λόγο την

περίοδο της προσχολικής ηλικίας ενδέχεται να οφείλεται στη ΔΕΠ-Υ ή στη νοητική υστέρηση κ.ο.κ. Πώς όμως θα το ξεχωρίσουν οι γονείς αφού η κληρονομικότητα, τα πολιτιστικά στοιχεία ή ακόμη και κάποιιοι ειδικοί όπως οι παιδίατροι ενδέχεται να το αποδόσουν στην «ανωριμότητα»;

Η πάροδος του χρόνου λόγω αναμονής της «ωρίμανσης» όμως δημιουργεί συνήθως περισσότερα προβλήματα παρά λύνει. Όπως διαπιστώθηκε και στην παρούσα έρευνα η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, είναι περισσότερο πιθανό ένας γονιός να επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας για τις δυσκολίες συμπεριφοράς του παιδιού του σε προχωρημένη παιδική ηλικία (από την εμπειρία μας συνήθως λίγο πριν την εφηβεία) παρά στην προσχολική ηλικία. Η απόδοση λοιπόν των αιτιών για τα προβλήματα γενικά στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους γίνεται σχεδόν κατά κανόνα στη βάση των γνώσεων και των αντιλήψεων που διαθέτουν όπως για παράδειγμα για την κληρονομικότητα. Τις περισσότερες φορές η ερμηνεία που δίνουν για τα αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών τους είτε τους διαψεύδει (ευτυχώς) εφόσον καταλήξουν στη διαπίστωση αυτή είτε επιμένουν (δυστυχώς) διογκώνοντας όμως τα προβλήματα των παιδιών και κατά συνέπεια και τα δικά τους. Το βέβαιο είναι ότι συνεχώς προβληματίζονται και προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους, αλλά δυστυχώς ανεπιτυχώς τις περισσότερες φορές στις περιπτώσεις λόγω της παρουσίας κάποιας διαταραχής.

Ο προβληματισμός τους για τις δυσκολίες αυτές αφορά συνήθως ψυχολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι σχετίζονται με τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών. Όπως διαπιστώνεται από τα στοιχεία της παρούσας έρευνας μεταξύ των γονιών που τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με αυτούς που δεν παρουσιάζουν διαφέρουν σημαντικά σε όλες τις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών (*τόπος, σταθερότητα, ελεγχιμότητα, παγκοσμιότητα και γενίκευση*). Επιπλέον, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις αυτές και μεταξύ αυτών που τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή ανάλογα με την χρήση ή όχι υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Δηλαδή, ανεξάρτητα από μεταβλητές όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η προσωπικότητα των γονιών, το φύλο και άλλους παράγοντες οι διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών των δυσκολιών στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους διαφέρει ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής και ανάλογα με τη χρήση υπηρεσιών ή όχι. Το τελευταίο σημαίνει ότι οι γονείς που αποφάσισαν τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είτε διέκριναν «κάποιο» πρόβλημα στη συμπεριφορά των παι-

διών τους είτε δεν μπορούσαν να το λύσουν, δηλαδή, κατέληξαν σε αδιέξοδο λόγω των αναποτελεσματικών προσπαθειών που κατέβαλαν. Και στις δύο περιπτώσεις φαίνεται ότι η αίσθηση της χαμηλής αυτοαποτελεσματικότητας τους οδήγησε στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δίχως να γνωρίζουν ότι αυτό αποτέλεσε το αίτιο της επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας.

Τέλος, στις περιπτώσεις των γονιών οι οποίοι δεν αποφάσισαν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας διαπιστώθηκε μία «αντίφαση» στη συμπεριφορά τους, διότι σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά εργαλεία για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους και ενώ αυτά εντάσσονταν σε κλινικό φάσμα (δηλαδή με μεγάλη πιθανότητα κάποιας διαταραχής) εντούτοις δεν έκαναν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πιθανότατα δεν είχαν συνειδητοποιήσει ή/ και δεν δεχόντουσαν πως τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι διέπρατταν το θεμελιώδες λάθος της απόδοσης των αιτιών (Gilbert & Malone, 1995). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι γονείς οι οποίοι δεν έκαναν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είχαν υψηλότερη αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με αυτούς που έκαναν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Σημειώνεται ότι οι εν λόγω γονείς είχαν χαμηλότερη αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας από τους γονείς του δείγματος της ομάδας ελέγχου.

4.1. Μελέτη 1.

Από τα στοιχεία της πρώτης μελέτης της παρούσας έρευνας (διαφορές στις διαστάσεις της απόδοσης των αιτιών και στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής) διαπιστώνεται ότι υπάρχει συστηματική σημαντική διαφορά στις διαστάσεις αυτές καθώς και στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας μεταξύ αυτών που έκαναν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας με αυτούς που δεν έκαναν ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι οι διαστάσεις της ελεγχιμότητας και της παγκοσμιοτητας και η προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας διαδραματίζουν προτεύοντα ρόλο στην απόφαση της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής. Οι αντιλήψεις των γονιών, η προσωπικότητά τους, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άλλοι παράγοντες που έχουν ήδη αναφερθεί φαίνεται ότι μάλλον δεν καθορίζουν την απόφαση αυτή. Για παράδειγμα σύμφωνα με στοιχεία έρευνας

(Sonuga-Barke et., al., 1993) διαπιστώθηκε πως μητέρες με ψυχοπαθολογία απέδωσαν τον ίδιο αριθμό αιτιωδών κατηγοριών για τη συμπεριφορά των παιδιών με τις μητέρες που δεν παρουσίαζαν κάποια ψυχοπαθολογία.

Το ενδιαφέρον ίσως της πρώτης μελέτης αφορά κυρίως στο κλινικό δείγμα (ΟΛΟΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΕΙΔΙΚΟ). Οι περιπτώσεις των παιδιών αυτών έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς και κάποια άλλη διαταραχή όπως Εναντιωτική Προκληκτική Διαταραχή, Διαταραχή διαγωγής από έμπειρους ειδικούς. Συγκεκριμένα έγινε σύγκριση μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή με αυτούς που δεν παρουσιάζουν σύμφωνα όμως με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία (που ουσιαστικά αποτυπώνονταν οι αντιλήψεις των γονιών). Εντούτοις διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις της σταθερότητας, της ελεγχιμότητας και της γενίκευσης των αποδόσεων των αιτιών καθώς και στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Το τελευταίο σημαίνει ότι ακόμη και όταν αποφασίσουν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν έχουν σαφή αντίληψη των αιτιών της συμπεριφοράς των παιδιών όπως άλλωστε διαπιστώνεται από όλα τα δείγματα που παρουσιάστηκαν στην εργασία αυτή. Μικροδιαφορές παρουσιάζονται ανάλογα με τους δείκτες φάσματος στα ψυχομετρικά εργαλεία (κλινικό με οριακό φάσμα). Αυτό θεωρείται φυσιολογικό να παρουσιάζεται διότι ο βαθμός (υψηλός, μέτριος, ήπιος) της παρουσίας των συμπτωμάτων των διαταραχών δεν είναι ίδιος ακόμη και για την ίδια διαταραχή. Δηλαδή, φαίνεται και από την εμπειρία μας ότι τα συμπτώματα των διαταραχών δεν παρουσιάζονται με την ίδια ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια. Ουσιαστικά αναφερόμαστε σε φάσμα διαταραχών όπως για παράδειγμα του αυτισμού και τελευταία φάσμα της ΔΕΠ-Υ. Το τελευταίο ίσως αποτελεί και ισχυρή ένδειξη της επιγένεσης των προβλημάτων σύμφωνα με τους Goldsmith et. al. (1997), δηλαδή στη βάση μιας διαταραχής δημιουργούνται και άλλα προβλήματα, συσσωρεύονται και διογκώνονται. Το στοιχείο αυτό μπορεί να επιβεβαιωθεί με διαχρονικές έρευνες οι οποίες θα συγκρίνουν τις περιπτώσεις με και χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Η παρούσα έρευνα δεν πληροί τις προϋποθέσεις αυτές.

Σύμφωνα με τη γνωσιακή προσέγγιση αλλά και με τις απόψεις του Neisser (1976) για τη δημιουργία αντιλήψεων οι γονείς έχουν ήδη «αυτόματα σχήματα» για τις συμπεριφορές παιδιών και εφηβών όπως «θα μεγαλώσει», «δεν θέλει» κλπ. Τα «σχήματα» αυτά αποτελούν το «υλικό» της περαιτέρω επεξεργασίας που αφορά στην απόδοση των αιτιών και συγκεκριμένα για τις διαστάσεις της ελεγχιμότητας και της παγκοσμιότητας. Παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η προσωπικότητα, κοινωνικοδημογραφικά

ή κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και άλλα, μάλλον δεν καθορίζουν αλλά επηρεάζουν την απόφασή τους για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τέλος η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αφενός διαφέρει και αφετέρου διαμορφώνεται ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής. Υπενθυμίζεται ότι η τελευταία διαδικασία (διαμόρφωση) έχει επισημανθεί από τον ίδιο τον Bandura (1986).

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας φαίνεται πως η διάσταση της σταθερότητας αφορά περισσότερο στα δείγματα στα οποία έχει συμπεριληφθεί και το «οριακό» φάσμα των ψυχομετρικών εργαλείων. Το «οριακό» φάσμα στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα σημαίνει ταυτόχρονα και λιγότερα συμπτώματα της διαταραχής. Άρα η συχνότητα των συμπτωμάτων αφενός είναι μικρότερη και αφετέρου μικρότερης διάρκειας και έντασης σε σχέση με το κλινικό φάσμα. Αυτό φαίνεται ότι επηρεάζει την αντίληψη των γονιών για τη διάσταση της σταθερότητας εφόσον αυτή προσδιορίζει τη συχνότητα (δηλαδή, πόσο σταθερά παρουσιάζεται η συμπεριφορά των παιδιών τους). Για τον ίδιο λόγο διαπιστώθηκε να διαφέρει σημαντικά ακόμη και στο κλινικό δείγμα (μεταξύ κλινικού φάσματος ή/ και οριακού με το φυσιολογικό σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών στα ψυχομετρικά εργαλεία). Φυσικά, είναι λογικό να συμβαίνει κάτι τέτοιο διότι αφενός διαφέρουν οι χειρισμοί της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους και αφετέρου οι γονείς αντιλαμβάνονται διαφορετικά την ίδια συμπεριφορά σύμφωνα με άλλους παράγοντες όπως π.χ. τις κοινωνικές επιταγές και γενικά τα «σχήματα» για τη συμπεριφορά παιδιών και εφήβων.

4.2. Μελέτη 2

Η δεύτερη μελέτη αφορά στη σχέση μεταξύ της απόδοσης των αιτίων και της διαμόρφωσης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Και από τις δύο υπομελέτες διαπιστώνεται ότι αφενός μπορεί να προβλεφθεί από τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων και αφετέρου και από άλλους παράγοντες που αφορούν κυρίως στα προβλήματα τα οποία γίνονται αντιληπτά («ορατά») από τους γονείς δηλαδή, τις δυσκολίες στη σχολική μάθηση, στον προφορικό λόγο και άλλα δημογραφικά.

Η μελέτη αυτή αφορούσε σε δύο υπομελέτες. Ο διαχωρισμός αυτός βοήθησε στην ενδελεχή εξέταση και σύγκριση με περισσότερους παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να συσχετίζονται αφενός με τη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών, δηλαδή, εκτός από τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων και αφετέρου στο ποσοστό ερμηνείας των μεταβλητών αυτών για την πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικό-

τητας. Κρίθηκε λοιπόν σκόπιμο αφενός λόγω των παρατηρήσεων από την κλινική μας εμπειρία και αφετέρου από τα στοιχεία άρθρων τα οποία αναφέρονται σε αναθεωρήσεις των ερευνών και συσχετίζουν παράγοντες που αφορούν κυρίως στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και άλλων αποδιοργανωτικών διαταραχών με την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Υπενθυμίζεται ότι όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη μελέτη πιθανολογείται ότι η σχέση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας με τις αιτιώδεις αποδόσεις δεν είναι αμφίδρομη αλλά μονόδρομη, δηλαδή, η διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας έπεται των αιτιωδών αποδόσεων. Σύμφωνα με τον Bandura (2000) οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες από μια κοινωνικογνωστική προοπτική όπως η προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας επιδρά στην πορεία της υγείας και ειδικά στην αύξηση ή τη μείωση της ψυχολογικής πίεσης και του stress. Όπως αναφέρουν έρευνες του ίδιου (Bandura, 1997) η αντληπτή *ελεγχιμότητα* μίας κατάστασης οδηγεί σε ανάλογη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας. Το άτομο που έχει υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας αντιμετωπίζει με επιτυχία μία αγχογόνα κατάσταση ενώ αντίθετα εάν έχει χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα και εκλύονται κετοχολαμίνες καθώς και ενδογενής ουσίες οποιούχας μορφής οι οποίες αυξάνουν το άγχος. Συνεπώς, ο Albert Bandura προτείνει πως η *ελεγχιμότητα* μίας κατάστασης ενδέχεται να διαμορφώσει και την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας με επακόλουθες συνέπειες στην αυξομείωση του άγχους. Η *ελεγχιμότητα* αυτή αναφέρεται στο ίδιο το άτομο, δηλαδή, για το πώς αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο την ικανότητά του να ελέγχει μία κατάσταση. Στην παρούσα εργασία, η διάσταση της ελεγχιμότητας αφορά στην εκτίμηση των γονιών για την ελεγχιμότητα των προβλημάτων στη συμπεριφορά από τα ίδια τα παιδιά τους. Εάν λάβουμε υπόψη τα «σχήματα» για την ερμηνεία της συμπεριφοράς σύμφωνα με την γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση, δηλαδή, η έκφραση της παρατηρούμενης συμπεριφοράς έπεται των «αυτόματων σχημάτων» σε επίπεδο σκέψης και αντίληψης, τότε πιθανολογείται το λιγότερο μία «κυκλική» πορεία μεταξύ της απόδοσης των αιτίων και της αυτοαποτελεσματικότητας εφόσον ο μηχανισμός της απόδοσης των αιτίων θεωρείται εγγενής ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα (σύμφωνα με τον Bandura) αφενός διαμορφώνεται και αλλάζει και αφετέρου αποτελεί είτε αίσθηση είτε προσδοκία έκβασης που προϋποθέτει σκέψη. **Άρα, οι αιτιώδεις αποδόσεις προηγούνται της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας και τε-**

λικά καθορίζουν τη συμπεριφορά όπως φαίνεται στο διάγραμμα του μοντέλου της παρούσας μελέτης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώνεται ότι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας **στην πρώτη υπομελέτη** (α όλοι οι παράγοντες) μπορεί να προβλεφθεί από τη διάσταση της *γενίκευσης* καθώς και από άλλους παράγοντες όπως η «πειθαρχία» (δεν ασκείται πειθαρχία), η «αγάπη γονέων» (πιθανολογείται ενοχή νομίζοντας πως δεν τα αγαπούν επειδή αναγκάζονται να τα τιμωρούν συχνά αλλά και λόγω της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων στη συμπεριφορά των παιδιών από τους γονείς τους) και άλλα. Σε ότι αφορά στον παράγοντα της «πειθαρχίας» σημειώνεται ότι σε έρευνα των Dix et., al. (1989) οι οποίοι εξέτασαν τις υπολανθάνουσες θεωρίες των γονιών για τη δύσκολη συμπεριφορά των παιδιών τους με τη μέθοδο των σύντομων χρονογραφημάτων (vignettes) διαπίστωσαν πως οι γονείς παιδιών προχωρημένης ηλικίας ήταν πιθανότερο να αποδόσουν τη δύσκολη συμπεριφορά τους στην προσωπικότητά τους και ως σκόπιμη. Η αντίληψη αυτή τους οδήγησε στην εφαρμογή δυναμικών τακτικών και περισσότερη πειθαρχία, δίχως να αντιληφθούν το ενδεχόμενο κάποιας διαταραχής. Σημειώνεται ότι και στην περίπτωση αυτή διαπράττεται το **θεμελιώδες σφάλμα της απόδοσης των αιτίων** σύμφωνα με τους Gilbert & Malone (1995).

Σε κάποια δείγματα (ΔΚΟΦ₁, ΔΚΟΦ₂, ΔΚΟΦ₃) εμφανίζεται και η διάσταση της **σταθερότητας** ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας. Εάν παρατηρήσουμε τα δείγματα αυτά θα διαπιστώσουμε ότι αφορούν σε περιπτώσεις κλινικού ή/ και οριακού φάσματος σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας. Δηλαδή, αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως στοιχείο που αποδεικνύει την «αναπτυξιακή» πορεία και συνεχόμενη εξέλιξη της αλληλεπίδρασης μεταξύ των γονιών με τα παιδιά τους αλλά και την αλλαγή της μορφής των συμπτωμάτων για την ίδια διαταραχή διότι στα δείγματα αυτά τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται σε πιο ήπια μορφή (μικρότερη ένταση, συχνότητα και χρονική διάρκεια), άρα οι γονείς δεν μπορούν να προσδιορίσουν τη «σταθερότητα» των συμπτωμάτων και πιθανότατα παρουσιάζονται γρήγορες εναλλαγές με αποτέλεσμα να αλλάζει και η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Επίσης, σε έρευνα του Cornah (2000) για τις αποδόσεις των αιτίων μητέρων εννιάχρονων παιδιών, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο των σύντομων χρονογραφημάτων (vignettes), ζήτησε από τις ίδιες μητέρες να αποδόσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των δικών τους παιδιών και των παιδιών τα οποία περιγράφονταν στα χρονογραφήματα. Οι μητέρες αυτές έκριναν διαφορετικά τα δικά τους παιδιά από τα παιδιά

τα οποία περιγράφονταν στα χρονογραφήματα τα οποία είχαν τα ίδια χαρακτηριστικά με τα δικά τους παιδιά. Συγκεκριμένα, θεώρησαν ότι οι δυσκολίες στη συμπεριφορά των δικών τους παιδιών ήταν λιγότερο σταθερές (*σταθερότητα*) και γενικές στη ζωή τους (*γενίκευση*). Το αποτέλεσμα αυτό ερμηνεύθηκε από τον ίδιο ως προκατάληψη της απόδοσης των αιτιών σύμφωνα με τον Heider (1958) (ενδεχομένως επειδή είτε εκλογίκευαν καταστάσεις που βίωναν, είτε δεν δεχόντουσαν πως το δικό τους παιδί έχει κάποια ψυχική διαταραχή).

Στη δεύτερη υπομελέτη (β μόνο με δέκα παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αλλά και με τις παρατηρήσεις μας από την κλινική πράξη) σημαντικοί παράγοντες της πρόβλεψης της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν οι διαστάσεις της *ελεγχιμότητας* και της *γενίκευσης* αλλά με μειωμένο περίπου στο μισό ποσοστό ερμηνείας του διορθωμένου δείκτη προσδιορισμού (R^2_{adj}) σε σχέση με την α υπομελέτη (όλοι οι παράγοντες). Το τελευταίο σημαίνει ότι αρκετοί παράγοντες όπως η αντιμετώπιση της συμπεριφοράς (π.χ. «πειθαρχία») αλλά και κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. «χωρισμένοι γονείς») αποτελούν περίπου «ισοδύναμους» παράγοντες σε σχέση με τις δύο διαστάσεις (*ελεγχιμότητα* και *γενίκευση*) σε ότι αφορά στη δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και οι δύο μαζί (διαστάσεις και άλλοι παράγοντες) αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (περίπου κατά το ήμισυ στο σύνολο της πρόβλεψης για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας). Το αποτέλεσμα αυτό πιθανό να μην ικανοποιεί τα δεδομένα της επιστήμης διότι προσδοκούμε να έχουμε ασφαλέστερη πρόβλεψη. Σύμφωνα όμως με τη βιβλιογραφία υπάρχουν και άλλοι παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το στίγμα της ψυχικής νόσου και άλλα, οι οποίοι ενδέχεται να απογοητεύουν τους γονείς ή/ και να μην αντιλαμβάνονται πως δεν πρόκειται για συνηθισμένο πρόβλημα συμπεριφοράς των παιδιών τους, οπότε πολύ πιο εύκολα θα οδηγηθούν σε ανάλογη αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Δηλαδή, σε επίπεδο πεποιθήσεων των γονιών ισχύει πως «...αφού δεν μπορούμε εμείς δεν μπορεί κανείς...».

Στη μελέτη αυτή επισημαίνεται (όπως και στην πρώτη) ότι στα δείγματα ΔΚΦ₆ και ΔΚΟΦ₆, οι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας είναι η διάσταση της *σταθερότητας* και τα προβλήματα που μπορεί να γίνουν αντιληπτά από τους γονείς όπως οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση και στον προφορικό λόγο. Υπενθυμίζεται ότι η διάσταση της *σταθερότητας* αφορά πρώτιστα

στις προσδοκίες των ατόμων (Weiner, 1986). Επειδή τα συγκεκριμένα δείγματα είναι κοινοτικής προέλευσης αλλά και επειδή η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται αφενός σε βάθος χρόνου (Bandura, 1986) και αφετέρου η αλληλεπίδραση μεταξύ γονιών και παιδιών (Dix, 1989) διογκώνει τα προβλήματα λόγω παρουσίας της ΔΕΠ-Υ, η παρουσία αυτού του προβλεπτικού παράγοντα είναι λογικό να υπάρχει και πιθανότητα στα αρχικά στάδια της διαδικασίας αυτής αφού λογικά πρέπει πρώτα να παρατηρήσουμε και έπειτα να συμπεραίνουμε για τα αίτια κάποιας συμπεριφοράς. Τέλος, οι προσδοκίες της «σωστής» συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους και επειδή αυτές αφορούν στη διάσταση της *σταθερότητας* εύλογο είναι να προσδοκάται το «καλύτερο» από ένα γονιό για το παιδί του τουλάχιστον σε αρχικά στάδια. Το ερώτημα που τίθεται και αφορά περισσότερο στην κλινική πράξη είναι πως θα προσδιοριστεί από τον ειδικό εάν βρισκόμαστε στην αρχή της διαδικασίας ή τέλος πάντων σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο. Αυτό θα μπορούσε να προσδιοριστεί με τις διαστάσεις και τους παράγοντες όπως για παράδειγμα στην περίπτωση αυτή. Δηλαδή, προσδιορίζοντας τις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων και άλλους παράγοντες θα μπορούσαμε αφενός να προβλέψουμε το βαθμό της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας και αφετέρου σε ποιο περίπου στάδιο της διαδικασίας βρίσκονται. **Η συγκεκριμένη επισήμανση θα αναφερθεί αναλυτικά στις κλινικές εφαρμογές.**

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως σε σχετικά πρόσφατη έρευνα (Bor & Sanders, 2004) με γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας (τριών ετών) στην Αυστραλία, μεταξύ άλλων διερευνήθηκε και η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας στην έκβαση της ψυχοπαθολογίας. Μεταξύ των τριών καλύτερων προβλεπτικών παραγόντων ήταν και αυτός της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας (οι άλλοι δύο ήταν η μητρική κατάθλιψη και η συμπεριφορά του παιδιού). Το συμπέρασμα των ερευνητών από τη μελέτη αυτή αφορά στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών προκειμένου να χειριστούν καλύτερα τις δυσκολίες στη συμπεριφορά των παιδιών τους ώστε να αποφεύγεται η ανάπτυξη ή/ και η δυσμενής έκβαση της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς καθώς και η εγκατάλειψη των συνηθισμένων μέσων συμμόρφωσης όπως ξυλοδαρμοί, φωνές και λεκτικές επιπλήξεις. Άλλωστε διάφορες μελέτες υποστηρίζουν πως οι καταναγκαστικοί χειρισμοί πίεσης των γονιών προς τα παιδιά τους αυτού του τύπου (ξυλοδαρμοί, φωνές και επιπλήξεις) οδηγούν τα παιδιά αυτά σαν ενήλικες πλέον στην αντικοινωνική συμπεριφορά (McCord, 1979· Robins, 1966) στην κατάθλιψη και στον αλκοολισμό (Barkley, 2005· Holmes & Robins, 1987) και στην εγκληματικότητα (Patterson, Reid & Dishon, 1992).

4.3. ΜΕΛΕΤΗ 3

Η τρίτη μελέτη αφορά σε δύο υπομελέτες (την α και τη β) για τον ίδιο λόγο με τη δεύτερη μελέτη. Δηλαδή, οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν δύο φορές με τα ίδια δείγματα της α υπομελέτης (με όλους τους πιθανούς παράγοντες) και τη β υπομελέτη μόνο με τους 10 πιο πιθανούς παράγοντες και επιπλέον ένας ενδέκατος, της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών. Επιχειρήθηκε να προσδιοριστούν οι πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της α υπομελέτης διαπιστώθηκε ότι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά συγκρότητα εμφάνισης (πίνακας 3.60) στα επιλεγμένα δείγματα είναι:

1. η διάσταση της *παγκοσμιοτητας* και η κατηγορία της αιτιώδους απόδοσης (Sonuga) του «μαθησιακού προβλήματος»,
2. ακολουθούν οι παράγοντες του «τόπου κατοικίας» και το «φύλο»
3. «αυστηροί γονείς» και «δεν μπορεί αλλιώς»
4. η κατάθλιψη της μητέρας
5. η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας και η «πειθαρχεία»

Σημειώνεται όμως ότι μεταξύ αυτών, ο παράγοντας που ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της εξαρτημένης μεταβλητής (χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας) είναι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3.59 της πρόβλεψης της επίσκεψης σε ειδικό της α υπομελέτης. Τέλος, οι δείκτες προσδιορισμού για τα ποσοστά ερμηνείας της εξαρτημένης μεταβλητής από τις ανεξάρτητες είναι σε αρκετά υψηλά ποσοστά (Nagelkerke R^2 άνω του 70% και Percentage correct γύρω στο 90%) που σημαίνει ότι οι παραπάνω προβλεπτικοί παράγοντες είναι αρκετά ισχυροί.

Στη β υπομελέτη (της τρίτης μελέτης) ισχυροποιούνται οι παράγοντες αυτοί και μάλιστα ακόμη περισσότερο για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας, τη διάσταση της *παγκοσμιοτητας* και επιπλέον τον παράγοντα της «ηλικίας». Από αυτούς τους παράγοντες πρόβλεψης της επίσκεψης σε ειδικό περισσότερο σημαντικός είναι η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Exp(B)>2,000). Τέλος, οι δείκτες προσδιορισμού (Nagelkerke $R^2 \approx 70\%$ και Percentage correct $\approx 90\%$) είναι περίπου στο ίδιο επίπεδο με την α υπομελέτη της τρίτης μελέτης.

Ο Bandura (1977' 1982) στην ανάπτυξη της θεωρίας της αυτοαποτελεσματικότητας διέκρινε τις προσδοκίες της έκβασης από αυτές της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι

πρώτες (προσδοκίες έκβασης) αφορούν στις πεποιθήσεις ότι ιδιαίτερες συμπεριφορές θα οδηγήσουν σε μια συγκεκριμένη έκβαση ενώ οι δεύτερες (προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας) αφορούν στην αυτοαντίληψη του ατόμου ότι έχουν την ικανότητα ή τη δυνατότητα της εφαρμογής των ιδιαίτερων αυτών συμπεριφορών που θα οδηγήσουν τελικά στην προσδοκία έκβασης.

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή σε ότι αφορά στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας στην παρούσα εργασία αφορούσε στο πως αισθάνονταν οι γονείς, δηλαδή, εάν είναι ικανοί να ελέγξουν τις δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών τους και όχι στην προσδοκία της έκβασης των ιδιαίτερων χειρισμών που θα οδηγούσαν στην επιθυμητή συμπεριφορά. Βέβαια, μεταξύ των δύο προσδοκιών υπάρχει συνέχεια και αλληλεπικάλυψη καθώς είναι πολύ δύσκολη η διάκρισή τους, αλλά σύμφωνα με τον Kirch (1985) ο οποίος υποστήριξε πως ο Bandura δεν αποσαφήνισε τη διάκριση αυτή και πως ο ίδιος υποστηρίζει ότι αποτελούν δύο ξεχωριστές οντότητες.

Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα με N=253 αφροαμερικανούς γονείς (Harrison, McKay, Bannon, 2004), διαπιστώθηκε πως οι γονικές αντιλήψεις για την αποτελεσματική διαχείριση της δύσκολης συμπεριφοράς με επιβολή πειθαρχίας των παιδιών από τους γονείς τους ενδέχεται να επηρεάσει τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι οι γονικές αντιλήψεις και οι αναποτελεσματικοί χειρισμοί (επιβολή πειθαρχίας) των γονιών είναι πιθανότερο να τους οδηγήσουν στη χρήση κάποιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Σημειώνεται ότι στην έρευνα αυτή, η δριμύτητα των συμπτωμάτων δεν επηρέασε τη χρήση ή όχι των υπηρεσιών. Τέλος, η αναμονή στη λίστα για κλινική εκτίμηση και διάγνωση από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούσε έναν από τους παράγοντες που αναφέρθηκε από τους γονείς ως αίτιο της μη χρήσης της υπηρεσίας τους.

Υπενθυμίζεται ότι έχει διαπιστωθεί πως οι γονικές αντιλήψεις αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και από άλλες έρευνες (π.χ. Morissey-Kane & Prinz, 1999, Angold et al., 1998, 1999, 2002). Επιπλέον, πιθανά αίτια της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως φαίνεται και από την παρούσα έρευνα είναι οι μαθησιακές δυσκολίες πλην όμως καθορίζουν σε μικρότερο βαθμό την επίσκεψη σε ειδικό. Όπως διαπιστώθηκε και από άλλη έρευνα (John et. al., 1995) τα ακαδημαϊκά προβλήματα αλληλεπιδρούν με τη διαταραχή και το οικογενειακό εισόδημα για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στις έρευνες αυτές δεν διεκρινίζονται όμως οι ψυχολογικοί μηχανισμοί και ο τρόπος με τον οποίο αποκτούνται καθώς και η ψυχολογική κατάσταση των γονιών.

4.4. Σύνοψη τελικής συζήτησης

Σκοπός της διατριβής αυτής ήταν να διερευνηθούν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλες διαταραχές στη συμπεριφορά όπως Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή Διαγωγής. Η διερεύνηση των μηχανισμών αυτών αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των παραγόντων και τα πιθανά αίτια τη λήψης απόφασης για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, με τη διερεύνηση των μηχανισμών αυτών προσδοκούσαμε στην αποσαφήνιση του τρόπου με τον οποίο οι γονείς αυτοί χειρίζονται τις δυσκολίες της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Το τελευταίο ευελπιστούμε ότι θα είναι χρήσιμο και για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις από ειδικούς οι οποίοι θα πρέπει να συμπεριλάβουν στο θεραπευτικό σχήμα και τους γονείς των παιδιών.

Συγκεκριμένα επιβεβαιώθηκε στο μέτρο του δυνατού το πρότυπο που προτάθηκε σ' αυτή τη διατριβή (Σχήμα 1). Το πρότυπο αυτό συμφωνεί αρκετά με την υποψήφια θεωρία των Ployhart & Harold (2004). Από την παρούσα διερεύνηση όμως φαίνεται ότι αυτό δεν είναι αρκετό ώστε να ερμηνευθεί η λήψη απόφασης για τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Άλλωστε δεν περιλαμβάνει τον παράγοντα της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία όπως φαίνεται από την παρούσα διατριβή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την τελική συμπεριφορά των ατόμων, διότι η έρευνα της διατριβής αυτή έγινε σε ενήλικες. Επίσης, δεν περιλαμβάνει την «κυκλική πορεία», δηλαδή την επανεκτίμηση των γεγονότων και των καταστάσεων και τον επαναπροσδιορισμό της διαμόρφωσης της αυτοαποτελεσματικότητας με τελική κατάληξη τη δράση και την παρατηρούμενη συμπεριφορά η οποία όπως γνωρίζουμε από την εμπειρία μας ενδέχεται να αλλάζει από το ίδιο ερέθισμα / γεγονός. Υπενθυμίζεται ότι η υποψήφια θεωρία των Ployhart & Harold (2004) προτείνει πως μετά το γεγονός ή/ και την κατάσταση που παρατηρεί το άτομο, ακολουθεί η γνωστική επεξεργασία από το ίδιο το άτομο ως εξής:

- α) η «αντιληπτή πραγματικότητα» του ατόμου (η οποία δεν εξασφαλίζει την αντίληψη του πραγματικού γεγονότος ή/ και κατάστασης),
- β) ακολουθεί η σύγκριση με τις αντιλήψεις του σε σχέση με τις προσδοκίες του για ίδια ή/ και παρόμοια γεγονότα ή/ και καταστάσεις,
- γ) Στη συνέχεια αντιλαμβάνεται εάν μεταξύ του γεγονότος ή/ και της κατάστασης και των προσδοκιών του (δηλαδή, αυτό που θα έπρεπε να είχε συμβεί σύμφωνα με τις δικές του αντιλήψεις) υπάρχει αντίθεση ή συμφωνία.

δ) Τέλος, σύμφωνα με την αυτοαντίληψή του, ανεξάρτητα από την διαπίστωση που κάνει (δηλαδή εάν τα αποτελέσματα είναι αντίθετα ή όχι με τις προσδοκίες του) ξεκινά να αποδίδει τα αίτια του γεγονότος στη βάση των τριών διαστάσεων του Weiner (1985), δηλαδή, του «τόπου», της «σταθερότητας» και της «ελεγχιμότητας». Σημειώνεται ότι οι ερευνητές θεωρούν πολύ σημαντικό το στάδιο αυτό, διότι παρατηρείται η πλήρης συνέπεια των λαθών (θεμελιώδες σφάλμα της απόδοσης των αιτιών (Gilbert & Malone, 1995) ή αλλιώς «απατηλή συνάφεια»), των προκαταλήψεων και χειρισμών που θα ακολουθήσουν διαμορφώνοντας τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων.

ε) Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα από αυτή τη διεργασία θα καθορίσουν τη στάση του και τη συμπεριφορά του απέναντι στο γεγονός ή/ και την κατάσταση.

Σημειώνεται ότι σύμφωνα με την πρόταση των παραπάνω ερευνητών τα στάδια από α) έως και δ) επηρεάζονται σημαντικά από πολιτιστικούς παράγοντες όπως διαπιστώνεται και από άλλη έρευνα για τις αποδόσεις των αιτιών (Fletcher & Ward, 1988) αλλά και από τις ατομικές διαφορές. Στους πολιτιστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η ατομικότητα (δηλαδή, πόσο ατομικά ή συλλογικά λειτουργεί το άτομο), η κοινωνική τους δύναμη, το φύλο, η κοινωνική αστάθεια / αβεβαιότητα / αμφιβολία και η αποφυγή. Στις ατομικές διαφορές περιλαμβάνονται οι εμπειρίες των ατόμων, η προσωπικότητά τους, οι αξίες τους, οι υπολανθάνουσες θεωρίες και οι πεποιθήσεις τους.

Το πρότυπο που υποστηρίχθηκε στη διατριβή αυτή αλλά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας διαπιστώνεται τελικά ότι:

- ο εγγενής μηχανισμός της απόδοσης των αιτιών σύμφωνα με τη θεωρία του Weiner (1986) αποτελεί τη βάση της ερμηνείας της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της συμπεριφοράς αυτής.
- η διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών τους σχετίζεται και ακολουθεί μετά από το μηχανισμό της απόδοσης των αιτιών καθώς προβλέπεται καλύτερα από τις διαστάσεις της *ελεγχιμότητας* και της *γενίκευσης*. Οι υπόλοιπες διαστάσεις (*τόπος, σταθερότητα, παγκοσμιότητα*) λειτουργούν έμμεσα προκειμένου να διαμορφωθεί η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας

- Ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η γονική αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας όπως διαπιστώνεται και από έρευνα των Harrison, et. al. (2004). Για παράδειγμα στοιχεία από παρόμοια έρευνα (Janicke & Finney, 2003) για τις παιδικές ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι παιδίατροι, διαπιστώθηκε ότι ο συνδυασμός της γονικής πίεσης με την υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας οδήγησε στη χρήση των παιδιατρικών υπηρεσιών, σε αντίθεση με την υπόθεση των ερευνητών ότι οι γονείς με χαμηλή γενική αυτοαποτελεσματικότητα θα οδηγούσε σε χρήση των παιδιατρικών υπηρεσιών. Πιθανόν το είδος των υπηρεσιών αυτών, δηλαδή, η αποτελεσματικότητα των θεραπειών που προσφέρει η οποία είναι επιβεβαιωμένη και τη γνωρίζουν οι γονείς, αισθάνονταν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα επειδή ήξεραν ότι υπάρχει συγκεκριμένη αντιμετώπιση και μόνο μέσω αυτής (π.χ. εμβολιασμοί, φάρμακα) θα ήταν επιτυχής η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του παιδιού τους. Κατά συνέπεια οι αντιλήψεις αυτές τους οδήγησαν στη χρήση των υπηρεσιών αυτών. Τέλος, οι ίδιοι ερευνητές (Janicke & Finney, 2003) επισημαίνουν ότι η κοινωνικογνωστική θεωρία παρέχει μια νέα προοπτική για την αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση υγειονομικής περίθαλψης.

Ουσιαστικά προστίθεται ακόμη ένα στάδιο στους ψυχολογικούς μηχανισμούς της θεωρίας των Ployhart & Harold (2004). Το στάδιο της διαμόρφωσης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας ως συνέχεια του τέταρτου (δ) σταδίου και πριν από το τελευταίο στάδιο της συμπεριφοράς (ε). Η γνώση του σταδίου της διαμόρφωσης της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας έχει θετικές συνέπειες αφενός στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και αφετέρου ορομολογεί νέες έρευνες και σε πολλά άλλα πεδία της ψυχολογίας όπως για παράδειγμα της συμβουλευτικής.

Η διαφορά με άλλα πρότυπα όπως αυτό του Sayal (2006) έγκειται στο γεγονός ότι με το πρότυπο που πραγματεύεται η παρούσα διατριβή, δηλαδή, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι γονείς και γενικά τα άτομα (ακόμη και ειδικοί) καταστάσεις και γεγονότα όπως αυτό της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας γίνεται περισσότερο συγκεκριμένος. Η αντίληψη της δριμύτητας της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλες διαταραχές, φαίνεται ότι δεν αρκεί ώστε να αποσφηνιστούν τα πραγματικά αίτια και ο τρόπος με τον οποίο γίνονται αντιληπτά από τους γονείς για τα παιδιά τους και όχι μόνο όπως για παράδειγμα ότι η αναγνώριση αυτή γίνεται από κάποιο ειδικό ιατρό παθολόγο ή/ και παιδίατρο στο δεύτερο στάδιο, το

οποίο είναι αμφίβολο αν αναγνωριστεί τελικά εφόσον παρουσιάζεται. Όπως αναφέρεται σε άλλη έρευνα γονιών παιδιών με ΔΕΠ-Υ από τη Βρετανία του ίδιου με τους συνεργάτες του (Sayal, Goodman, and Ford, 2006b), η αναγνώριση από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως επισφαλής διότι οι γονείς των παιδιών πληροφορούν τους επαγγελματίες μονομερώς και ως εκ τούτου δεν γίνεται η αναγνώριση και η παραπομπή σε ειδικές υπηρεσίες. Δηλαδή, οφείλεται στην αντίληψη των γονιών και όχι απαραίτητα στην εκπαίδευση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού προτείνουν την εκπαίδευση των γονιών και την εισαγωγή ειδικών υπηρεσιών στην εκπαίδευση.

Τέλος, κατά τα άλλα πρότυπα όπως αυτά αναφέρονται στο υποκεφάλαιο 3.3.6 σύνοψη και συμπεράσματα της 3^{ης} μελέτης της παρούσας εργασίας (σύγκριση με άλλα πρότυπα/ μοντέλα) διαπιστώνεται ότι οι Veroff, Kulka & Donovan (1981) είχαν προτείνει ένα απλό πρότυπο στο οποίο προηγείται η αναγνώριση και η δεκτικότητα της ιδέας του προβλήματος από τους γονείς αλλά δεν αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο αναγνωρίζεται ένα πρόβλημα στη συμπεριφορά. Περίπου το ίδιο συμβαίνει και με το πρότυπο των Eiraldi, et. al. (2006) για τον παράγοντα της αναγνώρισης του προβλήματος από τους γονείς. Στο δομικό πρότυπο εξίσωσης (Structural Equation Model) των Lau & Takeuchi (2001) διαπιστώθηκε ότι οι πολιτιστικές αξίες άσκησαν μία έμμεση επίδραση στην πρόθεση της επιδίωξης βοήθειας (help – seeking) και όχι στη χρήση και σαν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης αποτελούσαν η δριμύτητα του προβλήματος και η συναισθηματική απάντηση των γονιών που δημιουργείται έμμεσα από τις πολιτιστικές αξίες οι οποίες όπως αναφέρουν οι ίδιοι δεν αποτελούν άμεσους προβλεπτικούς παράγοντες της επιδίωξης βοήθειας. Στο πρότυπο αυτό και πάλι δεν διευκρινίζονται οι ψυχολογικοί μηχανισμοί όπως για παράδειγμα της συναισθηματικής απάντησης – φόρτισης, διότι όπως γνωρίζουμε στην ψυχολογία το συναισθήμα έπεται των μηχανισμών της σκέψης και της αντίληψης.

Το «στίγμα» της ψυχικής διαταραχής είναι μία παράμετρος που αφορά σε κοινωνικές αντιλήψεις. Όπως διαπιστώθηκε από έρευνες η δημιουργία του «στίγματος» της ψυχικής νόσου ενδέχεται να είναι η κατάληξη των αποδόσεων των αιτίων και μάλιστα στη βάση των διαστάσεων της *ελεγχιμότητας* και της *σταθερότητας* της θεωρίας του Weiner (Corrigan, 1998). Δηλαδή, ότι η ψυχική διαταραχή αφορά μεν το ίδιο το άτομο πλην όμως (εσφαλμένα) μπορεί να ελέγχεται (*ελεγχιμότητα*) από το ίδιο. Και πάλι, δηλαδή, το «στίγμα» δημιουργείται μέσα από αιτιώδεις διαβάσεις.

Η παρούσα μελέτη προσδοκεί τη συνέχεια της έρευνας στη βάση του προτύπου αυτής της διατριβής σε όλους τους χώρους που έχουν να κάνουν με ανθρώπους με σκοπό να προβλέψουν συμπεριφορές όπως στη βιομηχανία, τα σώματα ασφαλείας και κυρίως στην εκπαίδευση.

4.5. Κλινικές εφαρμογές

Η παρούσα μελέτη αφορούσε σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλες διαταραχές όπως Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής καθώς και προβλήματα που τη συνοδεύουν όπως διαταραχές μάθησης και προφορικού λόγου οι οποίες είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ. Η συνύπαρξη περισσότερων της μίας διαταραχής (συννοσηρότητα) αποτελεί από τα σημαντικά (ίσως το σημαντικότερο) πρόβλημα της ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών.

Σε ότι αφορά στη ΔΕΠ-Υ γνωρίζουμε πολύ καλά ότι είναι μία από τις συχνότερες αναπτυξιακές διαταραχές (ίσως η συχνότερη 10 – 16% σε ελληνικό μαθητικό πληθυσμό Ζουρνατζής, 2001) της παιδικής ηλικίας. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έχουν διάρκεια και επιμονή στο χρόνο και επιπλέον πολύ συχνά συσσωρεύονται περισσότερα προβλήματα δημιουργώντας τις ελάχιστες προϋποθέσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς ώστε να δίνονται διπλές, τριπλές ή και περισσότερες της μίας διάγνωσης.

Ωστόσο η σταθερότητα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ στο πέρασμα του χρόνου αμφισβητείται με βάση στοιχεία που προκύπτουν από διάφορες έρευνες. Για παράδειγμα οι Taylor et. al. (1991) διαπίστωσαν ότι μετά από 9 μήνες μόνο το 37% του αρχικού δείγματος που εξετάσανε πληρούσε τα κριτήρια της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, ενώ σε άλλη έρευνα οι Barkley et., al. (1990) διαπίστωσαν πως περισσότερο από το 80% από το αρχικό δείγμα πληρούσαν τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ μετά από ένα έτος ενώ οι Hart et. al. (1995) μετά από 4 έτη διαπίστωσαν περίπου το ίδιο ποσοστό (84%) επιμονής των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ομοίως σε μελέτη (Biederman et. al., 1996) τεσσάρων ετών σε εφήβους τα ποσοστά που πληρούνται τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ ήταν περίπου τα ίδια (85%). Σε σχετικά πρόσφατη διαχρονική έρευνα στη Βόρεια Αμερική (Steinhausen et. al., 2003) με 35 παιδιά λίγο πριν την εφηβεία και μετά από 2,6 έτη ως εφήβους καθώς και 35 παιδιά ως ομάδα ελέγχου, έδειξε ότι η διάγνωση που είχαν λάβει πριν (δηλαδή ΔΕΠ-Υ) άλλαξε ή/ και προστέθηκε και άλλη για τα προβλήματα συμπεριφοράς που είχαν αποκτήσει όπως π.χ. Εναντιωτική προκλητική Διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής και γενικά εγκληματική – επιθετική συμπεριφορά αλλά μόνο

για τον Υπερκινητικό/παρορμητικό τύπο της ΔΕΠ-Υ. Οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν ότι εάν το θέμα της λειτουργικότητας είναι στοιχείο που καθορίζει τη διαταραχή τότε σαφώς οι πληροφορίες από το περιβάλλον (δάσκαλοι, γονείς και άλλοι) οδήγησαν σαφέστατα στη διαφορά όλων των τύπων της ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου σε ότι αφορά στην καθημερινότητα (π.χ. κοινωνική συμπεριφορά). Τέλος, ο Barkley (2005) αναφέρει χαρακτηριστικά πως μέχρι το 80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ θα παρουσιάζει τη διαταραχή στην εφηβική ηλικία και το 50% έως 60% αυτών στην ενήλικη ζωή. Στην ετήσια διάσκεψη του 2004 της Αμερικανικής ένωσης θεραπείας συμπεριφοράς πολλές παρουσιάσεις εστίασαν στο γεγονός ότι όλο και περισσότερες κλινικές έρευνες οδηγούσαν στο συμπέρασμα πως η συννοσηρότητα μεταξύ παιδιών και εφήβων σύμφωνα με τα διαγνωστικά εγχειρίδια αποτελεί πλέον κανόνα και όχι εξαίρεση. **Επίσης, μεταξύ των τριών πρώτων διαταραχών ψυχικής υγείας για την πρόκληση εγκληματικών συμπεριφορών είναι η ΔΕΠ-Υ (Roberts & Corcoran, 2005).** Ωστόσο, παλαιότερη έρευνα (Frick, et., al., 1991) υποστηρίζει αφενός την κληρονομικότητα της ΔΕΠ-Υ αφετέρου παρόλο που υπάρχει μεγάλος βαθμός συννοσηρότητας της διαταραχής αυτής με άλλες Διαταραχές συμπεριφοράς (Εναντιωτική Προκλητική διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής), η ΔΕΠ-Υ αποτελεί ανεξάρτητη διαταραχή από αυτές.

Οι αναντίστοιχες γονικές αντιλήψεις με τα πραγματικά αίτια της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται αφενός να οδηγήσουν στη συσσώρευση των προβλημάτων και αφετέρου να μη ζητηθεί από τους γονείς η συνδρομή ειδικών προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργεί η διαταραχή (Maniadaki et., al., 2006).

Τα προβλήματα που δημιουργούνται στη συμπεριφορά των παιδιών αλλά και στη διαχείριση των προβλημάτων αυτών από τους γονείς τους σε περιπτώσεις παρουσίας της ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλη διαταραχή, έχουν διερευνηθεί εκτενέστατα εδώ και μερικές δεκαετίες.

Κλινικές εφαρμογές στην πρόληψη (ειδικοί και γονείς)

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν οι ψυχολογικοί μηχανισμοί της απόδοσης των αιτιών και η δημιουργία της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να έχουν παράλληλη εφαρμογή σε γονείς αλλά και ειδικούς για δύο λόγους. Αφενός τον περιορισμό των θεμελιωδών σφαλμάτων της απόδοσης των αιτιών (Gilbert & Malone, 1995) και αφετέρου την ανάλογη διαμόρφωση της αίσθησης της αυτοαποτε-

λεσματικότητας με σκοπό τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη.

Σε πρακτικό επίπεδο αυτό θα μπορεί να πραγματοποιηθεί για τους γονείς στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος όπως για παράδειγμα στη θεσμοθέτηση από την πολιτεία σχολών γονέων και κηδεμόνων με την παράμετρο της συνέχειας και όχι των αποσπασματικών διαλέξεων. Βασικός στόχος είναι να ερευνηθεί πρώτον η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ενώ παράλληλα μέσω ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων η ανίχνευση πιθανοτήτων για την παρουσία κάποιας διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους στο χώρο του σχολείου και όχι κάπου που θα στιγματίζονταν σε αρχική φάση.

Οι ειδικοί θα μπορούν να συγκεντρώνουν τα στοιχεία αυτά και πρακτικά θα στοχεύουν στην αλλαγή των λανθασμένων αντιλήψεων (**υπολανθάνουσες θεωρείες των γονιών**) προκειμένου οι γονείς να συνειδητοποιήσουν εάν για παράδειγμα η «υψηλή» ή «χαμηλή» αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού τους ανταποκρίνεται σε ρεαλιστικά δεδομένα και όχι σε μη ρεαλιστικά η οποία οδηγεί σε αναποτελεσματικούς χειρισμούς και κατά συνέπεια σε συσσώρευση και διόγκωση των προβλημάτων με την πάροδο του χρόνου. Κατά παρόμοιο τρόπο θα πρέπει να γίνονται θεσμικά σειρές σεμιναρίων στους εκπαιδευτικούς μέσα στα σχολεία προκειμένου αφενώς να εντοπίζουν ευκολότερα τις περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν διαταραχές και αφετέρου να προσπαθούν κατάλληλα στην εκπαίδευση αυτών των παιδιών αλλάζοντας ουσιαστικά «αντιλήψεις» για τις ικανότητές τους αλλά βοηθώντας πραγματικά αυτά τα παιδιά. Γνωρίζοντας «τι είναι» αυτό που φταίει πραγματικά και γνωρίζοντας τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί τότε είναι περισσότερο πιθανό να είναι αποτελεσματικό αυτό που επιχειρείται να αντιμετωπιστεί.

Επιπλέον, με έντυπη ή και άλλη ενημέρωση θα στοχεύουμε παράλληλα στην άτυπη επιδιώξη βοήθειας σε γονείς ή/ και ειδικούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οργανώνοντας την ενημέρωση στη συμπτωματολογία και στα ερεθίσματα της αλλαγής των δυσλειτουργικών σχημάτων στοχεύοντας στις διαστάσεις των αποδόσεων των αιτίων αλλά και της προσδοκίας της αυτοαποτελεσματικότητας. Θα πρέπει να στηριζόμαστε σε μοντέλα τα οποία εντοπίζουν ακριβώς τα αίτια των χαμηλών ποσοστών της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διότι τα χαμηλά ποσοστά (περίπου 20%) αποτελούν το αποτέλεσμα και όχι το αίτιο, δηλαδή, η απλή διαπίστωση ότι τα ποσοστά είναι χαμηλά και κάτι πρέπει να κάνουμε ώστε η αγωγή ψυχικής υγείας να γίνει συνεί-

δηση δεν αρκεί. Θα πρέπει επιπλέον σαν κοινωνία και σαν πολιτεία να αλλάξουμε στείρους και δυσλειτουργικούς τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού, υιοθετώντας τις περισσότερες φορές ένα πρότυπο υπο το πρίσμα της ιατροκεντρικής προσέγγισης. Σε ότι αφορά στην αλλαγή των αντιλήψεων για τις αναπτυξιακές διαταραχές και την απόφαση των γονιών για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αφορά περισσότερο σε ψυχολογικούς μηχανισμούς της απόφασης αυτής και κατά συνέπεια την αντιμετώπισή τους όχι βέβαια με πρώτη εκλογή τη φαρμακευτική. Τέλος, η ΔΕΠ-Υ η πιο συχνή ίσως αναπτυξιακή διαταραχή να μην αντιμετωπίζεται ως «ασθένεια» και μάλιστα που οφείλεται σε κάτι που το ίδιο το άτομο «θέλησε». Αντίθετα, σαν διαταραχή με δυσλειτουργική συμπεριφορά η οποία αντιμετωπίζεται σχεδόν πλήρως επιτυχώς και από την εμπειρία μας με την υιοθέτηση της πολυεπίπεδης προσέγγισης για τη διάγνωση και αντιμετώπιση όπως αυτή προτάθηκε από τον καθηγητή ψυχολογίας Δρ Ευθύμιο Κάκουρο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) και συνήθως δίχως τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής το οποίο σημειωταίον δε σημαίνει απαραίτητα ότι η χορήγηση φαρμάκων έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Άλλωστε η φαρμακευτική αγωγή με συνηθέστερη χορήγηση διεγερτικών μεθυλφαινυδάτης (παλαιότερα εμπορική ονομασία Ritalin, Concerta) και τελευταία μη διεγερτικών ατομοξετίνης (εμπορική ονομασία Strattera) έχουν πρόσκαιρη δράση και απαλλάσσουν προσωρινά και βραχυπρόθεσμα από κάποια ενοχλητικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και αυτό σε ποσοστό περίπου 30% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Για το λόγο αυτό η πλειονότητα των ειδικών συμφωνεί ότι, ακόμη και στις περιπτώσεις που αποφασίσει τη χορήγηση φαρμάκων αυτή δεν επαρκεί και δε λύνει το πρόβλημα, αλλά θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά και από άλλες μεθόδους παρέμβασης όπως τροποποίηση συμπεριφοράς, ψυχοθεραπεία, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και άλλα (Hinsaw et. al., 1984).

Κλινικές εφαρμογές στη θεραπευτική αντιμετώπιση (ειδικοί και γονείς)

Όπως μπορούμε να υποθέσουμε από τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής η αντιμετώπιση δεν είναι παιδοκεντρική αλλά συμμετέχει απαραίτητα το περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικοί). Στόχος του ειδικού αποτελεί παράλληλα το περιβάλλον και το παιδί και συγκεκριμένα στην τροποποίηση των αντιλήψεων για τα αίτια των δυσκολιών στη συμπεριφορά ενηλίκων και παιδιών. Τα δυσλειτουργικά «σχήματα» τα οποία δημιουργούνται μέσα από τον εγγενή μηχανισμό της απόδοσης των αιτίων (Weiner, 1986) (αιτιώδεις διαβάσεις) για τις δυσκολίες στη συμπεριφορά τους αλλά-

ζουν σε λειτουργικά μέσω της γνωσιακής – συμπεριφορικής προσέγγισης. Η κατάληξη είναι να αλλάξουν την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία θα στηρίζεται σε ρεαλιστική βάση διότι σύμφωνα με τον Bandura (1986) διαμορφώνεται συνεχώς. Η χαμηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία πιθανότατα οδήγησε τους γονείς στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να αποτελεί στόχο του ειδικού και να αυξηθεί μέσω της τρίτης πηγής, αυτή της *λεκτικής πειθού* σύμφωνα με τον Bandura (1986). Αντίθετα, η μη ρεαλιστική υψηλή αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών που τα παιδιά τους παρουσιάζουν κάποια διαταραχή και δεν τους οδηγεί στις ειδικές υπηρεσίες αντιμετώπισης θα πρέπει και αυτές να αλλάξουν μέσα από τις σχολές γονέων και κηδεμόνων και να τεθούν σε ρεαλιστική βάση ξεκινώντας από τις αιτιώδεις διαβάσεις ώστε να υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ παρατηρούμενης παθολογικής συμπεριφοράς και αιτίων. Με άλλα λόγια θα πρέπει να στοχεύονται οι μη ρεαλιστικές αντιλήψεις του περιβάλλοντος (γονείς, ειδικοί και εκπαιδευτικοί) για τα αίτια αλλά και την προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας σε ρεαλιστική βάση. Οι αλλαγές αυτές θα οδηγήσουν στον κατάλληλο χειρισμό των συνεπειών από τη ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλη διαταραχή και κατά συνέπεια αλλαγή της αυτοαντίληψης του ίδιου του παιδιού παράλληλα. Για παράδειγμα και οι *διαστάσεις της απόδοσης των αιτίων όπως αυτή της ελεξιμότητας και της παγκοσμότητας με την κατάλληλη συμβουλευτική στους γονείς προσδιορίζουν αφενός τα πραγματικά αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού τους όπως για παράδειγμα πότε μία συμπεριφορά μπορεί να είναι κοινή στα παιδιά της ηλικίας τους (παγκοσμότητα) και πότε το παιδί τους μπορεί να την ελέγχει ή όχι (ελεξιμότητα). Παράλληλα, με την αντιστοιχία αυτή είναι ποια σε θέση να προσδιορίσουν εάν οι ίδιοι ή όχι είναι ικανοί να την αντιμετωπίσουν (αυτοαποτελεσματικότητα), εφόσον ο ειδικός τους καθοδηγήσει με τις κατάλληλες οδηγίες για το «πώς» αντιμετωπίζονται.*

Η σημαντικότερη κλινική εφαρμογή αποτελεί ίσως αυτή στη θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία θα λειτουργήσει διττά. Πρώτον θα αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τα δευτερογενή προβλήματα των παιδιών από τη ΔΕΠ-Υ άρα αλλάζει η ζωή ενός ατόμου και δεύτερον οι αποδέκτες των επιτυχημένων αυτών υπηρεσιών θα μεταδώσουν έμμεσα το μήνυμα ότι υπάρχει τρόπος να αντιμετωπιστούν αυτές οι δυσκολίες σχετικά γρήγορα και αποτελεσματικά

4.6. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αφορούσε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ με ή χωρίς άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Στον προσδιορισμό των διαστάσεων της απόδοσης των αιτιών καθώς και στην προσδοκία της αυτοαποτελεσματικότητας δεν ελέγχθηκαν παράγοντες που αφορούσαν στην προσωπικότητα των γονιών, στην κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και το «στίγμα» των ψυχικών διαταραχών. Σε έρευνα με εφήβους αποδείχθηκε ότι μεταξύ άλλων μόνο «η συστολή» η οποία είναι ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας ιδιοσυγκρασιακής προέλευσης (δηλαδή, βιολογικής προδιάθεσης) επηρεάζει μεν την προσωπικότητα μπορεί όμως να αλλάξει έως ένα βαθμό με την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και **τελικώς να αλλάξει την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας** (Caprara et. al., 2003).

Οι αποδόσεις των αιτιών μεσολαβούν στη διαμόρφωση των συναισθηματικών καταστάσεων και επηρεάζουν κυρίως την έκβαση (θετική ή αρνητική) αλλά όχι την πρόβλεψη των καταστάσεων αυτών (συναισθηματικών) διότι αυτές καθορίζονται περισσότερο από πτυχές της προσωπικότητας όπως αυτές που αναφέρει η θεωρία του Eysenck (Chen & Furnham, 2001).

Επειδή όμως η επιλογή των δειγμάτων ήταν τυχαία πιθανολογείται ότι ο παράγοντας της προσωπικότητας μείωσε τις πιθανότητες να επηρέασε ουσιαστικά τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής. Παρόλα αυτά ο παράγοντας αυτός δεν πρέπει να αγνοείται και προτείνεται να συμπεριληφθεί σε μελλοντικές έρευνες.

Το «στίγμα» της ψυχικής νόσου επηρεάζει την αναζήτηση όπως διαπιστώνεται και από σχετικά πρόσφατη έρευνα των Wrigley, et. al. (2005) όπου όσο μειώνεται η ένταση του στίγματος μέσα από τις αιτιώδεις διαβάσεις τόσο πιο πιθανό είναι το ενδεχόμενο της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, θεωρήθηκε ότι το νοητικό επίπεδο όλων των παιδιών κυμαίνονταν στα πλαίσια του φυσιολογικού εφόσον φοιτούσαν σε κανονικά σχολεία. Επίσης, στο κοινοτικό δείγμα αφενώς της ομάδας ελέγχου και αφετέρου τα υπόλοιπα δείγματα για την απουσία ή την παρουσία κάποιας διαταραχής αντίστοιχα, στηρίχθηκε μόνο στα ψυχομετρικά εργαλεία σε αντίθεση με το κλινικό δείγμα το οποίο στηρίχθηκε στη διάγνωση από έμπειρους ειδικούς.

4.7. Μελλοντικές έρευνες

Από την ανασκόπηση μέχρι και της πρόσφατης βιβλιογραφίας, οι έρευνες που αφορούν την αποτελεσματικότητα των ειδικών στη διάγνωση και αντιμετώπιση των

αναπτυξιακών διαταραχών είναι ελάχιστες όπως αναφέρεται και στην εισαγωγή αυτής της εργασίας. Είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθούν τα στοιχεία τα οποία αφορούν στους ειδικούς της κλινικής πράξης. Γι' αυτό το λόγο αλλά και με αφορμή τα στοιχεία της παρούσας έρευνας προτείνεται να διερευνηθούν τα αίτια των εξαιρετικά χαμηλών ποσοστών των παραπομπών από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (παιδίατροι ή/ και άλλοι π.χ. παθολόγοι) στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως για παράδειγμα διαπιστώθηκαν από την έρευνα των Maguire & Guishard-Pine, (2005) όπου ομάδα ειδικών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Μεγάλη Βρετανία δεν παρέπεμπε σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας διότι οι εκτιμήσεις τους δεν παρείχαν ένδειξη της δριμύτητας του προβλήματος, δηλαδή δεν αντιλήφθηκαν τη σοβαρότητα της κατάστασης. Παρόμοιες έρευνες πρέπει να διενεργηθούν και για τους εκπαιδευτικούς οι οποίοι σημειωταίον παρέπεμπαν σε ειδικό ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων (περίπου 20%) σε αντίθεση με τους παιδίατρος οι οποίοι σε κάποια δείγματα όπως φάνηκε δεν παρέπεμψαν καμία περίπτωση.

Για τον ίδιο λόγο προτείνονται έρευνες που αφορούν στους ειδικούς των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. διαχρονικά για διάγνωση και αντιμετώπιση, καθώς επίσης και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεών τους), διότι όπως φαίνεται και από την παρούσα έρευνα τα ποσοστά των περιπτώσεων που αποφάσισαν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας περισσότερο της μίας φοράς, είναι υψηλά. Αυτό σημαίνει ότι είτε οι υπηρεσίες αυτές συνέβαλαν ελλιπώς στη λύση του προβλήματος είτε ήταν αναποτελεσματικές και από την εμπειρία μας αρκετές φορές αποπροσανατολιστικές στον τομέα της διάγνωσης και κατά συνέπεια στην κατάλληλη αντιμετώπιση. Τέλος, περαιτέρω έρευνες όπως:

- Έρευνες που αφορούν στην προσωπικότητα και στην αναζήτηση ή χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Έρευνες που αφορούν στην προσωπικότητα και την απόδοση των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας
- Σύγκριση κλινικών με κοινοτικά δείγματα για όλα τα παραπάνω
- Κατ' επέκταση έρευνες που αφορούν στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας σε υγιείς πληθυσμούς όπως εργάτες, σώματα ασφαλείας και εκπαιδευτικούς για αύξηση της παραγωγικότητας.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T. M. (1995). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (eds), *Developmental Psychopathology*. Volume 1: Theory and methods (pp. 57-80). New York: Wiley.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verhulst, F. C., Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/ adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). *Normative data for the child behavior checklist* (rev.). Burlington, VT: Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. & Rescoria, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Affonso, D. D., & Sheptak, S. (1989). Maternal cognitive themes during pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18, 147-166.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, de G., Graaf, de R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Additional investigators: Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, A.M., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Martinez-Alonso, S. S. Joo M., Matsching, H., Mazzi, F., Morgan, Z., P. Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., N. Taub, N., Vollebergh, W.A.M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420): 47-54.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. TR). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression I: Epidemiological and a etiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold, A., Alaattin, E., Farmer, E.M.Z., Fairbank, J.A., Burns, B.J., Keeler, G., & Costello, E.J. (2002). Psychiatric disorder, impairment and services use in rural African American and White youth. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1548–1555.
- Angold, A., Costello, E.J., Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129–137.
- Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E.M.Z., Costello, E.J., & Burns, B.J. (1998). Perceived burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75–80.
- Baden, A. D., & Howe, G. W. (1992). Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 467-486.
- Βασιλείου, Γ.Ε. (1998). *Τα εκπαιδευσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά και έφηβοι*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Baker, L., & Cantwell, D. P. (1987). Attention deficit disorder and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 3-16.
- Ball, J. D., Tiernan, M., Janusz, J., & Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: A reexamination of parent perceptions. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 389-398.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentive Perspective. *Annual Reviews Psychology* 52:1–26.
- Bandura, A. (2000). Psychological aspects of prognostic judgments. In R. W. Evans, D. S. Baskin, & F. M. Yatsu (Eds.), *Prognosis of neurological disorders*. (2nd ed., pp.11-27). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In D. Cervone & Y. Shoda

- (Eds.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability, and organization* (pp. 185–241). New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self efficacy. *Developmental Psychology*, **25**, 729–735.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, **8**, 231-255.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavioural Research and Therapy*, **1**, 237-269.
- Bandura, A. (1977). Self – efficacy: Toward unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Barkley, R. A., (2005). *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children 2nd ed. : A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press
- Barkley, R. A. (1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. Fischer, M., Edelbrock, C.S, Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8 year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **29**:546–557
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 752-761.
- Barkley, R. A., Cunningham, C., & Karlsson, J. (1983). The speech of hyperactive children and their mothers: Comparisons with normal children and stimulant drug effects. *Journal of Learning Disabilities*, **16**, 105-110.
- Barkley, R.A., DuPaul, G. & McMurray, M.B. (1990b). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**:575-789.

- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., Smallish, L. (1990a). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G., & DuPaul, G. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., Pollard, S., & Murphy, J. V. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 705-715.
- Barkley, R. A., Kopicz, S., Anderson, T., & McMurray, M. B. (1997). Sense of time in children with ADHD: Effects of duration, distraction, and stimulant medication. *Journal of the International Neuropsychological Society*.
- Bazerman, M.H. (1998). *Judgment in managerial decision making* (4th edn.). New York: Wiley.
- Betancourt, H. (1990). An attribution-empathy model of helping behaviour: Behavioral intentions and judgements of help-giving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 573-591.
- Bettelheim, B. (1973). Bringing up children. *Ladies Home Journal*, p. 23.
- Biederman J., Faraone, S. V., Keenan, K., Steingard, R., & Tsuang, M. T. (1991) Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 48, 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Mick, E. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 997-1008.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:437-446
- Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R., & Comings, D. E. (1996). Reward deficiency syndrome. *American Scientist*, 84, 132-145.
- Bohlin, G., & Hagekull, B. (1987). Good mothering: Maternal attitudes and mother-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 8, 352-363.
- Bolton, C., Calam, R., Barrowclough, C., Roberts, J., Peters, S., & Wearden, A.

- (2003). Expressed emotion and causal attributions in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 242–254.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 15, 1-40.
- Βοσνιάδου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία τόμος Α' βιολογικές, αναπτυξιακές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις Γνωστική Ψυχολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Bor, W. & Sanders, M.R. (2004). Correlates of self-reported coercive parenting of preschool-aged children at high risk for the development of conduct problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38:738–745.
- Borchardt, C. M., & Bernstein, G. A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 11-18.
- Bornstein, M. H., Haynes, O.M., Azuma, H., Galperin, C., Maital, S., Ognio, M., Painter, K., Pascual, L., Pecheux, M., Rahn, C., Toda, S., Venuti, P., Vyt, A., & Wright, B. (1998). A cross-national study of self-evaluations and attributions in parenting: Argentina, Belgium, France, Israel, Italy, Japan, and the United States. *Developmental Psychology*, 34, 662–676.
- Βουδούρης, Κ. (2000). *Πλατωνική Φιλοσοφία*. Αθήνα: Αυτοέκδοση (σελ. 184 και 202-212).
- Brockner, J. and Wiesenfeld, B.M. (1996). An integrative framework for explaining reactions to decisions: Interactive effects of outcomes and procedures. *Psychological Bulletin*, 120, 189–208.
- Bruner, J. S. (1957). On Perceptual Readiness. *Psychological Review*, 64, 23-51.
- Bugental, D. B., Johnston, C., New, M., & Silvester, J. (1998). Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 459–480.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M.E., Gary, F., Mason, D.M., Garvan, C.W. (2005). Exploring Help-Seeking for ADHD Symptoms: A Mixed-Methods Approach. *Harv Rev Psychiatry*, 13: p.p. 85-101.
- Bussing, R., Zima, T.B., Gary, A.F., Garvan, W.C. (April/June 2003). Barriers to Detection, Help-Seeking, and Service Use for Children with ADHD Symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 30:2, p.p 176-189.
- Campbell, S. B. (1985). Hyperactivity in preschoolers: Correlates and prognostic

- implications. *Clinical Psychology Review*, 5, 405-428.
- Campbell, S. B., Cluss, P. (1982). Peer relationships of young children with behavior problems. In K. H. Rubin & H. S. Ross (Eds.), *Peer relationships and social skills in childhood*. New York: Springer-Verlag.
- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991). Association between attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 21 (2), 88-95.
- Caprara, G.V., Patrizia Steca, P., Cervone, D., Artistic, D. (2003). The Contribution of Self-Efficacy Beliefs to Dispositional Shyness: On Social-Cognitive Systems and the Development of Personality Dispositions. *Journal of Personality* 71:6. Blackwell Publishing 2003.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Castellanos F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, Y. C., Snell, J., W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Γεώργας Δ., Παρασκευόπουλος Ι., Μπεζεβέγκης Η., Γιαννίτσας Ν. (Ψυχομετρικό εργαστήριο της Φιλοσοφικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών) (1997). *Ελληνικό WISC III .Wechsler Κλίμακες Νοημοσύνης για Παιδιά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Cervone, D. (1999). Bottom-up explanation in personality psychology: The case of cross-situational coherence. In D. Cervone & Y. Shoda (Eds.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of personality consistency, variability, and organization* (pp. 303-341). New York: Guilford Press.
- Cervone, D. (1997). Social-cognitive mechanisms and personality coherence: Self knowledge, situational beliefs, and cross-situational coherence in perceived self-efficacy. *Psychological Science*, 8, 43-50.
- Cervone, D., & Peake, P. K. (1986). Anchoring, efficacy, and action: The influence of judgmental heuristics on self-efficacy judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 492-501.
- Chen, H., Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies* 2: 307-327.

- Chen, M., Seipp, C.M. & Johnston, C. (2007). Mothers' and Fathers' Attributions and Beliefs in Families of Girls and Boys with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*
- Child, I. L. (1954). Socialization. In G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social Psychology* (Vol. 2) (p.p. 655-692). Cambridge, MA: Addison- Wesley.
- Clary, E., & Tesser, A. (1983). Reactions to unexpected events: The naive scientist and interpretive activity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 609–620.
- Cleary, T. J., & Zimmerman, B. J. (2001). Self-regulation differences during athletic practice by experts, non-experts, and novices. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 185-206.
- Clifford, M. (1986). Comparative effects of strategy and effort attributions. *British Journal of Educational Psychology*, 56, 75-83.
- Coleman, P.K. & Karraker, K. (1997). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18, pp. 47-85.
- Colman, A., & Colman, L. (1971). *Pregnancy: The psychological experience*. New York: Hender and Hender.
- Compas, E.B., Adelman, S.H., Freundl, C.P., Nelson, P., Taylor, L. (1982). Parent and Child Causal Attributions During Clinical Interviews *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 10, No. 1, pp. 77-84.
- Conners, C. K. (1990). *The Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conrad, B., Gross, D., Fogg, L., & Ruchala, P. 1992. Maternal confidence, knowledge, and quality of mother–toddler interactions: A preliminary study. *Infant Mental Health Journal*, 13, 353–362.
- Cook, E. H., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M., Kieffer, J. E., & Leventhal, B. L. (1995). Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56, 993-998.
- Coplan, R. J., Hastings, P. D., Lagace-Sequin, D. G., & Moulton, C. E. (2002). Authoritative and authoritarian mothers' parenting goals, attributions, and emotions across different childrearing contexts. *Parenting: Science and Practice*, 2, 1–26.
- Cornah, D. (2000). Explaining children's behaviour. *Special Children*. October, pp.

- Cornah, D., Sonuga-Barke, E., Stevenson, J., Margaret Thompson, M. (2003). The Impact of maternal mental health and child's behavioural difficulties on attributions about child behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 69–79.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201–222.
- Corrigan, P.W., River, R.L., Lundin, K.R., Wasowski, U.K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, A.M. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*. Vol. 28, No. 1, 91-102.
- Costello, E. J., Burns, B. J., Angold, A. & Leaf, P. J. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescent? *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1106-1113.
- Costello, E.J., Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Burns, B.J., & Brent, D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: The new hidden morbidity. *Pediatrics*, 82, 415–424.
- Cox, A., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917–928.
- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507–1518.
- Dix, T. H. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3-25.
- Dix, T. H. (1993). Attributing dispositions to children: An interactional analysis of attribution in socialization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 633–643.
- Dix, T. H. (2000). Understanding what motivates sensitive parenting. *Psychological Inquiry*, 11, 94–97.
- Dix, T., & Lochman, J. E. (1990). Social cognitions and negative reactions to children: A comparison of mothers of aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 418-438.

- Dix, T. H., Ruble, D. N., Grusec, J. E., & Nixon, S. (1986). Social cognition in parents: Inferential and affection reactions to children of three age levels. *Child Development, 57*, 879–894.
- Dix, T. H., Ruble, D. N., & Zambarano, R. J. (1989). Mothers' implicit theories of discipline: Child effects, parent effects, and the attribution process. *Child Development, 60*, 1373-1391.
- Donovan, W. L., & Leavitt, L. A. (1985). Simulating conditions of learned helplessness: The effects of interventions and attributions. *Child Development, 56*, 594–603.
- Donovan, W. L., Leavitt, L. A., & Walsh, R. O. (1990). Maternal self-efficacy: Illusory control and its effect on susceptibility to learned helplessness. *Child Development, 61*, 1638– 1647.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science, 4*, 259-282.
- 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.
- Douma, C.H.J, Dekker, C.M., DeRuiter, P.K., Verhulst, C.F., Koot, M.H. (Oktober 2006). Help-Seeking Process of Parents for Psychopathology in Youth With Moderate to Borderline Intellectual Disabilities. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*:10.
- Dulcan, M.K., Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Brent, D., & Janiszewski S. (1990). The paediatrician as gatekeeper to mental health care for children: Do parents' concerns open the gate? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 453–458.
- DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 242-253.
- 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.
- Eiraldi, B.R., Mazzuca, B.L., Clarke, T.A., Power, J.T. (2006). Service Utilization

- among Ethnic Minority Children with ADHD: A Model of Help-Seeking Behavior. *Academy Policy Mental Health & Mental Health Service Research*
- Ellingson, K.D., Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., & Horwitz, S.M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems: Predictors of sharing parental concern with health providers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 766–772.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., & Chen, W. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891–895.
- Farina, A. (1998). Stigma. In K.T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 247–279). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Field, T. M. (1984). Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527–532.
- Field, T. M., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569–1579.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, II: Academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 550–588.
- Fischer, S. (1950). *Interpretation of the Theoretical Foundations of Psychopathological Concepts* (p.p. 327). New York: University of California The Philosophical Library.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Fletcher, G.J.O. and Ward, C. (1988). Attribution theory and processes: A cross-cultural perspective. In M.H. Bond (Ed.), *The cross-cultural challenge to social psychology* (pp. 230–244). Newbury Park, CA: Sage
- Flicek, M. (1992). Social status of boys with both academic problems and attention-

- deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 353-366.
- Fodor, J. (1985). *Modularity of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Ford, T., Hamilton, H., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). Predictors of Service Use for Mental Health Problems Among British Schoolchildren. *Child and Adolescent Mental Health*
- Ford, T., Hamilton, H., Meltzer, H. & Goodman, R. (2006). Child Mental Health is Everybody's Business: The Prevalence of Contact with Public Sector Services by Type of Disorder Among British School Children in a Three-Year Period. *Child and Adolescent Mental Health*
- Ford, T., Hamilton, H., Goodman R. & Meltzer, H. (2005). Service Contacts Among the Children Participating in the British Child and Adolescent Mental Health Surveys. *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 10, No. 1, pp. 2-9.
- Forsterling, F. (2001). *Attribution: An Introduction to Theories, Research and Applications*. Hove, UK: Psychology Press.
- Forsterling, F. (1992). Attribution bias from the perspective of old and new models of covariation. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 179-193.
- Freeman, W. S., Johnston, Ch., & Barth, F. M. (1997). Parent attributions for inattentive - overactive, oppositional-defiant, and pro-social behaviors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29, 4, 239-248.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Crist, M.A.G., Loeber, R., Green, S. (1991). History of Childhood Behavior Problems in Biological Relatives of Boys With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 20, No. 4, 445-451.
- Gecas, V. (1998). The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology*. 15, 291-316.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*. 10, 329-353.
- Geller, J., & Johnston, Ch. (1995). Predictors of mothers' responses to child noncompliance: attributions and attitudes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (3), 272-278.
- Gershon, J. (2002) A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* 5:143-154.

- Gibson, J. J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gilbert, D.T. & Malone, P.S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin*, 117, 21–38.
- Gilbert, D.T., Pelham, B.W. and Krull, D.S. (1988). On cognitive busyness: When person perceivers meet persons perceived. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 733–740.
- Gist, M. E. (1987). Self-efficacy: Implications for organizational behavior and human resource management. *Academy of Management Review*, 12, 472–485.
- Gist, M. E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17, 183–211.
- Glass, J. (1983). Pre-birth attitudes and adjustment to parenthood: When “preparing for the worst” helps. *Family Relations*, 32, 377–386.
- Γναρδούλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Goldsmith, H., Jackson, D., & Hough, R. (1988). Process model of seeking mental health services: Proposed framework for organizing the research literature on help-seeking. In H. Goldsmith, E. Lin, R. Bell, & D. Jackson (Eds.), *Needs assessment: It's future* (pp. 49–64). (DHSS Publication No. ADM 88–1550). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Goldsmith, H. H., Gottesman, I. I. & Lemery, K. S. (1997). Epigenetic approaches to developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 365–387.
- Goodman, L. S. & Gilman, A. (Eds.). (1975). *The pharmacological basis of therapeutics* (5th ed.). New York: Macmillan.
- Goodnow, J. J. (1985). Change and variation in ideas about childhood and parenting. In I. E. Sigel (Ed.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goodnow, J. J. (1988). Parents' ideas, actions, and feelings: Models and methods from developmental and social psychology. *Child Development*, 59, 386–320.
- Granic, I. & Hollenstein T. (2003). Dynamic systems methods for models of developmental psychopathology *Development and Psychopathology*, 15, 641–669.
- Grattan, M., & Eslinger, J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A

- comparative review. *Developmental neuropsychology*, 7, 283-326
- Gregory, R. L. (1970). *The intelligent Eye*. New York: McGraw-Hill.
- Grusec, J. E., Hastings, P., & Mammone, N. (1994). Parenting cognitions and relationship schemas. In J. G. Smetana (Ed.), *Beliefs about parenting: Origins and developmental implications* (pp. 5-19). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hagekull, B., & Bohlin, G. (1990). Early infant temperament and maternal expectations related to maternal adaptation. *International Journal of Behavioral Development*, 13, 199-214.
- Harrison, C. & Sofronoff, K. (2002). ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. June 41:6.
- Harrison, E.M., McKay, M.M., Bannon, W.M., Jr., M.S.W. (2004). Inner - City Child Mental Health Service Use: The Real Question is Why Youth and Families Do Not Use Services. *Community Mental Health Journal* , Vol. 40, No 2. pp. 119-131.
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.
- Hartocollis, P. (1968). The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, 102-114.
- Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 190-201.
- Heflinger, A.C. & Christens, B. (2006). Rural behavioral health services for children's and adolescents: An ecological and community Psychology analysis. *Journal of Community Psychology*, Vol. 34, No. 4, 379-400.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heilman, M., Voeller, S., & Nadeau, E. (1991). A possible pathophysiological substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, 74-79.
- Herskovits, M. J. (1948). *Man and his works: The science of cultural anthropology*.

New York: Alfred A. Knopf.

- Heyes, N. (1998). *Εισαγωγή στην ψυχολογία Α' τόμος*. Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hill, P., & Cameron, M. (1999). Recognising Hyperactivity: A Guide for the Cautious Clinician. *Child Psychology and Psychiatry, Review*, 4 (2), 50-60.
- Hinshaw, S.P., Henker, B., Whalen, C.K. (1984). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55-77.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 49-68.
- Holmes, S.J, Robins, L.N. (1987). The influence of childhood disciplinary experience on development of alcoholism and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28:399-415.
- Hoza, B., Owens, O. J., Pelham, E. W., Jr., Swanson, J. J., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Kraemer, H. C. (2000). Parent Cognitions as Predictors of Child Treatment Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28, No. 6, pp. 569-583.
- Humphries, T., Kinsbourne, M., & Swanson, J. (1978). Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 13-22.
- ICD-10 (1993). BHTA Ιατρικές Εκδόσεις.
- Illick, J. E. (1974). Childrearing in seventeenth century England and America, In L. deMause (Ed.), *The history of childhood*. New York: Psychohistory Press.
- James, W. (1885/1975). *Pragmatism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Janicke, M.D. & Finney, J.W. (2003). Children's Primary Health Care Services: Social-Cognitive Factors Related to Utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 28, No 8, pp 547-558.
- Jenson, C. E., Green, G.R., Singh, N.N., Best, Al M. & Ellis, R.C. (1998). Parental Attributions of the Causes of Their Children's Behavior. *Journal of Child and Family Studies*. Vol. 7, No, 2, 1998, pp. 205-215.
- John, L.H., Offord, D.R., Boyle, M.H. & Racine, Y.A. (1995). Factors predicting use of mental health and social services by childrens 6-16 years old: Findings from the Ontario Child Health Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 76-86.

- Johnston, C. (1996). Addressing parent cognitions in interventions with families of disruptive children. In K. S. Dobson & K. D. Craig (Eds.), *Advances in Cognitive-Behavioral Therapy* (pp. 193–209). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Johnston, Ch., & Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 4, 636-645.
- Johnston, C., & Ohan, J. L. (2005). The Importance of Parental Attributions in Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity and Disruptive Behavior Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 8, No. 3, pp. 167-182.
- Johnston, C., & Ohan, J. L. (2002). *Mothers' attributions and reactions to child behavior: Relations in mothers of sons with and without attention deficit hyperactivity disorder*. Unpublished Manuscript.
- Johnston, C. & Patenaude, RL(1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant child behaviours. *Cognit Ther Res* 18: 261–275.
- Johnston, C., Reynolds, S., Freeman, W.S., Geller, J. (1998). Assessing Parent Attributions for Child Behavior Using Open-Ended Questions. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 27, No. 1, 87-97.
- Joiner, Th. E., & Wagner, K. D. (1996). Parental, child-centered attribution and outcome: a meta-analytic review with conceptual and methodological implications. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1), 37-52.
- Jones, E. E. and Davis, K. E. (1965). " From acts to dispositions: The attribution process in person perception". In L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 2, pp. 219-266. NY. : Academic Press.
- Κάκουρος, Ε. (1996). Η προβληματική της διάγνωσης και αντιμετώπισης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 37, 36-42.
- Κάκουρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (1998, Μάρτιος). *Παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες*. Προφορική ανακοίνωση στο 7ο Συνέδριο Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών, Θεσσαλονίκη.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής –*

- Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Azizi, A., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ /Υ -IV. Κλίμακα για γονείς & Κλίμακα για Εκπαιδευτικούς. Στάθμιση της κλίμακας ADHD Rating Scale-IV των G.J. DuPaul, T.J. Power, A.D. Anastopoulos & R. Reid*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation and Emotion*, Vol. 15 (p. 192–238). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kelley, H.H. (1972). Attribution in social action. In E.E. Jones, D.E. Kanouse, H.H. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins and B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the cause of behavior* (pp. 1–26). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Kochanska, G. 1990. Maternal beliefs as long term predictors of mother-child interaction and report. *Child Development*, 61, 1934–1943.
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., Burns, A., et al. (1998). Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1175–1183.
- Lau, A. & Takeuchi, D. (2001). Cultural factors help – seeking for child behavior problems: Value orientation, affective responding and severity appraisals among Chinese – American parents. *Journal of Community Psychology*, vol. 29, No. 6, 675 – 692.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leaf, P J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S.H., Mccue Horowitz, S., Hoven, C.W., Narrow, W.E., Vaden-Kiernan, M. & Regier, D.A. (1996). Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889–897.
- Levy, F., Hay, A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention deficit

- hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., & Shrout, P.E. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- Lovejoy, M.C., Verda, M.R., Hays, C.H. (1997). Convergent and Discriminant Validity of Measures of Parenting Efficacy and Control. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 26, No. 4, 366-376.
- Luster, T., & Mittelstaedt, M. 1993. Adolescent mothers. In T. Luster & L. Okagaki (Eds.), *Parenting: An ecological perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Luszczynska, A., Gutie`rrez-Don`a, B., Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 80–89.
- McCord J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behaviour in adult men. *Journal of Personality Social Psychology* 9:1477–1486.
- Maddux, J. E., & Meier, L. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 143–169). New York: Plenum.
- Maguire, S. & Guishard-Pine, J. (2005). Parents' and Clinicians' Perception of Severity of Referral Problems. *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 10, No. 4, pp. 307–189
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., Karaba, R. (2006). Parental beliefs about the nature of ADHD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child Care, Health & Development*. Blackwell Publishing Ltd.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., Karaba, R. (2005). Maternal Emotions and Self-Efficacy Beliefs in Relation to Boys and Girls with AD/HD. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 35(3). Springer Science+Business Media, Inc.
- Maniadaki, K. (2003). Social perceptions about Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and other disruptive behaviour disorder – the effect of child's sex-. Doctoral Thesis, University of Southampton.

- Μανιαδάκη, Κ. (2001α). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στο:Ε. Κάκουρος, (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί*. (σ. 15-46). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001 β). Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη μάθηση και τη συμπεριφορά. Στο: Ε. Κάκουρος, (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί*. (σ. 47-75). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983a). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 86-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983b). The prediction of mothers' behavior with their hyperactive children during play and task situations. *Child and Family Behavior Therapy*, **5**, 1-14.
- Mash, E. J., & Terdal, L. G. (1988). Behavioral assessment of childhood disturbance. Στο: Ε. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed., pp. 3-65). New York: Guilford Press.
- Mayer, D.M. and Hanges, P.J. (2003) Understanding the stereotype threat effect with "culture-free" tests: An examination of its mediators and measurement. *Human Performance*, **16**, 207-230.
- McFarland, L.A., Lev-Arey, D.M. and Ziegert, J.C. (2003) An examination of stereotype threat in a motivational context. *Human Performance*, **16**, 181-205.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality. Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford.
- McGee, R., Feehan, M. & Williams, S. (1995). Long-term follow-up of Birth cohort. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 336-384). Oxford: Oxford University Press.
- MacKinnon, C. E., Lamb, M. E., Arbuckle, B., Baradaran, L. P., & Volling, B. L. (1992). The relationship between biased maternal and filial attributions and the aggressiveness of their interactions. *Development and Psychopathology*, **4**, 403-415.
- McLaughlin, P. D. & Harrison, A.C. (2006). Parenting Practices of Mothers of

- Children with ADHD: The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health* Volume 11, No. 2, pp. 82–88
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2000). *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. London: Stationery Office.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246–286.
- Mischel, W., Shoda, Y., & Mendoza-Denton, R. (2002). Situation-behavior profiles as a locus of consistency in personality. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 50–54.
- Mone, A. M. & Baker, D.D. (1992) A Social-Cognitive, Attributional Model of Personal Goals: An Empirical Evaluation. *Motivation and Emotion*, Vol. 16, No. 4.
- Mone, M. A., Baker, D. D., & Jeffries, F. (1995). Predictive validity and time dependency of self-efficacy, self-esteem, personal goals, and academic performance. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 716-727.
- Morrissey-Kane, E. & Prinz, R.J. (1999). Engagement in Child and Adolescent Treatment: The Role of Parental Cognitions and Attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 2, No. 3, pp. 183-198.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J.P. Forgas (Ed.), *Social cognition*. London: Academic Press.
- Mowbray, T.C., Lewandowski, L., Bybee, D., & Oyserman, D. (September, 2004). Children of Mothers Diagnosed With Serious Mental Illness: Patterns and Predictors of Service Use. *Mental Health Services Research*, Vol. 6, No. 3,
- Nada-Raja, S., Langley, J.D., McGee, R., Williams, S.M., Begg, D.J., Reeder, A.I. (1997). Inattentive and hyperactive behaviors and driving offences in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:515–522
- Nakagawa, M., Teti, D. M., & Lamb, M. E. (1992). An ecological study of child–mother attachments among Japanese sojourners in the United States. *Developmental Psychology*, 28, 584–592.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology*. New York: Freeman.
- Nguyen, H.H.D., O’Neal, A. and Ryan, A.M. (2003). Relating test-taking attitudes

- and skills and stereotype threat effects to the racial gap in cognitive ability test performance. *Human Performance*, 16, 261–293.
- Nichamin, S.J. (1972). Recognizing minimum cerebral dysfunction in the infant and toddler. *Clinical Pediatrics*, 11, 255–267.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 472–486.
- Pajares, F. (1998). Current Directions in Self-efficacy Research. In M. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement*. Volume 10, (pp. 1–49). Greenwich, CT: JAI Press.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Γιαννίτσας, Ν. Δ. (Ψυχομετρικό Εργαστήριο Φιλοσοφικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών) (1999). *Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Patterson, G., Reid, J., Dishon T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Pelham, W. E., & Milich, R (1984). Peer relations of children with hyperactivity/attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 560–568.
- Penn, D.L., Guynan, K., Daily, T., & Spaulding, W.D. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567–578.
- Pennington, B. F. (1991). *Diagnosing learning disorders. A neuropsychological framework*. New York: Guilford Press.
- Perneger, T. (2005). Investigating safety incidents: more epidemiology please. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 17, Number 1: pp. 1–3.
- Peters, S., Calam, R., Harrington, R. (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:4, pp 436–448.
- Peterson, C., A. Semmel, C. von Baeyer, L.Y. Abramson, G.L. Metalsky and M.E.P. Seligman: (1982). ‘The Attributional Style Questionnaire’, *Cognitive Therapy and Research* 6, pp. 287–300.

- Peterson, C. and P. Villanova (1988). An expanded Attributional Style Questionnaire, *Journal of Abnormal Psychology* 97, pp. 87–89.
- Pincus, H. A., Twe, J. D., First, M. B. (2004). Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry* 3:1.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (2002). *Motivation in education: Theory, research, and Applications (2nd ed.)*. Upper Saddle, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Plomin, R. (1995). Genetics and children's experiences in the family. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 33-68.
- Ployhart, R.E. & Harold, C.M. (March / June 2004). The Applicant Attribution – Reaction Theory (AART): An Integrative Theory of Applicant Attributional Processing. *International Journal of Selection and Assessment*, vol. 12, N. 1/2, pp. 83-98.
- Ployhart, R.E. and Ryan, A.M. (1997). Toward an explanation of applicant reactions: An examination of organizational justice and attribution frameworks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 72, 308–335.
- Ployhart, R.E., Ziegert, J.C. and McFarland, L.A. (2003). Understanding racial differences on cognitive ability tests in selection contexts: An integration of stereotype threat and applicant reactions research. *Human Performance*, 16, 231–259.
- Prendergast, M., Taylor, E., Rapoport J.L., Bartko, J., Donnelly, M., Zimetkin, A., Ahearn, M. B., Dunn, G., & Wieselberg, H. M. (1988). The diagnosis of childhood hyperactivity. A U.S.-U.K. cross-national study of DSM-III and ICD-9. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 289-300.
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1985). Parents' beliefs about themselves as parents of a new infant: Instrument development. *Research in Nursing & Health*, 8, 19–29.
- Quinn, P. (1995). Neurobiology of Attention Deficit Disorder. Στο: Nadeau, K. G, (Ed.), *A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults: Research, Diagnosis, Treatment*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Ρούσσου, Α., (2003). *Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του Συστήματος Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (Σ.Α.Ε.Β.Α.)(Επιμ.)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, Ε.ΨΥ.Υ.Π.Ε.
- Reebye, P. N. (1997, October). *Diagnosis and treatment of ADHD in preschoolers*.

Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Toronto, Canada.

- Redmond, C., Spoth, R. & Trudeau, L. (2002). Family - and community – level predictors of parent support seeking. *Journal of Community Psychology*, vol. 30, No 2, 153-171.
- Reijneveld, S.A., Brugman, E., Verhulst, F.C., & Verloove- Vanhorick, S.P. (2004). Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive child health care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 158, 811–817.
- Richardson, L. A. (2001). Seeking and Obtaining Mental Health Services: What Do Parents Expect? *Archives of Psychiatric Nursing* 15 (5): 223–31.
- Rie, H. E. (1971). Historical perspective of concepts of child psychopathology. In H. E. Rie (ed.), *Perspectives in Child psychopathology* (pp. 3-50). Chicago: Adline – Atherton.
- Roberts, A.R. & Corcoran, D.K. (2005). Adolescents Growing Up in Stressful Environments, Dual Diagnosis, and Sources of Success. *Brief Treatment and Crisis Intervention Vol. 5 No. 1*.
- Robins LN. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory*. New York: Wiley.
- Roussos, A., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A., Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach' s Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European child and Adolescent Psychiatry* 10: 47-53
- Roussos, A., Richardson, C., Politikou, K., Marketos. S., Kiprianos, S., Karajianis, S., Koumoula, A., Lazaratou, H., Marketos, N., Zoubou, V., Nikolara, R., Mahera, O. (1999a). The Conners –28 teacher questioner in clinical and non-clinical samples of Greek children' s 6-12 years old. *European child and Adolescent Psychiatry* 8: 260-267
- Roussos, A., karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajianis, S., Kiprianos, S., Lazaratou, H., Mahera, O., Tassi, M., Zoubou, V.(1999 β). Achenbach' s Child Behavior Checklist and Teacher' s Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *European child and Adolescent Psychiatry* 8: 165-172

- Routh, D. K. (1990). Taxonomy in developmental psychopathology: Consider the source. In M. Lewis & S. M. Miller (Eds), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 359-384). Oxford: Blackwell.
- Rudolph, U., Roesch, C.S., Greitemeyer, T., Weiner, B. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: Contributions to a general theory of motivation. *Cognition and Emotion*, 18(6), p.p. 815-848.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3), 221–252.
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12 (2000), 265–296
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7, 265-285.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). Education, behaviour and health. London: Longman.
- Sacco, W. P., & Murray, E. W. (2003). Maternal dyadic relationship satisfaction as a function of child hyperactivity and conduct problems: A social-cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 665–684.
- Sackett, P.R. (2003). Stereotype threat in applied selection settings: A commentary. *Human Performance*, 16, 295–309.
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, pp. 297–312.
- Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 659–695). New York: Wiley.
- Sattler, J. M. (1998). *Clinical and forensic interviewing of children and families: Guidelines for mental health, education pediatric, and child maltreatment fields* (pp. 2-44). San Diego, CA: Jerome M. Sattler.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:7 pp 649–659.
- Sayal, K., Goodman, R., and Ford, T. (2006b). Barriers to the identification of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:7 (2006), pp 744–750.

- Sayal, K., & Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 348–352.
- Sayal, K., Taylor, E., & Beecham, J. (2003). Parental perception of problems and mental health service use for hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1410–1414.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., & Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 43–48.
- Schaughency, E. A., & Rothlind, J. (1991). Assessment and classification of attention deficit hyperactivity disorders. *Scholl Psychology Review*, 20, pp. 187-202.
- Scheel, J. M. & Riecmann, T. (1998). An empirically derived description of self-efficacy and empowerment for parents of children identified as psychologically disordered. *The American Journal of Family Therapy*, 26: pp. 15-27.
- Schmidt, G., & Weiner, B. (1988). An attribution-affect-action theory of behaviour: Replications of judgements of help-giving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 610-621.
- Schunk, D. H. (1990). Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 25, 71–86.
- Schunk, D. H., & Miller, S. D. (2002). Self-efficacy and adolescents' motivation. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Academic motivation of adolescents* (pp. 29-52). Greenwich, CT: Information Age.
- Shaywitz, B. A., & Shaywitz, S. E. (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6 (Suppl.), S13-122.
- Sheikh, S., A. Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry Epidemiology* 35: pp. 326-334.
- Sieg, G., Gaffney, R. Preston, F., & Hellings, A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20, 55-60.
- Sigel, I. E. (1985). A conceptual analysis of beliefs. In I. E. Sigel (Ed.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (pp. 345–371). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Silver, W. S., Mitchell, T. R., & Gist, M. E. (1995). Responses to successful and

- unsuccessful performance: The moderating effect of self-efficacy on the relationship between performance and attributions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 62, pp. 286-299.
- Συρίγου – Παπαβασιλείου, Α. (2001). Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή στη ΔΕΠ-Υ. Στο: Ε. Κάκουρος, (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί*. (σ. 88). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Slade, E. P. (2004). Racial/Ethnic Disparities in Parent Perception of Child Need for Mental Health Care following School Disciplinary Events. *Mental and Health Service Research* 6 (2): pp. 75–92.
- Smith, A. M., & O’Leary, S. G. (1995). Attributions and arousal as predictors of maternal discipline. *Cognitive Therapy and Research*, 19, pp. 459–471.
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J., & Patterson, G. R. (2005). The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41, pp. 30–41.
- Sobol, M., Ashbourne, D. T., Earn, B. M., & Cunningham, Ch. E. (1989). Parents’ attributions for achieving compliance from attention-deficit disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (3), pp. 359-369.
- Sonuga-Barke, E.J.S. & Balding, J. (1993). British parents’ beliefs about the causes of three forms of psychological disturbance. *The Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, pp. 367-376.
- Stajkovic, A.D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 2, pp. 240-261.
- Stanovich, K. E. (1986). Matthew effects in reading. Some consequences of individual in the acquisition of literacy. *Reading Research Quarterly*, 21, 360-406.
- Starr, S., Campbell, R.L. & Herrick, A.C. (2002). Factors Affecting Use of the Mental Health System by Rural Children. *Issues in Mental Health Nursing* 23 (3): pp. 291–304.
- Steinhausen, H.C., Drexler, R., Foldenyi, M., Katrinimhof, Brandeis, D. (2003). Clinical Course of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood Toward Early Adolescence. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(9):1085-1092.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-

1012, 1077-1082, 1163-1168.

- Stoiber, K. C., & Houghton, T. G. (1993). The relationships of adolescent mothers' expectations, knowledge, and beliefs to their young children's coping behavior. *Infant Mental Health Journal*, **14**, 61-79.
- Strassberg, Z. (1995). Social information processing in compliance situations by mothers or behavior-problem boys. *Child Development*, *66*, 376-389.
- Stratton, P., Munton, A.G., Hanks, H.J.L., Heard, D., & Davidson, C. (1988). Leeds Attributional Coding System Manual. Unpublished manuscript, University of Leeds.
- Szatmari, P. (2003). The causes of autism spectrum disorders. *BMJ* 326:173-4
- Szatmari, P., Offord, R., & Boyle, H. (1989). Correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 205-217.
- Taylor, S. (1981). The interface of cognitive and social psychology. In J. Harvey (Ed.), *Cognition, social behaviour and the environment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G., Giles, S. (1991). *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. London: Oxford University Press
- Teagle, E.S. (December, 2002). Parental Problem Recognition and Child Mental Health Service Use. *Mental Health Services Research*. Vol. 4, No. 4, pp. 257-266.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The meditational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, **62**, 918-929.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*, **31**, 364-376.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Trope, Y. (1986). Identification and inferential processes in dispositional attribution. *Psychological Review*, *93*, pp. 239-257.
- Tschannen-Moran, M., & Woolfolk Hoy A.(2001). Teacher efficacy: capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*. *17*, pp. 738-805.

- Tsuang, M. T., Bar, J. L., Stone, W. S., Faraone, S. V. (2004). Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, June 3:2
- Turecki, S. (1989). The difficult child center. Στο: W. B. Carey & S. C. McDevitt (Eds.), *Clinical and educational applications of temperament research* (pp. 141-153). Berwin, Pa: Swets North American.
- Tversky, A. & Kahnemann, D. (1973). Availability: a heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology* 5, pp. 20-32.
- Verhulst, F.C., & van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 901-909.
- Veroff J., Kulka R. A., & Donovan E. (1981). *Mental health in America: Patterns of help-seeking from 1957-1976*. New York, Basic Books.
- Χουντουμάδη, Α. & Πατεράκη, Α. (2008). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Αθήνα: Τόπος.
- Walker, L. O. (1980). Early parental attitudes and the parent-infant relationship. In D. B. Sawin, R. C. Hawkins, L. O. Walker, & J. H. Peticaff (Eds.), *The exceptional infant (Vol. 4)*. New York: Brunner/Mazel.
- Weiner, B. (2000). Intrapersonal and Interpersonal Theories of Motivation from an Attributional Perspective. *Educational Psychology Review*. Vol. 12, No. 1, pp. 236-248.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation*. London: Sage.
- Weiner B., (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wender, P. (1971). *Minimal brain dysfunction*. New York: Wiley.
- Wells-Parker, E., Miller, D. I., & Topping, S. 1990. Development of control of outcome scales and self-efficacy scales for women in four life roles. *Journal of Personality Assessment*, 54, 564-575.
- Willcox, E.C., Washburn, R, Patel, V. (2007). Seeking help for attention deficit hyperactivity disorder in developing countries: A study of parental explanatory models in Goa, India. *Social Science & Medicine* 64, pp. 1600-1610.
- Willis, T. J., & Lovaas, I. (1977). A behavioral approach to treating hyperactive

- children: The parent's role. Στο: J. B. Millichap (Ed.), *Learning disabilities and related disorders* (pp. 119-140). Chicago: Yearbook Medical Publications.
- Wilson-Scott, J., & Dembo, M.H. (1993). Maternal attributions regarding children's noncompliant behavior. *Child Study Journal*, 23, 187-207.
- Winnicott, D. W. (1976). *The maturational process and the facilitating environment*. London, UK: Hogarth Press.
- Wolff, P. H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. Στο: B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4). London: Methuen.
- Wong, P.T.B. and Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, pp. 650-663.
- Wood, E.R., Atkins, P. & Taberner, C. (2000). Self-efficacy and Strategy on Complex Tasks. *Applied Psychology: An International Review*, 49 (3), 430-446.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (6), 514-521.
- Yeh, M., Hough, L.R., McCabe, K., Lau, A. & Galand A. (May 2004). Parental Beliefs About the Causes of Child Problems: Exploring Racial/Ethnic Patterns. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43:5.
- Zahner, G.E.P., Pawelkiewicz, W., DeFrancesco, J.J., & Adnopol, J. (1992). Children's mental health service needs and utilization patterns in an urban community: An epidemiological assessment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 951-960.
- Zahner, G.E.P., & Daskalakis, C. (1997). Factors associated with mental health, general health and school-based service use for child psychopathology. *American Journal of Public Health*, 87, 1440-1448.
- Zimmerman, J.F. (2005). Social and Economic Determinants of Disparities in Professional Help-Seeking for Child Mental Health Problems: Evidence from a National Sample. *HSR: Health Services Research* 40:5, Part 1 p.p. 1514-1533.

- Ζουρνατζής, Ε., Αγγελή, Κ., Καλαντζή-Αζιζι, Α. (2003, Μάιος). *Το επίπεδο αυτοεκτίμησης παιδιών με ΔΕΠ-Υ 4-8 ετών σε κανονικό σχολείο*. Προφορική ανακοίνωση στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ρόδος.
- Ζουρνατζής, Ε. Καραμπά, Ο., Παπαηλιού, Χ., Μπαδικιάν, Α.Μ. (2001). Οι επιδόσεις των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα στους βασικούς ακαδημαϊκούς τομείς. Στο: Π. Χηνάς (επιμ.) *Ψυχολογία και Εκπαίδευση στον 21^ο αιώνα πρακτικά συνεδρίου*
- Ζουρνατζής Ε., Παπαηλιού Χ., Καραμπά Ρ., Κάκουρου Ν., Μπαδικιάν Μ. (2002). Η κοινωνική λειτουργικότητα αγοριών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Στο: Κ.Μ. Κόκκινος (επιμ.), *Επιθετικότητα, πρακτικά 4^ο Ψυχολογικού Συνεδρίου Κύπρου*. Λευκωσία--Κύπρος: Σύλλογος Ψυχολόγων Κύπρου.

6. Παράρτημα

6.1. Σχήματα και πίνακες

Σχήμα 1. Παρακάτω παρουσιάζεται σχηματικά το μοντέλο των μηχανισμών αυτών:	80
Πίνακας 2.1 ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (Δ.Κ.Φ.)	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές συχνότητες κλινικού φάσματος	96
Πίνακας 2.3 σχετικές συχνότητες (r ² %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων	97
Πίνακας 2.3.α Σχετικές συχνότητες (r ² %) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	98
Πίνακας 2.3.β. Σχετικές συχνότητες (r ² %) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	98
Πίνακας 2.4.α. Σχετικές συχνότητες (r ² %) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι	98
Πίνακας 2.4.β. Σχετικές συχνότητες (r ² %) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι	99
Πίνακας 2.5 ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΟΦ)	100
Πίνακας 2.6 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές συχνότητες κλινικού και οριακού φάσματος	101
Πίνακας 2.6.α. απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (Κ.Ο.)	101

Πίνακας 2.6.β. απόλυτη συχνότητα κατανομής διαταραχών σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ.....	101
Πίνακας 2.7. σχετικές συχνότητες (rf %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων .	102
Πίνακας 2.7.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	103
Πίνακας 2.7.β. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	103
Πίνακας 2.8.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι	103
Πίνακας 2.8.β. Σχετικές συχνότητες (rf%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι	104
Πίνακας 2.9 ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL Ή ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΚΚ).....	105
Πίνακας 2.10 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τοπικές συχνότητες κλινικού φάσματος.....	105
Πίνακας 2.11 σχετικές συχνότητες (rf %) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων	106
Πίνακας 2.11.α. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	106
Πίνακας 2.11.β. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	107

Πίνακας 2.12 ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΕΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ CBCL, Η ΚΑΙ ADHD Rating Scale-IV σε ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ (ΔΚΚΚΟ)	107
Πίνακας 2.13 Περιγραφικά στοιχεία δειγμάτων για τις ηλικίες (σε έτη) και για φύλο απόλυτες και τυπικές συχνότητες κλινικού και οριακού φάσματος (ΔΚΚΚΟ)	108
Πίνακας 2.14 σχετικές συχνότητες (rf%) περιγραφικών στοιχείων των δειγμάτων	108
Πίνακας 2.15. Σχετικές συχνότητες (rf%) της διμεταβλητής μαθησιακό ανάλογα με την παρουσία ή όχι δυσκολιών στον προφορικό λόγο	109
Πίνακας 2.16 Σχετικές συχνότητες (rf%) ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό ή όχι	109
Πίνακας 2.17 περιγραφικά στοιχεία δείγματος ομάδας ελέγχου με βάση τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV σε φυσιολογικό φάσμα (χωρίς κάποια διαταραχή) και όχι επίσκεψη.....	110
Πίνακας 3.1. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό	122
Πίνακας 3.2. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (κλινικό δείγμα με κοινοτικό).....	124
Πίνακας 3.3. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών των περιπτώσεων που επισκέφθηκαν ειδικό (σύγκριση κλινικού δείγματος με κοινοτικό επειδή στο κοινοτικό δείγμα δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)	124

Πίνακας 3.4. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (σύγκριση κλινικού δείγματος με ομάδα ελέγχου)..... 125

Πίνακας 3.5. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής (σύγκριση κλινικού φάσματος με φυσιολογικό φάσμα) σε κοινοτικό δείγμα..... 125

Πίνακας 3.6. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό σε κοινοτικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)..... 126

Πίνακας 3.7. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι δεν επισκέφθηκαν ειδικό και τα παιδιά τους εντάσσονται σε κλινικό φάσμα με την ομάδα ελέγχου σε κοινοτικό δείγμα..... 126

Πίνακας 3.8. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι επισκέφθηκαν ειδικό και τα παιδιά τους εντάσσονται σε κλινικό φάσμα με την ομάδα ελέγχου σε κοινοτικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση από ειδικό)..... 128

Πίνακας 3.9. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό..... 129

Πίνακας 3.10 Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό (σύγκριση κλινικού με κοινοτικό δείγμα επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)..... 129

Πίνακας 3.11. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών οι οποίοι επισκέφθηκαν ειδικό μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)..... 130

Πίνακας 3.12. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό ομάδας ελέγχου..... 130

Πίνακας 3.13. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής σε κοινοτικό δείγμα ανεξάρτητα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού)..... 131

Πίνακας 3.14. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την επίσκεψη σε ειδικό σε κοινοτικό δείγμα (επειδή δεν υπήρχε διάγνωση ειδικού) 131

Πίνακας 3.15. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ανάλογα με την παρουσία ή όχι κάποιας διαταραχής μεταξύ αυτών που δεν επισκέφθηκαν ειδικό σε κοινοτικό δείγμα και της ομάδας ελέγχου 132

Πίνακας 3.16. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ αυτών που επισκέφθηκαν ειδικό και εντάσσονταν σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα από κοινοτικό δείγμα και της ομάδας ελέγχου 132

Πίνακας 3.17. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία 133

Πίνακας 3.18. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών ΟΛΟΥ του κλινικού δείγματος και του κοινοτικού δείγματος σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό 134

Πίνακας 3.19. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο δεν επισκέφθηκε ειδικό 134

Πίνακας 3.20. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο επισκέφθηκε ειδικό 135

Πίνακας 3.21. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ

κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία..... 136

Πίνακας 3.22. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο δεν επισκέφθηκε ειδικό 136

Πίνακας 3.23 Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με κοινοτικό δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία το οποίο επισκέφθηκε ειδικό..... 137

Πίνακας 3.24. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ κλινικού δείγματος με δείγμα ομάδας ελέγχου (κοινοτικό δείγμα σε φυσιολογικό φάσμα) σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία..... 137

Πίνακας 3.25. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών μεταξύ αυτών που εντάσσονταν σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία με οριακό ή/ και φυσιολογικό φάσμα στο κλινικό δείγμα 139

Πίνακας 3.26. Περιγραφικά στοιχεία (αριθμός δείγματος, μέσος όρος, τυπική απόκλιση) της σύγκρισης των μέσων όρων (T-test) των διαστάσεων της απόδοσης των αιτίων και της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών στο κλινικό δείγμα μεταξύ αυτών που εντάσσονταν σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία με φυσιολογικό φάσμα..... 140

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.27. T-test για τις διαστάσεις Weiner και globality, universality Όλα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για τεστ διπλής κατεύθυνσης (2-tailed).....	144
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.28. T TEST του μέσου όρου της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) ανάλογα με την επίσκεψη ή όχι σε ειδικό και ανάλογα με την παρουσία διαταραχής ή όχι.....	145
Πίνακας 3.29. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ανάλογα με το δείγμα σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV	155
Πίνακας 3.30 για ΔΕΠ-Υ Robust Tests of Equality of Means	158
Πίνακας 3.31. για εναντιωτική προκλητική διαταραχή Robust Tests of Equality of Means.....	158
Πίνακας 3.32. για διαταραχή διαγωγής Robust Tests of Equality of Means.....	158
Πίνακας 3.33. Για ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την κλίμακα ΔΕΠ-Υ Robust Tests of Equality of Means.....	159
Πίνακας 3.34. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ανάλογα με το δείγμα σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul.....	159
Πίνακας 3.35. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό βάσει κλινικού δείγματος σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού και κοινοτικού δείγματος σε κλινικό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul	163
Πίνακας 3.36. Πιθανά αίτια αναζήτησης βοήθειας από ειδικό βάσει κλινικού δείγματος σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού και κοινοτικού δείγματος σε κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & DuPaul.....	164

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.37. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά).....	187
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.38. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) ΚΛΙΝΙΚΟ & ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV.....	188
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.39. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών (Self Efficacy) σε ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV.....	189
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.40. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ & ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV.....	190
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.41 ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά) Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών	191
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.42. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο τα σημαντικά) Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών	192
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.43. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών	193

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.44. ΠΡΟΒΛΕΨΗ της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών Self Efficacy ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με τη διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ή και ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV Και μόνο βάσει των 10 παρακάτω μεταβλητών . 194

Πίνακας 3.45. κοινές μεταβλητές πρόβλεψης αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας 197

Πίνακας 3.46. με κοινές μεταβλητές πρόβλεψης αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας 199

Πίνακας 3.47 Συνοπτικός πίνακας μόνο των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$ διπλής κατεύθυνσης..... 204

Πίνακας 3.48. Συνοπτικός πίνακας μόνο των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$ διπλής κατεύθυνσης και μόνο για τους ΔΕΚΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ. 214

Πίνακας 3.49. Πρόβλεψη διαστάσεων απόδοσης των αιτίων από το μέσο όρο της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των γονιών σε ολικά δείγματα σύμφωνα με τη διάγνωση και τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και DuPaul 215

Πίνακας 3.50α. Επίσκεψη (χρήση) σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανάλογα με την παρουσία κάποιας διαταραχής στο κοινοτικό δείγμα σε κλινικό και κλινικό ή/ και οριακό φάσμα σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL ή/ και ADHD Rating Scale-IV 224

Πίνακας 3.50β Επιπλέον στο κλινικό δείγμα (N=170) παρατηρήθηκαν τα εξής: 224

Πίνακας 3.50γ. Συνάφεια της επίσκεψης σε ειδικούς με την αποτελεσματικότητά τους 225

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.51. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$).....	226
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.52. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ & ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$).....	227
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.53. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV(μόνο σημαντικά $p<0,05$).....	228
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.54. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ & ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV(μόνο σημαντικά $p<0,05$).....	229
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.55. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών.....	230
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.56. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ή και ΟΡΙΑΚΟ ΦΑΣΜΑ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών.....	231
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.57. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών.....	232
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.58. ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ επίσκεψης σε ειδικό ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ σύμφωνα με διάγνωση ειδικού ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ή και ΟΡΙΑΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ σύμφωνα με τα ψυχομετρικά εργαλεία CBCL & ADHD Rating Scale-IV (μόνο σημαντικά $p<0,05$) Και μόνο βάσει των 11 παρακάτω μεταβλητών.....	232

Πίνακας 3.59. Συνοπτικός πίνακας α υπομελέτης μόνο των σημαντικών (✓) παραγόντων της πρόβλεψης για την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (επίσκεψη σε ειδικό) των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης.....250

Πίνακας 3.60. Συνοπτικός πίνακας β υπομελέτης μόνο των σημαντικών από τους 11 παράγοντες της πρόβλεψης για την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας (επίσκεψη σε ειδικό) των γονιών σε όλες τις περιπτώσεις (1^{ης}, 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης}) σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ διπλής κατεύθυνσης.....260

6.2. Ψυχομετρικά εργαλεία

- Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΒΕΑ). Ερωτηματολόγιο για γονείς (παιδιά ηλικίας 6-18 ετών)
- Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ – IV (κλίμακα για γονείς)
- Ερωτηματολόγιο ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ Α.Μ.

Α1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ.....ΟΝΟΜΑ.....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :
ΟΝ/ΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ :
ΟΝ/ΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ :
ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΗΓΗΣ

Α2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: _ _ _ _ _ (συμπληρώνεται από τον ΕΞΕΤΑΣΤΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _ _ _ _ _

1. (συμπληρώνεται από τον ΕΞΕ-
ΤΑΣΤΗ)

2. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 1. Αθήνα 2. Επαρχιακή πόλη 3. Κομόπολη – χωριό

3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: 1. Αθήνα 2. Επαρχιακή πόλη 3. Κομόπολη – χωριό

4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ : 1. ΙΚΑ 2. Δημόσιο 3. ΤΕΒΕ

4. ΟΤΑ 5. Άλλος (ποιος)

Α3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

5. Γραμματικές γνώσεις πατέρα : 1. αναλφάβητος 2. δημοτικό 3. γυμνάσιο
4. λύκειο 5. τριτοβάθμια εκπαίδευση

6. Γραμματικές γνώσεις μητέρας : 1. αναλφάβητη 2. δημοτικό 3. γυμνάσιο
4. λύκειο 5. τριτοβάθμια εκπαίδευση

7. Ηλικία πατέρα : Ετών

8. Ηλικία μητέρας : Ετών

9. Οικογένεια : 1. φυσική 2. θετή 3. ανάδοχη

10. Οικογενειακή κατάσταση (γονείς): 1. έγγαμος /η 2. άγαμος /η

3. διαζευγμένοι / σε διάσταση 4. χήρος/α 5. μονογονεϊκή οικογένεια

11. Άλλα άτομα εκτός των γονιών τα οποία συγκατακοιτούν:

1.παππούς/γιαγιά 2.θείοι/θείες 3.άλλοι 4.κανένας

12. Αριθμός αδελφών που έχει : 0., 1., 2., 3., 4., 5.,

Παρουσιάζει πρόβλημα συμπεριφοράς κάποιιο από τα αδέρφια του: 1.Ναι 2.Όχι

A4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

13. Ποιος είχε την πρωτοβουλία για την παραπομπή του παιδιού σε ειδικό.; 1.γονείς

2.δάσκαλος/καθηγητής 3.άλλη υπηρεσία 4. παιδίατρος 5.άλλο.....

14. Ποιο είναι το αίτημα των γονιών: 1.διάγνωση 2.συμβουλευτική 3.αντιμετώπιση

4.άλλο.....

15. Έχετε επισκεφθεί άλλο ειδικό στο παρελθόν για τα ίδια προβλήματα; 1. Ναι

2.Όχι

16. Αν ναι, σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά το πρόβλημα:

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

A5. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

17. Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη; 1. Ναι 2. Όχι

18. Ασθένειες – χειρουργικές επεμβάσεις; 1. Ναι 2. Όχι

19. Χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για χρόνιες παθήσεις στο παιδί σας; 1.Ναι 2.Όχι

20. Βάρος γέννησης¹⁰:>

21. Πότε είπε τις πρώτες λέξεις:>

22. Πότε είπε τις πρώτες φράσεις:>

23. Πότε άρχισε να κάνει διάλογο με άνεση;>

24. Πότε άρχισε να κάνει βήματα; (μόνο του):>

25. Πότε απόκτησε έλεγχο σφικτήρων;>

26. Αντιμετωπίζει δυσκολίες με την ομιλία του; 1.Ναι 2.Όχι

¹⁰ Στις ερωτήσεις από 21 έως και 29 και όπου υπάρχουν τετράγωνα συμπληρώνονται από τον εξεταστή. Επιπλέον, στο χώρο με τις «τελείες» αναγράφετε ακριβώς π.χ. για το βάρος 2,6 Kg ή 2 ετών και τριών μηνών για την ηλικία.

27. Αν αντιμετωπίζει προβλήματα ομιλίας, τότε διευκρινίστε: 1. Στην κατανόηση της ομιλίας 2. Στην έκφραση του προφορικού λόγου 3. Στην άρθρωση των λέξεων (δεν μιλάει «καθαρά») 4. άλλο

28. Άλλα προβλήματα ή δυσκολίες του παιδιού:

.....>

A6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τη συμπεριφορά ή τις δυσκολίες του παιδιού σας οι οποίες σας προβληματίζουν

(Weiner)

29. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αυτή η συμπεριφορά προκαλείται από κάτι που σχετίζεται ειδικά με το παιδί σας ή με κάτι άλλο;

Σχετίζεται με κάτι άλλο _____ Σχετίζεται ειδικά
1 2 3 4 5 με το παιδί μου

30. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η συμπεριφορά του παιδιού σας θα παρουσιαστεί ξανά στο μέλλον ή ήταν παροδικό φαινόμενο;

Δεν θα παρουσιαστεί _____ Θα είναι πάντα
ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 παρούσα

31. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το παιδί σας θα μπορούσε να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά;

Μπορεί να έχει πλήρη έλεγχο _____ Δεν μπορεί να έχει καθόλου τον
της συμπεριφοράς του 1 2 3 4 5 έλεγχο της συμπεριφοράς του

32. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αυτή η συμπεριφορά προκαλείται από κάτι που σχετίζεται αποκλειστικά με το παιδί σας ή από κάτι κοινό στα περισσότερα παιδιά αυτής της ηλικίας;

Κάτι κοινό στα περισσότερα _____ Κάτι που σχετίζεται
παιδιά αυτής της ηλικίας 1 2 3 4 5 αποκλειστικά με το
παιδί μου

33. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι αυτή η συμπεριφορά θα επηρέαζε το παιδί σας σε περισσότερες από μία καταστάσεις της ζωής του;

Θα επηρέαζε μόνο _____ Θα επηρέαζε όλες τις
μία κατάσταση 1 2 3 4 5 καταστάσεις στη ζωή του

34. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε πως το παιδί σας μπορεί να έχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα ή δεν έχει κανένα πρόβλημα;

Κανένα πρόβλημα _____ Σοβαρό
1 2 3 4 5 πρόβλημα

35. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι το παιδί σας είναι ανώριμο;

Καθόλου ανώριμο _____ Πολύ ανώριμο
1 2 3 4 5

Α7. Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις ανάλογα με το βαθμό που πιστεύετε ότι μπορείτε να είστε αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού σας.

36. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να ελέγξετε τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού σας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

37. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να κάνετε σαφείς και κατανοητές τις απαιτήσεις σας σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού σας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

38. Πόσο ικανοποιητικά μπορείτε να επιβάλλετε σταθερούς κανόνες ώστε να επιτύχετε μια αρμονική οικογενειακή ζωή;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

39. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να κάνετε το παιδί σας να ακολουθεί τους κανόνες της οικογένειας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

40. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να ηρεμήσετε το παιδί σας όταν είναι άτακτο ή θορυβώδες;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

41. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να επιβάλλετε ένα σύστημα ελέγχου για το παιδί σας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

42. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να αποτρέψετε το παιδί σας από το να καταστρέψει μια ολόκληρη δραστηριότητα;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

43. Σε ποιο βαθμό μπορείτε να χειρίζεστε την προκλητική συμπεριφορά του παιδιού σας;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Πολύ λίγο	Κάπως	Αρκετά	Πάρα πολύ

A8. Το παιδί σας συμπεριφέρεται έτσι επειδή.....

(Τσεκάρετε με ένα «X» ή με «√» στον παρακάτω πίνακα)

	1. Πολύ απίθανο	2. πιθανό	3. Δεν έχω άποψη/ Δεν είμαι βέβαιος /η	4. πιθανό	5. Πολύ πιθανόν
44. το σχολείο του είναι υπερβολικά αυστηρό					
45. δεν μπορεί να κάνει αλλιώς					
46. διασκεδάζει να συμπεριφέρεται έτσι					
47. έχει κάποιο μαθησιακό πρόβλημα					
48. δεν του ασκείται αρκετή πειθαρχία					
49. προσπαθεί να προσελκύσει την προσοχή					
50. είναι κουφός /η					
51. έχει μοιάσει στους γονείς του					
52. πέθανε ο πατέρας του όταν ήταν μικρός					
53. είναι παιδί χωρισμένων γονιών					
54. είναι νοητικά καθυστερημένος /η					
55. είναι κακομαθημένος /η					
56. μεγαλώνει μόνο με τον ένα γονέα					
57. μένει σε μία υποβαθμισμένη γειτονιά της πόλης					
58. η μητέρα του πήγαινε στη δουλειά όταν ήταν μικρός					
59. γεννήθηκε πρόωρα					
60. έχει ήπια εγκεφαλική βλάβη					
61. η μητέρα του πέθανε όταν ήταν μικρός					
62. η μητέρα του υπέφερε από κατάθλιψη μετά τον τοκετό					
63. οι γονείς του τον παραμελούν					
64. οι γονείς του είναι υπερβολικά αυστηροί					
65. οι γονείς του δεν του δείχνουν αρκετή αγάπη					
66. είναι στη φύση του / έτσι είναι					
67. συνέβη ένας πρόσφατος θάνατος στην οικογένεια					
68. θέλει να αναστατώνει τους γονείς / το δάσκαλό του					

B. ΜΕΡΟΣ: ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ
B1

69. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ :

B2. Κλίμακες του CBCL

Κλίμακα ικανοτήτων

70. Δραστηριότητας : 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
71. Κοινωνική: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
72. Σχολική: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
73. Συνολική: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό

Κλίμακα συνδρόμων

74. άγχος/ κατάθλιψη: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
75. Απόσυρση/ κατάθλιψη: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
76. Σωματικά ενοχλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
77. Κοινωνικά προβλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
78. Προβλήματα σκέψης: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
79. Προβλήματα προσοχής: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
80. Παράβαση κανόνων: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
81. Επιθετική συμπεριφορά: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
82. Άλλα προβλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
83. Εσωτερικευμένα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
84. Εξωτερικευμένα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
85. Συνολικών προβλημάτων: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό

Κλίμακα εναρμονισμένη με τα κριτήρια του DSM-IV

86. Συναισθηματικά προβλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
87. Προβλήματα άγχους: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
88. Σωματικά προβλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
89. ΔΕΠ-Υ: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
90. Εναντ. /προκλ. Προβλήματα: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό
91. Προβλήματα διαγωγής: 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό

B3. ΔΕΙΚΤΕΣ ADHD Rating Scale-IV (ελληνική στάθμιση)

92. Δείκτης Ελλειμματικής προσοχής.....
93. Δείκτης Υπερκινητικότητας – Παρορμητικότητας
94. Συνολικός δείκτης ΔΕΠ-Υ Total score.....
95. Εκατοστημόριο.....
96. Ποιοτικός συνολικός δείκτης ΔΕΠ-Υ 1. κλινικό φάσμα 2.Οριακό 3.φυσιολογικό

B4. Στοιχεία από CBCL

97. ΦΥΛΟ : 1. Αγόρι 2. Κορίτσι
98. ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΦΟΙΤΑ ΣΗΜΕΡΑ: 0. παιδικός σταθμός 1.νηπιαγωγείο
2.Α' Δημοτικού 3.Β' Δημοτικού 4. Γ' Δημοτικού 5. Δ' Δημοτικού 6. Ε' Δημοτικού 7. ΣΤ' Δημοτικού
8. Α' Γυμνασίου 9. Β' Γυμνασίου 10. Γ' Γυμνασίου 11. Α' Λυκείου 12. Β' Λυκείου 13. Γ' Λυκείου
14. ΔΕΝ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ
99. ΕΧΕΙ ΕΠΑΝΑΛΑΒΕΙ ΤΑΞΗ : 1. Ναι 2. Όχι

100. ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ ; 1. Ναι 2. Όχι
101. Ποιος δίνει πληροφορίες : 1. μητέρα 2. πατέρας 3. συγγενείς 4. άλλος.....
102. Επάγγελμα πατέρα;
103. Επάγγελμα μητέρας;
104. Εθνικότητα παιδιού: 1. Έλληνας 2. Επαναπατριζόμενος 3. Αλλοδαπός
105. Ποιο θεωρείτε ότι αποτελεί το κύριο πρόβλημα για το παιδί σας; (ερώτηση CBCL: Τι σας ανησυχεί περισσότερο με το παιδί σας;)
1. μαθησιακές δυσκολίες 2. προβλήματα ομιλίας 3. νοητική καθυστέρηση
4. προβλήματα συμπεριφοράς 5. άλλο (ποιο)

Πρωτότυπη κλίμακα ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Teachers' sense of efficacy scale (long form)

Tschannen-Moran, M., & Woolfolk Hoy A.(2001). Teacher efficacy: capturing an elusive construct. *Teaching and Teacher Education*, 17, 738-805.

Teacher Beliefs	How much can you do?								
	Nothing		Very little		Some Influence		Quite A Bit		A Great Deal
1. How much can you do to get through to the most difficult students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. How much can you do to help your students think critically?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. How much can you do to control disruptive behavior in the classroom?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. How much can you do to motivate students who low interest in schoolwork?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. To what extent can you make your expectations clear about student behavior?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. How much can you do to get students to believe they can do well in schoolwork?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. How well can you respond to difficult questions from your students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. How well can you establish routines to keep activities running smoothly?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. How much can you do to help your student's value learning?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. How much can you gauge student comprehension of what you have taught?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. To what extent can you craft good questions for your students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. How much can you do to foster student creativity?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. How much can you do to get children to follow classroom rules?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. How much can you do to improve the understanding of a student who is failing?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. How much can you do to calm a student who is disruptive or noisy?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. How well can you establish a classroom management system with each group of students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. How much can you do to adjust your lessons to the proper level for individual students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. How much can you use a variety of assessment strategies?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. How well can you keep a few problem students from ruining an entire lesson?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. To what extent can you provide an alternative explanation or example when students are confused?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. How well can you respond to defiant students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. How much can you assist families in helping their children do well in school?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. How well can you implement alternative strategies in your classroom?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. How well can you provide appropriate challenges for very capable students?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Σημείωση: με έντονα γράμματα είναι το κομμάτι για τον έλεγχο της τάξης από το δάσκαλο (classroom management) το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για γονείς.

Teacher beliefs

Directions: This questionnaire is designed to help us gain a better understanding of the kinds of things that create difficulties for teachers in their school activities. Please indicate your opinion about each of the statements below. Your answers are confidential.

1. How much can you do to get through to the most difficult students?
2. How much can you do to help your students think critically?
3. **How much can you do to control disruptive behavior in the classroom?**
4. How much can you do to motivate students who low interest in schoolwork?
5. **To what extent can you make your expectations clear about student behavior?**
6. How much can you do to get students to believe they can do well in schoolwork?
7. How well can you respond to difficult questions from your students?
8. **How well can you establish routines to keep activities running smoothly?**
9. How much can you do to help your students value learning?
10. How much can you gauge student comprehension of what you have taught?
11. To what extent can you craft good questions for your students?
12. How much can you do to foster student creativity?
13. **How much can you do to get children to follow classroom rules?**
14. How much can you do to improve the understanding of a student who is failing?
15. **How much can you do to calm a student who is disruptive or noisy?**
16. **How well can you establish a classroom management system with each group of students?**
17. How much can you do to adjust your lessons to the proper level for individual students?
18. How much can you use a variety of assessment strategies?
19. **How well can you keep a few problem students from ruining an entire lesson?**
20. To what extent can you provide an alternative explanation or example when students are confused?
21. **How well can you respond to defiant students?**
22. How much can you assist families in helping their children do well in school?
23. How well can you implement alternative strategies in your classroom?
24. How well can you provide appropriate challenges for very capable students?

Long Form:

Efficacy in Student Engagement (**διδασκαλία μαθήματος**):

Items 1,2,4,6,9,12,14,22

Efficacy in Instructional Strategies (**παιδαγωγικές στρατηγικές**):

Items 7,10,11,17,18,20,23,24

Efficacy in Classroom Management (**Έλεγχος σχολικής τάξης**):

Items 3,5,8,13,15,16,19,21

	Long Form			Short Form		
	Mean	SD	alfa	Mean	SD	alfa
OSTES *	7.1	.94	.94	7.1	.98	.90
Engagement	7.3	1.1	.87	7.2	1.2	.81
Instructional	7.3	1.1	.91	7.3	1.2	.86
Management	6.7	1.1	.90	6.7	1.2	.86

OSTES : Ohio State Teacher Efficacy Scale

Πρωτότυπη κλίμακα της κλίμακας αιτιών κατηγοριών Parental Account of the Causes of Childhood Problems Questionnaire (P.A.C.C.P.) (Sonuga-Barke & Balding, 1993), μετάφραση - προσαρμογή στα ελληνικά (Maniadaki, 2003)

	Very unlikely	Unlikely	No opinion/ uncertain	Likely	Very likely
1. his school is too strict					
2. he can't help it					
3. he enjoys behaving like that					
4. he has a learning problem					
5. his parents don't exercise enough discipline					
6. he is attention seeking					
7. he is deaf					
8. he takes after parents (runs in the family)					
9. his father died when he was young					
10. his parents are divorced					
11. he is mentally subnormal					
12. he is spoiled at home					
13. he lives in a single-parent family					
14. he lives in an inner city area					
15. his mother went to work when he was young					
16. he was a premature child					
17. he has mild brain damage					
18. his mother died when he was young					
19. his mother suffered post-natal depression					
20. his parents ignore him					
21. his parents are too strict					
22. his parents don't show him enough love					
23. it is in his nature/it's just how he is					
24. of a recent bereavement in the family					
25. to upset his parents/teacher					

ΟΔΗΓΙΕΣ **ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ** ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙ-
ΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

1. Αντιγράφουμε (φωτοτυπία) τον ονομαστικό κατάλογο των μαθητών και κάνουμε αρίθμηση των ονομάτων από τον/ την πρώτο /η μαθητή/ τρια (εάν δεν υπάρχει).
2. Μετά κάνουμε αρίθμηση από το τέλος του καταλόγου. Για παράδειγμα εάν ο τελευταίος μαθητής/ τρια στον κατάλογο είναι ο/ η 27^{ος} αυτός/ η θα πάρει τον αριθμό 1, ο 26^{ος} τον αριθμό 2 κ.ο.κ. (ανάποδη αρίθμηση).
3. Τον κατάλογο με την ανάποδη αρίθμηση κρατάει ο εκπαιδευτικός προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία των μαθητών/ τριών.
4. Ο αριθμός της ανάποδης αρίθμησης αποτελεί τον ΚΩΔΙΚΟ ΜΑΘΗΤΗ στο ερωτηματολόγιο. Ο «κωδικός μαθητή» αναγράφεται με στυλό διαρκείας στην ειδική θέση **ΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ ΚΑΙ ΟΧΙ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.**
5. Τα ερωτηματολόγια θα δίνονται στους μαθητές/ τριες σε ανοικτό φάκελο **και θα επιστρέφονται κλειστά.**
6. Τους κλειστούς φακέλους θα ανοίγει ο ερευνητής όταν επιστραφούν στον εκπαιδευτικό προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των πληροφοριών. Γι' αυτό ο εκπαιδευτικός θα συστήσει οι φάκελοι να επιστραφούν κλειστοί.
7. Η ΟΔΗΓΙΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ **ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΟ ΦΑΚΕΛΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΣΕ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ Ή ΑΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΔΕΝ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΤΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ ΑΜΕΣΑ.**
8. ΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΑΝ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ ΑΣΥΜΠΛΗΡΩΤΑ (ΑΝΟΙΧΤΑ), ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΕΠΟΜΕΝΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΑΞΕΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ **ΤΗΝ ΤΑΞΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΜΑΘΗΤΗ ΚΑΙ ΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΤΑ ΝΕΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.**

Με εκτίμηση

Ευάγγελος Ζουρνατζής

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

6972716361



ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Αγαπητοί γονείς,

Αρκετά από τα παιδιά που φοιτούν στα σχολεία μας μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες είναι πιθανό να χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης προκειμένου να ξεπεραστούν. Δυστυχώς όμως πολλές φορές τα παιδιά αυτά δεν τυγχάνουν της απαραίτητης βοήθειας.

Για τον παραπάνω λόγο και σεβόμενοι τις αγωνίες σας για τη σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών σας αλλά και την καλύτερη σχολική εκπαίδευσή τους γίνεται μια προσπάθεια ώστε να διερευνηθούν τα πιθανά αίτια. Στην παρούσα φάση της έρευνας είναι άκρως απαραίτητο να συγκεντρωθούν πληροφορίες από γονείς παιδιών που φοιτούν σε κανονικά σχολεία.

Συμπληρώνοντας λοιπόν τα ερωτηματολόγια που κρατάτε στα χέρια σας μπορείτε να βοηθήσετε ουσιαστικά στη βελτίωση της εκπαίδευσης των παιδιών είτε αυτά αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες είτε όχι.

Σημειώνεται ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Η έρευνα έχει εγκριθεί από το Υπουργείο Παιδείας (η άδεια υπάρχει στο σχολείο σας). Επίσης, η συμμετοχή είναι προαιρετική και σε καμία περίπτωση δεν γίνεται χρήση των προσωπικών δεδομένων.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

- Προσπαθήστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις
- Στο τέλος της συμπλήρωσης καλό είναι να κάνετε έλεγχο για πιθανές αναπάντητες ερωτήσεις.
- Σε περίπτωση που χρειάζεστε διευκρινήσεις ή δεν κατανοείτε κάποια ερώτηση μπορείτε να επικοινωνείτε με το παρακάτω τηλέφωνο ή να ρωτήσετε τον εκπαιδευτικό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

Ευάγγελος Ζουρνατζής

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Γλωσσάρι

Belief: πεποίθηση, πίστη

Conception: αντίληψη ως σύλληψη ιδέας

Effect: επίδραση, αποτέλεσμα (μέσω επίδρασης)

Help-seeking: αναζήτηση/ επιδίωξη βοήθειας

Outcome: έκβαση

Perception: αντίληψη

Self belief: αυτοπεποίθηση

Self conception: αντίληψη για τον εαυτό του

Self Efficacy: αυτοαποτελεσματικότητα

Self perception: αυτοαντίληψη

Self reflection: αυτοστοχασμός, αυτοσυλλογισμός, αυτοαναλογισμός,
αυτοαξιολόγηση εαυτού, ενδοσκόπηση εαυτού

Self system: σύστημα εαυτού

Use services: χρήση υπηρεσιών

