

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



Διπλωματική εργασία

«Η αυτοαποτελεσματικότητα και η συζυγική ικανοποίηση που βιώνουν μητέρες παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ): Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις»

Διδασκάλου Μαρία

Ιωάννινα, 2021

Διπλωματική εργασία:

«Η αυτοαποτελεσματικότητα και η συζυγική ικανοποίηση που βιώνουν μητέρες παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ): Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις»

Διδασκάλου Μαρία

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπουσα: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Σούλης Σπυρίδων - Γεώργιος, Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Νικολάου Σουζάννα-Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2021

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Μορφίδη Ελένη για την καθοδήγηση, την υποστήριξή της, τις εποικοδομητικές συμβουλές της, τη συνεργασία, την άριστη επικοινωνία και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης τον κ. Σούλη Σπυρίδωνα-Γεώργιο, ο οποίος με τις διδασκαλίες, τις γνώσεις και τις συμβουλές του συνέβαλε στην κατάρτισή μου ως ειδική παιδαγωγός, καθώς και την κα Νικολάου Σουζάννα-Μαρία για το ενδιαφέρον και τη συμβολή της στην αξιολόγηση της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις μητέρες για το ενδιαφέρον, την καλή διάθεση και την προθυμία τους να αφιερώσουν χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Τέλος, θέλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια και στα αγαπημένα μου πρόσωπα για την στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα έθεσε ως στόχο τη διερεύνηση της συζυγικής ικανοποίησης και της γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η σχέση της συζυγικής ικανοποίησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας με τον βαθμό έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των μητέρων. Επιπλέον, στόχος της μελέτης ήταν η σύγκριση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των μητέρων τυπικών παιδιών αναφορικά με τις παραπάνω μεταβλητές. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 212 μητέρες, εκ των οποίων οι 112 ήταν μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ και οι 100 ήταν μητέρες τυπικών αναπτυσσόμενων παιδιών. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η συζυγική ικανοποίηση των μητέρων δεν επηρεάζεται από τον βαθμό έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού και από τα επίπεδα άγχους. Ωστόσο, για τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένη συζυγική ικανοποίηση. Επίσης, διαπιστώθηκε η επίδραση του βαθμού έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού, του άγχους και της κατάθλιψης των μητέρων στην αυτό-αποτελεσματικότητα. Ειδικότερα, η επίδραση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού, του άγχους και της κατάθλιψης των μητέρων στην αυτό-αποτελεσματικότητα είναι ίδια τόσο για τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ όσο και για τις μητέρες τυπικών παιδιών. Παρόλα αυτά, παρατηρήθηκε μια τάση για χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε χαμηλά επίπεδα άγχους στην πειραματική ομάδα. Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω μελέτη της συζυγικής ικανοποίησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και να αξιοποιηθούν στον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων.

Λέξεις κλειδιά: μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, άγχος, κατάθλιψη, αυτό-αποτελεσματικότητα, συζυγική ικανοποίηση

Abstract

The goal of this research was the investigation of marital satisfaction and parental self-efficacy of mothers with children with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) or not. More specifically, the connection between marital satisfaction and self-efficacy together with the degree of intensity of the child's ADHD symptoms and the levels of stress and depression of mothers was studied. Moreover, the aim of this study was the comparison between mothers of children with ADHD and mothers of typically developing children concerning the variants mentioned above. The sample consisted of 212 mothers in total, 112 of whom being mothers of children with ADHD and 110 being mothers of typically developing children. From the data analysis arose the outcome that marital satisfaction is not affected by the degree of the intensity of the child's ADHD symptoms and the levels of stress. However, as far as the mothers of children with ADHD are concerned, the high levels of stress and depression have the reduced marital satisfaction as a result. In addition, the influence of the degree of the intensity of the child's ADHD and that of the stress and depression of mothers on self-efficacy was ascertained. In particular, the effect of symptoms of ADHD of the child, the stress and depression of mothers on self-efficacy is the same both for mothers of children with ADHD and for mothers of typically developing children. Nonetheless, a tendency for lower self-efficacy at low levels of stress was observed in the experimental group. The findings of the research can constitute a stimulus for further study of the marital satisfaction and self-efficacy of mothers of children with ADHD and experts could make good use of them in order to achieve more effective intervention planning in the future.

Keywords: mothers of children with ADHD, stress, depression, self-efficacy, marital satisfaction

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract	4
Κατάλογος πινάκων.....	7
Εισαγωγή	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	10
Κεφάλαιο 1 ^ο : Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα	11
1.1. Ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα	11
1.2. Η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	15
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	18
1.4. Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου	20
1.5. Συννοσηρότητα	23
Κεφάλαιο 2 ^ο : Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ.....	26
2.1. Φαρμακευτική αγωγή	26
2.2. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις.....	28
Κεφάλαιο 3 ^ο : Οι οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	33
Κεφάλαιο 4 ^ο : Διασαφήνιση των όρων	39
4.1. Ο όρος «γονεϊκό άγχος».....	39
4.2. Ο όρος «γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα».....	41
4.3. Ο όρος «κατάθλιψη».....	42
4.4. Ο όρος «συζυγική ικανοποίηση»	44
Κεφάλαιο 5 ^ο : Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	46
5.1. Έρευνες σχετικά με το άγχος των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	46
5.2. Έρευνες σχετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ....	49
5.3. Έρευνες σχετικά με την κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ	51
5.4. Έρευνες σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ.....	54
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	58
Κεφάλαιο 7 ^ο : Μεθοδολογία της έρευνας	59
7.1. Περιγραφή κεφαλαίου	59
7.2. Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα.....	59
7.3. Εργαλεία της έρευνας	61
7.4. Συλλογή δεδομένων.....	65
7.5. Περιγραφή του δείγματος.....	66
Κεφάλαιο 8 ^ο : Τα αποτελέσματα της έρευνας	71
8.1. Στατιστική ανάλυση.....	71

8.2. Αποτελέσματα της έρευνας	72
8.3. Συζήτηση-Συμπεράσματα	82
8.4. Περιορισμοί της έρευνας και συστάσεις για μελλοντική έρευνα	86
8.5. Προτάσεις παρέμβασης – Εκπαιδευτικές προεκτάσεις	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	100

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Ηλικία μητέρων.....	66
Πίνακας 2: Τόπος διαμονής μητέρων.....	67
Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο μητέρων.....	67
Πίνακας 4: Ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα μητέρων.....	68
Πίνακας 5: Αριθμός παιδιών.....	69
Πίνακας 6: Φύλο παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	69
Πίνακας 7: Ηλικία παιδιού με ΔΕΠ-Υ.....	69
Πίνακας 8: Χρόνια από τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.....	70
Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) των μεταβλητών της παρούσας μελέτης.....	72
Πίνακας 10. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη συζυγική ικανοποίηση.....	73
Πίνακας 11. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση του άγχους στη συζυγική ικανοποίηση.....	74
Πίνακας 12. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της κατάθλιψης στη συζυγική ικανοποίηση.....	76
Πίνακας 13. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της ΔΕΠ-Υ στην αυτό-αποτελεσματικότητα.....	77
Πίνακας 14. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση του άγχους στην αυτό-αποτελεσματικότητα.....	79
Πίνακας 15. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της κατάθλιψης στην αυτό-αποτελεσματικότητα.....	80

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας είναι μία πολύπλοκη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που έχει μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στον παιδικό πληθυσμό και επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γλωσσική, γνωστική και κινητική ανάπτυξη του παιδιού, τις μαθησιακές επιδόσεις, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και την ευρύτερη συμπεριφορά του ατόμου (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Οι συνέπειες της διαταραχής δεν αφορούν μόνο το ίδιο το παιδί, αλλά και την οικογένειά του. Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έρχονται αντιμέτωποι με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Αρκετοί αναφέρουν ότι δυσκολεύονται στην ανατροφή του παιδιού τους, καθώς απαιτείται η υιοθέτηση συγκεκριμένων καθημερινών πρακτικών, όπως η καθιέρωση ρουτίνων και η συνεχής παρακολούθηση (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Litt, 2004). Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και αρνητικά συναισθήματα όπως ενόχληση, θλίψη, ντροπή και παραίτηση (Maniadaki et al., 2005). Καθώς τα παιδιά αυτά είναι λιγότερο υπάκουα και συνεργάσιμα, οι μητέρες τους έρχονται αντιμέτωπες με την καθημερινή πρόκληση της διαχείρισης των προβλημάτων συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ψυχική δυσφορία και να νιώθουν αναποτελεσματικές στον γονεϊκό τους ρόλο.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας αναλύεται η έννοια της ΔΕΠ-Υ και τα κριτήρια για τη διάγνωσή της. Παρουσιάζεται η κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, καθώς και τα επιδημιολογικά στοιχεία της διαταραχής. Επιπλέον, αναφέρεται η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ και η συννοσηρότητά της με άλλες διαταραχές. Στα επόμενα κεφάλαια παρουσιάζεται η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ, τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και γίνεται η αποσαφήνιση των όρων «γονεϊκό άγχος», «γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα», «κατάθλιψη» και «συζυγική ικανοποίηση». Στο τέλος του θεωρητικού μέρους της εργασίας, επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που αφορούν τις έννοιες που εξετάζονται στην παρούσα εργασία.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Ειδικότερα, επισημαίνονται οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, αναλύονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και περιγράφεται η διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Επίσης, γίνεται περιγραφή των χαρακτηριστικών των μητέρων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται και εξηγούνται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης και

αντιπαραβάλλονται με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας, διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες σχετικές με το θέμα της παρούσας εργασίας και αναφέρονται εκπαιδευτικές πρακτικές που συμβάλλουν στη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Στο τέλος της εργασίας βρίσκονται οι βιβλιογραφικές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν και στο Παράρτημα υπάρχει το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κεφάλαιο 1^ο: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

1.1. Ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που προσδιορίζεται από απροσεξία, αποδιοργάνωση ή/και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Η απροσεξία και η αποδιοργάνωση αναφέρονται στη δυσκολία του παιδιού να παραμένει σε μία δραστηριότητα, στην εντύπωση που δίνει ότι δεν ακούει όταν του μιλούν και στην απώλεια πραγμάτων σε επίπεδο που δε συνάδει με την ηλικία ή το αναπτυξιακό του επίπεδο. Η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα αναφέρεται στην υπερδραστηριότητα, στη νευρικότητα, στην ανικανότητα του παιδιού να παραμείνει καθισμένο ή να περιμένει. Τα συμπτώματα αυτά είναι πλεονάζοντα για την ηλικία ή το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Στην παιδική ηλικία, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συχνά αλληλεπικαλύπτονται με συμπτώματα διαταραχών όπως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διαγωγής. Η ΔΕΠ-Υ συχνά επιμένει στην ενήλικη ζωή όπου εμφανίζονται προβλήματα κοινωνικής, ακαδημαϊκής και επαγγελματικής λειτουργικότητας (APA, 2015).

Στο DSM-5 καταργήθηκε η ενότητα «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία», στην οποία συμπεριλαμβανόταν η ΔΕΠ-Υ. Δημιουργήθηκε μία νέα ενότητα με τίτλο «Νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Neurodevelopmental Disorders) στην οποία εντάσσεται και η ΔΕΠ-Υ. Σε αυτή την ενότητα συμπεριλαμβάνονται η Νοητική Αναπηρία (Intellectual Disabilities), οι Διαταραχές Επικοινωνίας (Communication Disorders), οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Autism Spectrum Disorder), η Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (Specific Learning Disorder) και οι Κινητικές Διαταραχές (Motor Disorders) (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Η νευρολογική φύση της ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται από την πρόωμη εμφάνιση των συμπτωμάτων, από την επιμονή τους στο χρόνο και από τη σχέση με άλλες διαταραχές (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές λόγου, κινητική αναπηρία). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση στα άτομα με ΔΕΠ-Υ στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα, γεγονός που ενισχύει την αναζήτηση αιτιών που σχετίζονται με νευροαναπτυξιακούς παράγοντες (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Στην τελευταία έκδοση του DSM, παρόλο που η ΔΕΠ-Υ εντάχθηκε σε νέα ενότητα, διατήρησε το όνομα που είχε στην προηγούμενη έκδοση και δεν έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια. Καταργήθηκαν όμως οι τρεις διαφορετικές παρουσίες, σύμφωνα με τις οποίες ταξινομείται η εκδήλωση της διαταραχής κατά την αξιολόγηση. Επίσης, άλλαξε το κριτήριο της πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων από τα 7 στα 12 έτη και μειώθηκε ο αριθμός των συμπτωμάτων που απαιτούνται για τη διάγνωση της διαταραχής στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και στους ενήλικες από έξι σε πέντε. Επιπλέον, προστέθηκαν τρεις δείκτες σοβαρότητας της διαταραχής και επιτράπηκε η αναγνώριση της συννοσηρότητας με τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-5 (2015) παρατίθενται παρακάτω.

Α. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας είναι μια επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη του ατόμου, όπως χαρακτηρίζεται από το (1) ή/και το (2):

1. Απροσεξία: Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δε συμφωνεί με το αναπτυξιακό επίπεδο και που έχει άμεση αρνητική επίδραση στις κοινωνικές ή/και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες.

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωτικής συμπεριφοράς, περιφρόνησης, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και για τους ενήλικες (17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. παραβλέπει ή του διαφεύγουν λεπτομέρειες, η δουλειά είναι ατελής).

β. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος/-η κατά τη διάρκεια ομιλιών, συζητήσεων ή μακροσκελούς ανάγνωσης).

γ. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος (π.χ. το μυαλό φαίνεται να βρίσκεται αλλού, ακόμα και κατά την απουσία οποιασδήποτε εμφανούς διάσπασης προσοχής).

δ. Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες μέχρι τέλους και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του/της ανατίθενται ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας (π.χ. ξεκινά κάποια εργασία αλλά χάνει γρήγορα τη συγκέντρωσή του/της και αποπροσανατολίζεται εύκολα).

ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες (π.χ. δυσκολεύεται να διαχειριστεί διαδοχικές εργασίες, δυσκολεύεται να διατηρήσει υλικά και προσωπικά αντικείμενα σε τάξη, η εργασία του/της είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη, δυσκολεύεται να διαχειριστεί κατάλληλα τον χρόνο και να τηρήσει τις προθεσμίες).

στ. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος/-η να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (σχολική εργασία ή προετοιμασία μαθημάτων στο σπίτι, ή για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία εκθέσεων, συμπλήρωση εντύπων, επανεξέταση μακροσκελών εγγράφων).

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

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

θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. να κάνει μικροδουλειές και θελήματα, ενώ οι μεγαλύτεροι έφηβοι και ενήλικες μπορεί να ξεχνούν να καλέσουν στο τηλέφωνο αυτούς που τους αναζήτησαν, να πληρώσουν λογαριασμούς, να τηρήσουν τα ραντεβού τους).

2. Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δε συμφωνεί με το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και που έχει άμεση αρνητική επίδραση στις κοινωνικές ή/και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες:

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωτικής συμπεριφοράς, ανυπακοής, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας και για τους ενήλικες (17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.

β. Συχνά αφήνει τη θέση του/της σε περιστάσεις όπου αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος/-η (π.χ. αφήνει τη θέση του/της στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας, ή σε άλλες περιστάσεις που απαιτούν παραμονή στη θέση).

γ. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί ή σκαρφαλώνει σε περιστάσεις που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες. (Σημείωση: Στους εφήβους ή τους ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε αισθήματα ανησυχίας).

δ. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήρεμα.

ε. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (π.χ. δεν μπορεί να μείνει ακίνητος/-η ή νιώθει δυσάρεστα όταν παραμένει ακίνητος/-η για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια και συναντήσεις και οι άλλοι μπορεί να τον/την θεωρούν ανήσυχο/-η και δυσκολεύονται να συγχρωτιστούν μαζί του/της).

στ. Συχνά μιλά υπερβολικά.

ζ. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση (π.χ. συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της σε μια συζήτηση).

η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της (π.χ. ενώ περιμένει στην ουρά).

θ. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες. Μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων ανθρώπων χωρίς να ζητήσει ή να πάρει άδεια. Οι έφηβοι ή οι ενήλικες μπορεί να παρεμβαίνουν κάπου ή να αναλαμβάνουν αυτό που κάνουν άλλοι).

B. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίστηκαν πριν από την ηλικία των 12 ετών.

Γ. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμφανίζονται σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο ή τη δουλειά, με φίλους ή συγγενείς ή σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επηρεάζουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, σχολικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

E. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με κάποια άλλη Ψυχική Διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης

Δυσφορία, Αποσυνδετική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσωπικότητας, Δηλητηρίαση από ουσίες ή Στέρωση ουσιών).

Προσδιορίστε εάν πρόκειται για:

314.01 (F90.2) Συνδυασμένος τύπος: Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια A1 (απροσεξία) και A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 (F90.0) Με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A1 (απροσεξία) αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.01 (F90.1) Με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό/παρορμητικό τύπο: Όταν πληρούται το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) αλλά δεν πληρούται το Κριτήριο A1 (απροσεξία) τους τελευταίους 6 μήνες.

Προσδιορίστε εάν βρίσκεται:

Σε μερική ύφεση: Όταν προηγουμένως πληρούνταν τα κριτήρια, όμως τους τελευταίους 6 μήνες δεν πληρούνται τα κριτήρια και τα συμπτώματα εξακολουθούν να οδηγούν σε έκπτωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε την τρέχουσα βαρύτητα της διαταραχής:

Ήπια: Λίγα συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται για να δοθεί η διάγνωση και τα οποία προκαλούν μικρή έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Μέτρια: Ο αριθμός των συμπτωμάτων ή η έκπτωση της λειτουργικότητας κυμαίνονται ανάμεσα στο «ήπια» και στο «σοβαρή».

Βαριά: Υπάρχουν πολλά συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται για να δοθεί η διάγνωση ή αρκετά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα βαριά ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας (σελ. 31-34).

1.2. Η κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Όπως προαναφέρθηκε, η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από τρία βασικά είδη συμπτωμάτων: τα συμπτώματα που αφορούν την ικανότητα συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής, αυτά που αφορούν την κινητική δραστηριότητα και τέλος, εκείνα που

σχετίζονται με την ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων (Μανιαδάκη, 2001). Οι τρεις αυτοί τομείς όπου τα παιδιά παρουσιάζουν δυσκολίες αναφέρονται στο DSM 5 ως απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Σχετικά με την απροσεξία, τα περισσότερα παιδιά βιώνουν καταστάσεις «ονειροπόλησης» στο σχολείο, όταν η προσοχή τους αφαιρείται προσωρινά. Η απροσεξία γίνεται διαταραχή ελλειμματικής προσοχής όταν το παιδί αδυνατεί να διατηρήσει την προσοχή του και συχνά αφαιρείται λόγω εξωτερικών ερεθισμάτων. Προκειμένου να παρακολουθεί το μάθημα στο σχολείο, πρέπει να αγνοεί τα άσχετα ερεθίσματα που αποσπών την προσοχή. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ αποτυγχάνει να αγνοήσει τους θορύβους μιας τάξης που αποτελούν άσχετα ερεθίσματα (Millichap, 2010). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολία να συγκεντρωθούν στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας, κυρίως σε αυτές που απαιτούν πνευματική προσπάθεια. Εάν η δραστηριότητα δεν παρουσιάζει για αυτά μεγάλο ενδιαφέρον, τότε διασπάται η προσοχή τους εύκολα, είτε από εξωτερικά ερεθίσματα είτε από τις ίδιες τους τις σκέψεις. Αυτό συχνά έχει ως αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνουν το έργο που έχουν ξεκινήσει, να επιλέγουν σύντομες λύσεις ή να εναλλάσσουν δραστηριότητες χωρίς να τις ολοκληρώνουν (Μανιαδάκη, 2001· Ράλλη, 2010). Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσκολία στο να ακολουθήσουν οδηγίες, γεγονός που τα οδηγεί συχνά στην αποτυχία ολοκλήρωσης σχολικών ασκήσεων για τις οποίες πρέπει να ακολουθήσουν συγκεκριμένους κανόνες (Μανιαδάκη, 2001· Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007). Εκτός από το γεγονός ότι βαριούνται εύκολα, η τάση τους να εναλλάσσουν συνεχώς δραστηριότητες αυξάνεται όταν η άσκηση παρουσιάζει δυσκολίες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν γρήγορα την προσπάθεια (Μανιαδάκη, 2001).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τη διάσπαση της προσοχής είναι η έλλειψη οργάνωσης. Τα παιδιά αυτά δίνουν την εντύπωση ότι ξεχνούν εύκολα και συχνά χάνουν πράγματα. Αυτό το χαρακτηριστικό ενδέχεται να επηρεάσει τη σχολική επίδοση, καθώς μπορεί να πηγαίνουν στο σχολείο με τα μισά τετράδια, να ξεχνούν να λύσουν τις ασκήσεις που τους ανατέθηκαν ή να μη θυμούνται τις υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει (Μανιαδάκη, 2001).

Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ. Σχεδόν όλα τα παιδιά παρουσιάζουν υπερβολική κινητικότητα, ιδιαίτερα σε συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα και καταστάσεις. Η εκδήλωση υπερκινητικότητας θεωρείται

μη φυσιολογική όταν συνοδεύεται από μικρό εύρος προσοχής και διάσπαση της προσοχής και όταν είναι άσκοπη, ακατάλληλη και μη κατευθυνόμενη προς έναν συγκεκριμένο στόχο (Millichap, 2011). Η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα σε ένα ζωηρό παιδί και σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ αφορά την ικανότητα ελέγχου της κινητικής δραστηριότητας. Ένα παιδί που είναι απλώς ζωηρό μπορεί να ελέγξει την κινητικότητά του και να την περιορίσει σε περιστάσεις όπου η αυξημένη κινητικότητα δεν είναι ενδεδειγμένη. Αντίθετα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ανησυχία, έντονες κινήσεις, νευρικότητα και υπερβολική ομιλία (Μανιαδάκη, 2001· Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010).

Το χαρακτηριστικό της υπερκινητικότητας είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά είναι «ακούραστο» από τη βρεφική ηλικία. Κατά την νηπιακή ηλικία πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς για τη δική του ασφάλεια, καθώς είναι πιθανό να προκαλέσει ζημιές στο σπίτι. Στην παιδική ηλικία διαρκώς κινείται νευρικά και δεν μπορεί να μείνει ακίνητο στο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού (Millichap, 2010). Στο σχολείο δυσκολεύεται να παραμείνει καθιστό στο θρανίο του για μεγάλο χρονικό διάστημα, ασχολείται με πράγματα άσχετα με το μάθημα, μιλάει χωρίς να του δοθεί άδεια, πειράζει και ενοχλεί τους συμμαθητές του (Μανιαδάκη, 2001· Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010· Millichap, 2010). Αυτή η συμπεριφορά επιφέρει σημαντικές δυσκολίες σε διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του παιδιού όχι μόνο στο σχολείο αλλά και στο σπίτι (Μανιαδάκη, 2001).

Το χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας αφορά την τάση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να μιλούν και να ενεργούν αυθόρμητα χωρίς να σκεφτούν τα λόγια και τις πράξεις τους. Επιπλέον, συνδέεται με τη δυσκολία να περιμένουν, δηλαδή επιθυμούν να ικανοποιούν άμεσα τις ανάγκες τους. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βιάζονται να απαντήσουν σε ερωτήσεις ή ξεκινούν εργασίες χωρίς να έχουν διαβάσει προσεκτικά τις οδηγίες με αποτέλεσμα να κάνουν συχνά λάθη και να παρερμηνεύουν τις ερωτήσεις. Επιπρόσθετα, η παρορμητικότητά τους τα οδηγεί στο να αντιδρούν αστραπιαία σε καταστάσεις χωρίς να τις εκτιμούν σωστά ή να παίρνουν ρίσκα, γεγονός που τα κάνει επιρρεπή σε ατυχήματα (Μανιαδάκη, 2001· Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010).

1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής μιας ασθένειας στον πληθυσμό και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι αναγκαία για την οργάνωση υπηρεσιών υγείας και την εφαρμογή στρατηγικών ανίχνευσης και πρόωμης παρέμβασης, καθώς επιφέρει σημαντικά οφέλη για την υγεία. Επίσης, η επιδημιολογία παρέχει μια εικόνα για την αιτιολογία της διαταραχής, την ιστορία της στον χρόνο και τους παράγοντες κινδύνου. Η σύνδεση της επιδημιολογίας με την γενετική, την αναπτυξιακή ψυχολογία και την ψυχιατρική έχει δημιουργήσει νέες γνώσεις για τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών (Polanczyk & Jensen, 2008). Η συγκέντρωση επιδημιολογικών δεδομένων για την εμφάνιση ορισμένων διαταραχών συναντά δυσκολίες. Όσον αφορά τη ΔΕΠ-Υ, οι δυσκολίες οφείλονται στα διαγνωστικά κριτήρια, καθώς έχουν αλλάξει στο πέρασμα του χρόνου. Τα επιδημιολογικά στοιχεία για τη ΔΕΠ-Υ διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τρόπο που κάθε ερευνητής ορίζει και μετρά τα χαρακτηριστικά της διαταραχής, καθώς και από τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που αποτελεί το δείγμα της έρευνας (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Millichap, 2010).

Παγκοσμίως, περίπου το 5% των παιδιών και των εφήβων έχει ΔΕΠ-Υ, ποσοστό που υποδεικνύει ότι ένας μαθητής σε κάθε τάξη έχει ΔΕΠ-Υ. Τα αγόρια προσβάλλονται τρεις έως έξι φορές περισσότερο από τα κορίτσια. Ορισμένοι ερευνητές έχουν υπολογίσει ότι το ποσοστό εμφάνισης πλησιάζει το 10%, ακόμα και το 20%, σε σχολεία με παιδιά 5 έως 12 ετών. Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι το ποσοστό εμφάνισης κυμαίνεται από 4% έως 10%. Μία μελέτη υποστήριξε ότι υπάρχουν συνολικά 3 εκατομμύρια παιδιά με ΔΕΠ-Υ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Millichap, 2010).

Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες για τη μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων της ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες που έχουν γίνει αναφέρουν ποσοστό 6,5% στην Κρήτη και 18% σε ένα κλινικό δείγμα στην Αθήνα. Στη διαχρονική έρευνα των Palili και συν. (2011), συμμετείχαν 2.695 παιδιά και διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των συμπτωμάτων για την υπερκινητικότητα έφτανε στο 7%, για την απροσεξία το 9,5% και για την παρορμητικότητα το 7% στην ηλικία των 7 ετών, δηλαδή όταν τα παιδιά φοιτούσαν στην Α' δημοτικού. Στην ηλικία των 18 ετών, στο ίδιο δείγμα τα ποσοστά της υπερκινητικότητας έπεσαν στο 3%, της απροσεξίας στο 7,3% και της παρορμητικότητας στο 0,3%.

Έχουν διαπιστωθεί διακυμάνσεις στα ποσοστά εμφάνισης που σχετίζονται με το φύλο. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα κορίτσια. Οι έρευνες δείχνουν ότι αυτή η τάση έχει ως αποτέλεσμα να μη διαγιγνώσκονται πολλά κορίτσια με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δεν επηρεάζονται τόσο από τη διαταραχή όσο τα αγόρια. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται αρκετά σε όλους τους τομείς (ακαδημαϊκός, ψυχοκοινωνικός, γνωστικός) σε σχέση με τα κορίτσια χωρίς ΔΕΠ-Υ και τα προβλήματά τους είναι παρόμοια με εκείνα των αγοριών με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι μόνο τα κορίτσια με σημαντικές δυσκολίες παραπέμπονται για διάγνωση. Μία διαφορά που έχει παρατηρηθεί από έρευνες είναι ότι ένα αγόρι που έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ είναι περισσότερο πιθανό να έχει συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς όπως Διαταραχή της Διαγωγής ή Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή. Αντίθετα, τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν εσωτερικευμένα συμπτώματα όπως άγχος ή κατάθλιψη (Davies, 2018· Rucklidge, 2010).

1.4. Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου

Η έρευνα για την αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ έχει προχωρήσει αρκετά τα τελευταία χρόνια και πλέον είναι γνωστό ότι πρόκειται για μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Στην εμφάνισή της εμπλέκονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, η αλληλεπίδραση των οποίων επηρεάζει τη δομή και λειτουργία διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Ράλλη, 2010). Παρόλο που έχουν μελετηθεί αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, τα ακριβή αίτια και οι μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την διαταραχή δεν είναι ακόμη απόλυτα κατανοητοί (Cortese, 2012· Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Γενετικοί παράγοντες

Σύμφωνα με έρευνες, η ΔΕΠ-Υ έχει υψηλό ποσοστό κληρονομικότητας και ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το 75% των περιπτώσεων περίπου (Frank-Briggs, 2011). Διάφορες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι γονείς και άλλοι συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας πιο συχνά σε σύγκριση με γονείς που έχουν τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Οι πιο συχνές διαταραχές που έχουν βρεθεί σε συγγενείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η Διαταραχή Διαγωγής, οι Διαταραχές Κατάθλιψης και οι Διαταραχές χρήσης ουσιών (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Μελέτες οικογενειών, διδύμων και υιοθετημένων παιδιών που έχουν γίνει, υποστηρίζουν την θεωρία ότι η ΔΕΠ-Υ πρόκειται για κληρονομήσιμη διαταραχή, με την πλειονότητα των ασθενών να έχουν συγγενή πρώτου ή δεύτερου βαθμού με ιστορικό ΔΕΠ-Υ (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Παπαδάτος, 2010· Ράλλη, 2010).

Με τη βοήθεια της μοριακής γενετικής βρέθηκαν τα γονίδια που αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Η νευροχημική έρευνα συγκεκριμένα, έχει αποδείξει τη σημασία των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη-νορεπινεφρίνη) για την προσοχή, τη συμπεριφορά και την κινητική δραστηριότητα. Διαπιστώθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με το γονίδιο-μεταφορέα ντοπαμίνης (DAT), με τα γονίδια-υποδοχείς ντοπαμίνης D4 και D5 (DRD4, DRD5), με τον μεταφορέα σεροτονίνης (5HTT), με τον υποδεχέα σεροτονίνης (HTR1B) και με το γονίδιο SNAP-25 (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Παπαδάτος, 2010· Cortese, 2012). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε συσχέτιση του γονιδίου DRD4 με τα συμπτώματα της απροσεξίας, ενώ του γονιδίου DAT με συμπτώματα της υπερκινητικότητας-

παρορμητικότητας (Παπαδάτος, 2010). Παρόλα αυτά, τα προαναφερθέντα γονίδια δεν είναι δυνατό να εξηγήσουν την ποικιλομορφία της ΔΕΠ-Υ (Cortese, 2012).

Παράγοντες που σχετίζονται με τη λειτουργία του εγκεφάλου

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ, η μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης (MRI) έχει αποδείξει ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Από έρευνες βρέθηκε ότι ο όγκος του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερος κατά 3% έως 8%, ιδιαίτερα στο δεξί ημισφαίριο, συγκριτικά με άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το μέγεθος ορισμένων περιοχών των κροταφικών λοβών τόσο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι μικρότερο (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Παράλληλα, σημαντικό ρόλο παίζουν και άλλες περιοχές του εγκεφάλου στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, όπως τα βασικά γάγγλια, το μεσολόβιο και ορισμένες περιοχές της παρεγκεφαλίδας και των βρεγματικών λοβών. Τα βασικά γάγγλια είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά πληροφοριών προς τον κύριο κινητικό φλοιό και άλλες περιβάλλουσες περιοχές και έχει βρεθεί ότι η συγκεκριμένη περιοχή είναι μικρότερη σε μέγεθος σε αγόρια με ΔΕΠ-Υ. Η παρεγκεφαλίδα επιτελεί λειτουργίες που σχετίζονται με τον μυϊκό συντονισμό και τη διατήρηση της ισορροπίας. Ολόκληρη η παρεγκεφαλίδα αγοριών και κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ είναι μικρότερη σε σχέση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007· Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Millichap, 2010).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Έχει διαπιστωθεί ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες εξηγούν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ σε μεγάλο ποσοστό. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί ποιοι από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες έχουν πρωτογενή αιτιολογικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη γέννηση περιλαμβάνουν το κάπνισμα της μητέρας κατά την περίοδο της κύησης, τον διαβήτη, την πρόωρη γέννηση, το χαμηλό βάρος του βρέφους, την υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, τη μικρή περίμετρο κεφαλής του βρέφους, την έκθεση σε αλκοόλ και κοκαΐνη και την έλλειψη ιωδίου. Οι παιδικές ασθένειες που έχουν συνδεθεί με τη ΔΕΠ-Υ είναι οι ιογενείς λοιμώξεις, η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα, η ωτίτιδα, η αναιμία, η καρδιακή νόσος, η νόσος του θυρεοειδή, η επιληψία και οι αυτοάνοσες και μεταβολικές διαταραχές. Οι τραυματισμοί στο κεφάλι και συγκεκριμένα στους μετωπιαίους λοβούς,

οι τοξίνες, τα φάρμακα και οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ΔΕΠ-Υ. Η συσχέτιση της διατροφής με τη ΔΕΠ-Υ είναι αμφιλεγόμενη και ιδιαίτερα τα ευρήματα ερευνών που αφορούν τα συντηρητικά των τροφίμων, τα σάκχαρα, την ευαισθησία στη γλουτένη και την έλλειψη λιπαρών οξέων και σιδήρου (Millichap, 2010).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί και με παράγοντες που αφορούν τα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Το χαμηλό κοινωνικο-πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η αδιαφορία ή η αποστασιοποίηση των γονέων, η προσκόλληση του παιδιού κατά την κρίσιμη περίοδο της ανάπτυξης και η ανατροφή του παιδιού σε ίδρυμα έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση υπερκινητικότητας. Επιπλέον, η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής σε έναν γονέα, οι κακές σχέσεις του παιδιού με τους γονείς, οι ανεπαρκείς τρόποι διαπαιδαγώγησης και οι διαταραγμένες συζυγικές σχέσεις αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη διάγνωση και την αποτελεσματική πρόληψη της ΔΕΠ-Υ (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010· Παπαδάτος, 2010· Ράλλη, 2010) .

Ο Barkley (1997, όπ. αναφ. στο Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010) διατύπωσε μία θεωρία για τα αίτια της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με αυτή, η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται καθώς το άτομο έχει μειωμένη ικανότητα να αναστέλλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις. Η αρχική αυτή δυσκολία, η οποία σχετίζεται με τα βιολογικά αίτια της διαταραχής, δημιουργεί δευτερογενή ελλείμματα σε 4 νευροψυχολογικές ικανότητες: στη μνήμη εργασίας, στην εσωτερική του λόγου, στην ικανότητα εσωτερικής αναπαράστασης των πληροφοριών και στην αίσθηση του χρόνου. Αυτές οι δυσλειτουργίες προκαλούν μειωμένη αποτελεσματικότητα στον κινητικό έλεγχο ή προβλήματα στην καθοδήγηση της συμπεριφοράς (Αγαπητού-Χαλμπέ, 2010· Ράλλη, 2010).

Συμπερασματικά, η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η εμφάνισή της δεν έχει μόνο νευροφυσιολογική βάση, αλλά είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των επιδράσεων που δέχεται από την οικογένεια, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον ευρύτερα.

1.5. Συννοσηρότητα

Η έννοια της συννοσηρότητας αναφέρεται στην ψυχοπαθολογία ως η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών, αν και ορισμένες φορές αναφέρεται περισσότερο στην επικάλυψη των συμπτωμάτων παρά στη συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών (Παπαδάτος, 2010). Η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 50%-80% ανάλογα με το δείγμα στο οποίο αναφέρονται τα ερευνητικά δεδομένα. Σε κλινικό δείγμα, το 67%-80% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και πάνω από το 80% των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει τουλάχιστον άλλη μία διαταραχή ενώ περίπου οι μισοί παρουσιάζουν δύο ακόμη διαταραχές. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι σε περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με κάποια άλλη διαταραχή, η σοβαρότητα της κατάστασης είναι μεγαλύτερη και η πρόγνωση για την έκβασή της πιο δυσμενής (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Παπαδάτος, 2010· Ράλλη, 2010).

Οι ερευνητές πρότειναν τρία διαφορετικά επίπεδα αναπτυξιακής συννοσηρότητας που μπορεί να σχετίζονται με τον συγκεκριμένο χρόνο εμφάνισης της διαταραχής που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους Taurines και συν. (2010, όπ. αναφ. στο Pavlidis & Giannouli, 2014), το πρώτο αναπτυξιακό επίπεδο - η προ-συννοσηρότητα - καλύπτει τη χρονική περίοδο από τη γέννηση έως την παιδική ηλικία, όταν η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει με διαταραχές όπως ο αυτισμός και οι διαταραχές του ύπνου. Το δεύτερο επίπεδο ανάπτυξης - η ταυτόχρονη συννοσηρότητα - καλύπτει το χρονικό διάστημα από την παιδική ηλικία έως την εφηβεία, όταν η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (π.χ. δυσλεξία, διαταραχή του συντονισμού ή συγκεκριμένες δυσκολίες στην ανάγνωση, την ορθογραφία ή τα μαθηματικά). Το τρίτο αναπτυξιακό επίπεδο - μετά-συννοσηρότητα - καλύπτει τη χρονική περίοδο από την εφηβεία έως την ενηλικίωση, όταν η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει με διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη ή οι διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς (Pavlidis & Giannouli, 2014).

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται συχνά με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, τη Διαταραχή της Διαγωγής, τις Διαταραχές άγχους, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, τις Διαταραχές Μυοσπασμάτων και τη ΔΑΦ. Επιπλέον, είναι πιθανό να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς. Τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και την ποιότητα ζωής του ίδιου και της οικογένειάς του (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Ειδικότερα, όσον αφορά τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή της Διαγωγής, εμφανίζεται υψηλή συνάφεια. Έχει βρεθεί ότι μέχρι την ηλικία των 7 ετών το 35%-60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια της διάγνωσης της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής, ενώ το 30%-50% πληροί τα κριτήρια για τη Διαταραχή της Διαγωγής. Στην εφηβεία, το ποσοστό συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ και της Διαταραχής της Διαγωγής βρίσκεται μεταξύ 40%-60% (Ράλλη, 2010). Η συννοσηρότητα με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή της Διαγωγής είναι μεγαλύτερη στα παιδιά που παρουσιάζουν τον συνδυασμένο τύπο της ΔΕΠ-Υ. Η ψυχοπαθολογία των γονέων και το άγχος από την οικογένεια μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραγμένη ανατροφή που αλληλεπιδρά με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού και συμβάλλει στην εμφάνιση Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής. Η διαταραγμένη ανατροφή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να νιώθει ανασφάλεια και συνεπώς να νιώθει την ανάγκη να εκδηλώνει επιθετικότητα. Επιπλέον, τα παιδιά αυτά απορρίπτονται συχνότερα από τους συνομηλίκους τους, εκδηλώνουν εντονότερα τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, έχουν την τάση να λένε ψέματα και να μπλέκονται σε καβγάδες. Η επιμονή των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής στην εφηβεία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς, εθισμού σε ουσίες, άγχους και κατάθλιψης (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016· Sadek, 2014).

Αναφορικά με τη συννοσηρότητα με τη Διαταραχή της Διαγωγής, οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να κατανοήσουν τα αίτια της συνύπαρξης των δύο διαταραχών. Είναι πιθανό η μία διαταραχή να προκαλεί την άλλη, δηλαδή η ύπαρξη της μίας διαταραχής να είναι παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση της άλλης. Επίσης, ενδέχεται οι δύο διαταραχές να έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου. Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διαταραχή της Διαγωγής είναι μια σοβαρή, επίμονη κατάσταση που εμφανίζεται σε μικρή ηλικία και συχνά ενδέχεται να ακολουθήσει η εκδήλωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ή να εκδηλωθεί παράλληλα. Η συνύπαρξη με τη Διαταραχή της Διαγωγής σε εφήβους με ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει αντικοινωνικές συμπεριφορές, να οδηγήσει στο κάπνισμα, στη διακοπή της σχολικής φοίτησης, στη χρήση ουσιών και να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη. Η ψυχοπαθολογία των γονέων, η έλλειψη τρυφερότητας και το διαζύγιο των γονέων συχνά συμβάλλουν στα προβλήματα διαγωγής των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2010· Sadek, 2014).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Διαταραχές Άγχους υπολογίζεται μεταξύ του 25-40%. Μέσα από διαχρονικές έρευνες φαίνεται ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχών άγχους μειώνονται στην εφηβεία (Ράλλη, 2010). Σύμφωνα με ψυχιάτρους, υπάρχει σχέση αιτίου και αποτελέσματος μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και του άγχους. Οι νευρολόγοι ωστόσο υποστηρίζουν ότι το άγχος ή οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν δευτερογενή συμπτώματα, τα οποία ορισμένες φορές προκαλούνται από τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, η αναγνώριση της συννοσηρότητας με τις Διαταραχές Άγχους είναι σημαντική για τη διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα που χορηγούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ασκούν αρνητική επίδραση και φαίνεται να προκαλούν περισσότερες παρενέργειες στα παιδιά στα οποία το σύνδρομο συνυπάρχει με Διαταραχές Άγχους (Millichap, 2010· Παπαδάτος, 2010). Οι διαταραχές αυτές διακρίνονται συνήθως από μια γενικευμένη ανησυχία η οποία απορρέει από την έντονη επιθυμία των παιδιών να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε καθημερινές κοινωνικές απαιτήσεις. Για το λόγο αυτό, συχνά εμφανίζονται απρόθυμα να εμπλακούν σε νέες δραστηριότητες και αποφεύγουν την ανάληψη ρίσκου. Συχνά τα παιδιά αυτά δυσκολεύονται να εξωτερικεύσουν τις αδυναμίες αυτές και τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

Κεφάλαιο 2^ο: Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ

2.1. Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα που χορηγούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στα διεγερτικά και στα μη διεγερτικά. Τα διεγερτικά φάρμακα, όπως η μεθυλφενιδάτη και οι αμφεταμίνες, είναι αρκετά αποτελεσματικά και χρησιμοποιούνται εδώ και δεκαετίες για τη ΔΕΠ-Υ. Οι αμφεταμίνες χορηγούνται για περισσότερα από 70 χρόνια, η μεθυλφενιδάτη για περισσότερα από 50 χρόνια και οι δύο αυτοί τύποι φαρμάκων έχουν μελετηθεί διεξοδικά. Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών, τα διεγερτικά φάρμακα είναι ασφαλή όταν χρησιμοποιούνται υπό ιατρική παρακολούθηση (AACAP & APA, 2013). Το πρώτο διεγερτικό φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ ήταν το Ritalin, το οποίο είχε ως δραστική ουσία τη μεθυλφενιδάτη (Millichap, 2010). Άλλες διεγερτικές ουσίες που έχουν χορηγηθεί σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η δεξτροαμφεταμίνη (Dexendrine), η θειική δεξτροαμφεταμίνη (Adderall), η υδροχλωρική μεθαμφεταμίνη (Desoxyn) και η πεμολίνη (Cylert), η οποία έχει σταματήσει να χορηγείται λόγω της τοξικότητας που προκαλούσε στο ήπαρ (Heward, 2011· Millichap, 2010).

Τα διεγερτικά φάρμακα διατίθενται σε μορφή βραχείας και μακράς διάρκειας δράσης. Τα διεγερτικά βραχείας διάρκειας δράσης συνήθως λαμβάνονται δύο ή τρεις φορές την ημέρα και η δράση κάθε δόσης διαρκεί 4-5 ώρες. Τα διεγερτικά μακράς διάρκειας δράσης συνήθως λαμβάνονται μία φορά τη μέρα και η δράση τους διαρκεί για 7 έως 12 ώρες (AACAP & APA, 2013). Στις μέρες μας το διεγερτικό φάρμακο που χορηγείται συχνότερα είναι το Concerta (μεθυλφενιδάτη), το οποίο έχει χρόνο δράσης 10-12 ώρες και χορηγείται μία φορά την ημέρα (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Είναι πιθανό να συνταγογραφηθεί ένας συνδυασμός διεγερτικών φαρμάκων βραχείας και μακράς διάρκειας δράσης. Επίσης, για τα παιδιά που δυσκολεύονται στην κατάποση χαπιών, δίνεται σιρόπι, έμπλαστρο ή μασώμενα δισκία. Οι περισσότεροι γιατροί αρχικά χορηγούν μία μικρή δόση του φαρμάκου και την αυξάνουν κάθε 1 με 3 εβδομάδες έως ότου τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τίθενται υπό έλεγχο. Μπορεί να χρειαστούν αρκετοί μήνες μέχρι να βρεθεί η κατάλληλη δόση για το παιδί (AACAP & APA, 2013). Το χρονικό διάστημα για το οποίο το παιδί θα πρέπει να παίρνει κατά διαστήματα τη φαρμακευτική αγωγή είναι 3 χρόνια. Ορισμένα παιδιά διακόπτουν την αγωγή μετά από 1 χρόνο ενώ άλλα ενδέχεται να χρειαστεί να τη συνεχίσουν για 5 χρόνια ή περισσότερο.

Η διάρκεια της θεραπείας καθορίζεται με δοκιμή και σφάλμα. Η διακοπή των φαρμάκων κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών επιτρέπει την επανεξέταση της ανάγκης για φάρμακα πριν την επιστροφή στο σχολείο (Millichap, 2010).

Τα οφέλη από τη λήψη διεγερτικών φαρμάκων είναι μεταξύ άλλων η μεγαλύτερη εστίαση της προσοχής, η μείωση της διάσπασης προσοχής, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. Επίσης, έχει παρατηρηθεί η βελτίωση της οπτικής αντίληψης, του συντονισμού ματιού-χεριού, της ζωγραφικής και του γραφικού χαρακτήρα. Ως εκ τούτου το παιδί είναι περισσότερο οργανωμένο στις σχολικές εργασίες και επιτυγχάνει καλύτερες επιδόσεις. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα διεγερτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλους τους τύπους της ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2010).

Σε παιδιά που δεν ανταποκρίνονται στα διεγερτικά φάρμακα ή όταν υπάρχει συννοσηρότητα με άλλες ασθένειες, χορηγούνται μη διεγερτικά φάρμακα. Το πιο διαδεδομένο μη διεγερτικό φάρμακο είναι το Strattera, το οποίο έχει ως βάση την ατομοξετίνη. Το Strattera είναι αποτελεσματικό σε όλους τους τύπους ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2010). Το φάρμακο αυτό λαμβάνεται μία φορά την ημέρα συνήθως το πρωί ή δίνεται σε δύο δόσεις, μία το πρωί και μία αργά το απόγευμα ή το βράδυ. Οι περισσότεροι γιατροί συνταγογραφούν αρχικά μία μικρή δόση και στη συνέχεια σταδιακά την αυξάνουν. Ενδέχεται να περάσουν αρκετές εβδομάδες έως ότου βρεθεί η σωστή δόση και τα αποτελέσματα θα φανούν μετά από μερικές εβδομάδες (AACAP & APA, 2013). Έχει αποδειχθεί ότι το φάρμακο αυτό βοηθάει στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, καθώς και στα τικ, στο άγχος και την κατάθλιψη που μπορεί να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά που λαμβάνουν το Strattera έχουν εμφανίσει βελτίωση στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής τους (Sadek, 2014).

Εάν δεν ανταποκριθεί το παιδί στο Strattera, είναι πιθανό να χορηγηθούν άλλα μη διεγερτικά φάρμακα όπως αντικαταθλιπτικά, με ουσίες όπως η βουπροπιόνη, ή αντιυπερτασικά φάρμακα, όπως η κλονιδίνη και η γουανφασίνη (AACAP & APA, 2013· Millichap, 2010).

Σύμφωνα με τον οδηγό του NICE (2018), προτείνεται η χορήγηση μεθυλφενιδάτης ως πρώτη επιλογή για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά ηλικίας 5 ετών και άνω και σε νέους. Εάν δεν ανταποκριθεί σε επαρκή δόση μεθυλφενιδάτης μετά από 6 εβδομάδες, δηλαδή εάν δε μειωθούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τότε προτείνεται η χορήγηση λισδεξαμεταμίνης. Ως τρίτη επιλογή και εφόσον επιμένουν τα συμπτώματα, συνιστάται η δεξαμεταμίνη και ως εναλλακτική λύση προτείνεται η χορήγηση ατομοξετίνης ή γουανφασίνης.

2.2. Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις

Συμπεριφορικές τεχνικές

Η αποτελεσματικότητα των ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ είναι αποδεδειγμένη. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις χρησιμοποιούν τα βασικά στοιχεία της ενίσχυσης και τιμωρίας για τον περιορισμό των προβληματικών συμπεριφορών και την αύξηση των επιθυμητών συμπεριφορών. Στρατηγικές όπως ο έπαινος του παιδιού όταν παρουσιάζει την επιθυμητή συμπεριφορά, η αγνόηση της ακατάλληλης συμπεριφοράς, η καθιέρωση σαφών κανόνων και προσδοκιών, η τεχνική της απομάκρυνσης από το ερέθισμα κ.ά. είναι αποτελεσματικές στην καθιέρωση συμπεριφορών που προωθούν τη μάθηση στο σχολείο. Ο συνδυασμός των συμπεριφορικών τεχνικών και της φαρμακοθεραπείας έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ αποτελεσματικός για παιδιά με ΔΕΠ-Υ και περιορίζει τα συμπτώματα της διαταραχής (Καραδήμας, 2001· Purdie, 2002). Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν παρεμβάσεις στη σχολική τάξη και εκπαίδευση των γονέων. Έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι τεχνικές ενισχύουν τη λειτουργικότητα των παιδιών και βελτιώνουν τις σχέσεις γονέων-παιδιών (Loe & Feldman, 2007).

Επιπλέον, προτείνονται γνωσιακά – συμπεριφορικά προγράμματα παρέμβασης με στόχο την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι η καλλιέργεια αυτοελέγχου από το παιδί. Τα παιδιά μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την αυτοπαρατήρηση, την αυτοκαθοδήγηση, την αυτοενίσχυση, την αυτοαξιολόγηση και γενικότερα στρατηγικές που συμβάλλουν στην απόκτηση αυτοελέγχου, ώστε να ρυθμίζουν τις παρορμητικές συμπεριφορές τους. Οι τεχνικές αυτές είναι περισσότερο αποτελεσματικές όταν συνδυάζονται με συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όταν υλοποιούνται στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού (π.χ. σχολείο) και όταν εστιάζουν σε συγκεκριμένη εκπαίδευση που ταιριάζει με την επιθυμητή συμπεριφορά που πρέπει να κατακτηθεί (Purdie, 2002).

Σύμφωνα με τους DuPaul και συν. (2011), όταν σχεδιάζονται παρεμβάσεις που βασίζονται στον συμπεριφορισμό, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι εξής κατευθυντήριες γραμμές:

- Ο σχεδιασμός και η επιλογή της στρατηγικής παρέμβασης θα πρέπει να καθοδηγείται από μια διεξοδική αξιολόγηση του προβλήματος που παρουσιάζει το παιδί, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει μια εκτίμηση της λειτουργικότητάς του.
- Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται συχνή ανατροφοδότηση προκειμένου να βελτιώσουν την απόδοσή τους. Ως εκ τούτου, οι αρχικές φάσεις των παρεμβάσεων πρέπει να περιλαμβάνουν ερεθίσματα που θα δίνονται έως ότου αλλάξει η συμπεριφορά-στόχος. Είναι αναγκαίο να μειώνεται σταδιακά η ενίσχυση, ωστόσο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δυσκολεύονται στη διατήρηση της επιθυμητής συμπεριφοράς.
- Όποτε είναι δυνατόν, οι δραστηριότητες που αρέσουν στο παιδί (π.χ. πρόσβαση σε ένα υπολογιστή στην τάξη) πρέπει να χρησιμοποιούνται ως ενισχυτές, αντί για απτά αντικείμενα (π.χ. αυτοκόλλητα, καραμέλες). Επιπλέον, οι ενισχυτές πρέπει να αλλάζουν ώστε να διατηρούν το ενδιαφέρον των παιδιών για αυτούς και, κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον για την παρέμβαση.
- Μια διαδικασία «προετοιμασίας» μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να ενισχυθεί η αξία των πιθανών ενισχυτών. Κατά την «προετοιμασία» ο εκπαιδευτικός και ο μαθητής επανεξετάζουν τη λίστα των πιθανών ενισχυτών πριν ο μαθητής ξεκινήσει μια εργασία και ο μαθητής επιλέγει τον ενισχυτή που θα ήθελε να λάβει σε περίπτωση που ολοκληρώσει μία εργασία.
- Η συνοχή και η ακρίβεια της παρέμβασης πρέπει συνεχώς να παρακολουθούνται. Η διαδικασία αξιολόγησης μπορεί να προσφέρει τη βάση για την τροποποίηση δομικών στοιχείων της παρέμβασης, την αιτιολόγηση πρόσθετων πόρων και την παροχή πρόσθετης εκπαίδευσης σχετικά με τις διαδικασίες της παρέμβασης (DuPaul et al., 2011).

Επιπλέον, είναι σημαντικό να διαμορφώνεται κατάλληλα το περιβάλλον της τάξης, καθώς επηρεάζει την εμπλοκή του μαθητή με ΔΕΠ-Υ στη διδασκαλία και τις κοινωνικές του σχέσεις. Συγκεκριμένα, η δομή της τάξης επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο το περιβάλλον προάγει τη σειρά, την τάξη, την προβλεψιμότητα και τη βέλτιστη εμπλοκή σε μια ποικιλία μαθησιακών εργασιών. Η τοποθέτηση των θρανίων μέσα στην αίθουσα επηρεάζει τη συμπεριφορά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, έρευνα έχει δείξει ότι όταν τα θρανία τοποθετούνται σε σειρά οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ περνούν περισσότερο χρόνο εμπλεκόμενοι με τις σχολικές δραστηριότητες και παρουσιάζουν

λιγότερες διασπαστικές συμπεριφορές, σε σύγκριση με τάξεις όπου τα θρανία σχηματίζουν ομάδες. Επιπλέον, η τοποθέτηση των θρανίων πρέπει να επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να παρακολουθεί τη συμπεριφορά όλων των μαθητών ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστεί μικρές δυσκολίες των μαθητών με ΔΕΠ-Υ προτού εξελιχθούν σε περισσότερο σοβαρές συμπεριφορές (DuPaul et al., 2011). Τέλος, οι αίθουσες θα πρέπει να διαμορφώνονται έτσι ώστε να περιορίζονται οι περισπασμοί. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την απομάκρυνση αντικειμένων και υλικών που αποσπούν εύκολα την προσοχή, όπως μαρκαδόροι ή έργα ζωγραφικής, και με την τοποθέτηση του μαθητή με ΔΕΠ-Υ σε θέση που βρίσκεται μακριά από τους άλλους μαθητές και κοντά στον εκπαιδευτικό. Πριν γίνουν αυτές οι αλλαγές, καλό είναι ο εκπαιδευτικός να εξηγήσει με κατανοητό τρόπο στο παιδί με ΔΕΠ-Υ και στους υπόλοιπους μαθητές τη σημασία αυτής της διεύθεσης (DuPaul et al., 2011· Καραδήμας, 2001).

Ο τρόπος με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί διαχειρίζονται τα μαθήματά τους και συγκεκριμένα τον προγραμματισμό, την προετοιμασία για τις αλλαγές και την υποστήριξη της θετικής συμπεριφοράς, επηρεάζει αρκετά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επωφελούνται από ένα καλά δομημένο και οργανωμένο περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις που αφορούν τη δομή της τάξης περιλαμβάνουν τα παρακάτω μέτρα:

- Καθιέρωση σαφών προσδοκιών στην τάξη. Όλα τα παιδιά χρειάζονται κανόνες για να καθοριστεί τι αποτελεί αποδεκτή συμπεριφορά σε ένα περιβάλλον. Οι κανόνες πρέπει να είναι σαφείς και να διατυπώνονται με θετικό τρόπο προκειμένου να αναγνωρίζουν τα παιδιά ποια συμπεριφορά ενθαρρύνεται, παρά εκείνη που αποθαρρύνεται.
- Τοποθέτηση των προσδοκιών σε σημείο όπου τα παιδιά μπορούν να τις δουν. Οι κανόνες και οι προσδοκίες στην τάξη πρέπει να τοποθετούνται σε σημείο όπου όλα τα παιδιά μπορούν να τα δουν εύκολα. Αυτό εξυπηρετεί το διπλό σκοπό: παρέχεται μια συνεχής υπενθύμιση στους μαθητές και δε χρειάζεται να τα επαναλαμβάνει ο εκπαιδευτικός πολλές φορές. Ο αριθμός των κανόνων στην τάξη δεν πρέπει να ξεπερνά τους πέντε, προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση του μαθητή με πάρα πολλές πληροφορίες.
- Διδασκαλία παραδειγμάτων και αντιπαραδειγμάτων των προσδοκιών. Σύμφωνα με τις αρχές της θετικής ενίσχυσης της συμπεριφοράς, οι μαθητές πρέπει να διδαχθούν παραδείγματα και αντιπαραδείγματα των προσδοκιών. Ο

εκπαιδευτικός και ο μαθητής μπορούν να μοντελοποιήσουν την προσδοκώμενη συμπεριφορά.

- Καθιέρωση ρουτίνων στην τάξη. Οι ρουτίνες βοηθούν τα παιδιά να προβλέψουν τι πρέπει να κάνουν καθ' όλη τη διάρκεια της σχολικής ημέρας. Οι ρουτίνες αυξάνουν την προβλεψιμότητα, η οποία μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης προβληματικών συμπεριφορών από τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.
- Παροχή επαίνων. Η παροχή επαίνων στους μαθητές που υποδεικνύουν την επιθυμητή συμπεριφορά έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον ρυθμό με τον οποίο τα παιδιά κατακτούν την κατάλληλη ακαδημαϊκή και κοινωνική συμπεριφορά (DuPaul et al., 2011).

Εκτός από την παροχή ενός δομημένου και οργανωμένου περιβάλλοντος, είναι σημαντικό να υιοθετούνται αποτελεσματικές διδακτικές πρακτικές από τους εκπαιδευτικούς. Οι μαθητές επωφελούνται όταν τους παρέχονται άμεσες οδηγίες, γρήγορος ρυθμός, αυξημένες ευκαιρίες να ανταποκριθούν και ευκαιρίες για τη σύνδεση της νέας μάθησης με προηγούμενες γνώσεις. Με την παροχή ενός κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος και μιας κατάλληλης διδασκαλίας, οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ μπορούν να κατακτήσουν τις κατάλληλες ακαδημαϊκές και κοινωνικές συμπεριφορές (DuPaul et al., 2011· Martinussen et al., 2011).

Εκπαίδευση γονέων

Βασικό συστατικό των συμπεριφορικών προγραμμάτων είναι η εκπαίδευση των γονέων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η οποία εστιάζει στην αλλαγή αρνητικών συμπεριφορών μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Αυτά τα μοτίβα αλληλεπίδρασης είναι «κύκλοι» συμπεριφορών σύμφωνα με τους οποίους οι γονείς και τα παιδιά ελέγχουν τη συμπεριφορά του άλλου μέσω της αρνητικής ενίσχυσης. Ένα παράδειγμα αυτής της διαδικασίας συμβαίνει όταν τα παιδιά εκδηλώνουν προβληματικές συμπεριφορές (π.χ. μη συμμόρφωση στο αίτημα του γονέα) και οι γονείς ανταποκρίνονται αρνητικά, δημιουργώντας έναν κύκλο, του οποίου η σοβαρότητα και η συναισθηματική φόρτιση κλιμακώνεται. Είτε το παιδί ή είτε ο γονέας συμμορφώνεται με το αίτημα του άλλου, κλείνοντας τον κύκλο και ενισχύοντας το κλιμακωτό μοτίβο της αρνητικής συμπεριφοράς. Πολλές από τις λειτουργικές διαταραχές και τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενισχύονται μέσω αυτής της διαδικασίας. Ως εκ τούτου, ο κύκλος αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού

προβλέπει την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς. Η εκπαίδευση για τη διαχείριση της συμπεριφοράς στοχεύει σε αυτές τις δυσλειτουργικές γονεϊκές πρακτικές διδάσκοντας στις οικογένειες πώς να τροποποιήσουν τους ενισχυτές που παρέχουν στα παιδιά και να βελτιώσουν τις συμπεριφορές των παιδιών αλλά και τις οικογενειακές σχέσεις (Pffiffer & Haack, 2014).

Αρχικά, στα πλαίσια της εκπαίδευσης οι γονείς μαθαίνουν για τη ΔΕΠ-Υ και τις βασικές αρχές της συμπεριφοριστικής θεωρίας. Στη συνέχεια, διδάσκονται στους γονείς θετικές δεξιότητες παρακολούθησης για τη βελτίωση της σχέσης τους με το παιδί και για την προώθηση ενός θετικού οικογενειακού κλίματος. Επίσης, μαθαίνουν ποιοι είναι οι κατάλληλοι θετικοί ενισχυτές (π.χ. έπαινοι, ανταμοιβές) οι οποίοι θα ενθαρρύνουν την επιθυμητή συμπεριφορά του παιδιού. Πρώτα συζητούνται οι θετικές στρατηγικές, γιατί μπορούν να διακόψουν τον κύκλο που εμφανίζεται συχνά σε οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, οι γονείς συχνά βρίσκουν ευκολότερο να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τα προγράμματα θετικής ενίσχυσης παρά της τιμωρίας και αντιλαμβάνονται ότι η χρήση προγραμμάτων θετικής ενίσχυσης μπορεί να επιφέρει ουσιαστική βελτίωση, μειώνοντας την ανάγκη για αρνητικές συνέπειες. Η εκπαίδευση των γονέων δίνει επίσης έμφαση στον καθορισμό της βάσης για τη επίτευξη της συμμόρφωσης και της ανεξαρτησίας των παιδιών, διδάσκοντας στους γονείς την ανάγκη να παρέχουν σαφείς και συγκεκριμένες εντολές και οδηγίες, να καθιερώσουν ρουτίνες και προσδοκίες. Τα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων υποδεικνύουν την αποτελεσματική χρήση των αρνητικών συνεπειών όταν συμβαίνουν παραβιάσεις των κανόνων (Pffiffer & Haack, 2014).

Κεφάλαιο 3^ο: Οι οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που επηρεάζει όλη την οικογένεια. Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έρχονται αντιμέτωποι με τα συμπτώματα της διαταραχής αλλά και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν. Η διαχείριση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ απαιτεί υπομονή, αντοχές και σταθερότητα από τους γονείς. Συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους, καθώς η ΔΕΠ-Υ διακρίνεται από έντονες διακυμάνσεις (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016). Ορισμένοι γονείς αναφέρουν ότι η ζωή με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι σαν να ζουν με ένα τρενάκι λούνα παρκ (Gershy & Gray, 2020). Η φροντίδα και η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ συχνά είναι δύσκολη, επειδή εστιάζει στον έλεγχο της συμπεριφοράς του παιδιού. Όλα τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούνται από τους γονείς, ωστόσο για παιδιά με υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, αυτή η παρακολούθηση αυξάνεται. Η ανατροφή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ απαιτεί την καθιέρωση ρουτίνων, είναι χρονοβόρα και συνεπάγεται αυξημένες υποχρεώσεις (Litt, 2004).

Οι μητέρες ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ περνούν την πλειοψηφία του χρόνου τους προσπαθώντας να διαχειριστούν τα συμπτώματα του παιδιού τους και μιλούν για τη ΔΕΠ-Υ προσπαθώντας να την κατανοήσουν. Σύμφωνα με έρευνα, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι 4 φορές πιο πιθανό να αποκτήσουν μία χρόνια ψυχική ασθένεια ως αποτέλεσμα του άγχους που προκαλεί η διαταραχή του παιδιού τους (Lesesne et al., 2003). Είτε πρόκειται για την πρωινή ρουτίνα, είτε για τη διαχείριση του παιδιού μετά το σχολείο, είτε για τις συζητήσεις με άλλους ανθρώπους για το τι είναι η ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν διαρκώς αυξημένα επίπεδα άγχους στη ζωή αυτών των μητέρων. Οι μητέρες προσπαθούν να διαχειριστούν τους ρόλους τους ως μητέρες, ως δασκάλες, ως τα άτομα που θα επιβάλλουν την πειθαρχία, ως διαπραγματευτές και ως γνώστες της διαταραχής. Οι ίδιες αναγνωρίζουν ότι χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αλλά αναγνωρίζουν επίσης ότι χρειάζονται τη βοήθεια ενός ειδικού (Hoag, 2014).

Η διάγνωση του παιδιού μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας στη διαδικασία προσαρμογής των γονέων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα καθημερινά. Όλα αυτά τα προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με τη συμπεριφορά των παιδιών, είναι διαφορετικών τύπων. Ο πρώτος τύπος είναι πρακτικός και σχετίζεται με την ικανότητα των γονέων να διαχειρίζονται καθημερινές ρουτίνες και απαιτήσεις. Ο δεύτερος τύπος περιλαμβάνει την αντίληψη των γονέων για την ικανότητά τους να

κατανοήσουν και να κατηγοριοποιήσουν τις συμπεριφορές του παιδιού τους. Αυτοί οι δύο τύποι δυσκολιών προκαλούν ψυχική δυσφορία που είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας για αναζήτηση και δοκιμή διαφορετικών μοντέλων επεξήγησης για τις προκλητικές συμπεριφορές του παιδιού και της συναισθηματικής δυσχέρειας που πηγάζει από την αποτυχία διαχείρισης του γονεϊκού ρόλου. Ο τρίτος τύπος προβλημάτων σχετίζεται με την αδυναμία διαχείρισης των απαιτήσεων ή της κριτικής των άλλων ανθρώπων. Αυτού του είδους τα προβλήματα δημιουργούν επίσης ψυχική δυσφορία στους γονείς (Ringer et al., 2020).

Μετά τη διάγνωση του παιδιού, η αγωνία των γονέων μετατοπίζεται στην πρόκληση της διαχείρισης της ΔΕΠ-Υ στην καθημερινή ζωή. Μια μεγάλη πρόκληση και πηγή δυσφορίας αποτελούν οι προσπάθειες των γονέων να διατηρήσουν μια «κανονικότητα» στη σχέση τους με το παιδί. Η «κανονικότητα» ορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι πιστεύουν ότι πρέπει να είναι η ανατροφή των παιδιών. Φαίνεται ότι οι γονείς προσπαθούν να επιτύχουν μια ισορροπία μεταξύ του να είναι γονείς παιδιού με αναπηρία και γονείς ενός τυπικώς αναπτυσσόμενου παιδιού. Γι' αυτούς, το να είναι γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σημαίνει να είναι προσεκτικοί και λογικοί, να αναλύουν, να κατανοούν συμπεριφορές, και να προσαρμόζονται στις ανάγκες του παιδιού. Από την άλλη πλευρά, το να είναι «κανονικοί» γονείς σημαίνει να είναι λιγότερο λογικοί, να είναι αυθόρμητοι, να βασίζονται στη διαίσθηση και στο ένστικτό τους. Ο συνδυασμός αυτών των δύο ειδών γονεϊκότητας προκαλεί δυσφορία στους γονείς, καθώς αναγνωρίζουν ότι η ενστικτώδης ανατροφή του παιδιού τους δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού (Ringer et al., 2020).

Επιπρόσθετα, οι οικογένειες στις οποίες υπάρχει παιδί με ΔΕΠ-Υ, αντιμετωπίζουν περισσότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις. Επειδή η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που σχετίζεται με μειωμένη αυτορρύθμιση, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις μπορεί να γίνουν υπερβολικοί, ενοχλητικοί, έντονοι και επιθετικοί. Ως εκ τούτου, οι οικογένειες που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ σημειώνουν περισσότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων, περισσότερα διαζύγια, μειωμένη επαφή με τους υπόλοιπους συγγενείς και λιγότερες θετικές οικογενειακές εμπειρίες συγκριτικά με οικογένειες που έχουν τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Kendall et al., 2005). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή δημιουργεί περισσότερο προβληματικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας (Sollie et al., 2016), ενώ η συννοσηρότητα με Διαταραχές Αγχους βρέθηκε ότι σχετίζεται με ένα οικογενειακό περιβάλλον που

είναι ασυνήθιστα εσωστρεφές και αποθαρρύνει την απόκτηση αυτονομίας από το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Άγχους έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα οικογενειακών συγκρούσεων σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής. Επίσης, οι γονείς αυτών των παιδιών εμφανίζουν κατάθλιψη, περιορισμένη εμπλοκή και λιγότερες δεξιότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων (Kerpley & Ostrander, 2007).

Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ συχνά εκφράζουν την ανησυχία τους και αναζητούν εργαλεία για να βελτιώσουν τη διαχείριση του παιδιού τους στην καθημερινή ζωή της οικογένειας. Ορισμένες οικογένειες για παράδειγμα, χρησιμοποιούν έναν πίνακα για να δομήσουν τις εβδομαδιαίες δραστηριότητές τους. Η χρήση εξωτερικών πόρων και η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να τους βοηθήσουν στην καλύτερη δόμηση της καθημερινότητάς τους. Επίσης, η στήριξη από συγγενείς και φίλους μπορεί να ενισχύσει την αυτό-αποτελεσματικότητα των γονέων. Οι οικογένειες με καλύτερη οικογενειακή λειτουργικότητα βιώνουν περισσότερη υποστήριξη από τις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για διαθέσιμους επαγγελματίες στις υπηρεσίες αυτές. Η υποστήριξη από το σχολείο και από εθελοντικές ομάδες της κοινότητας, καθώς και τα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων, έχουν αποδειχθεί σημαντικά για τη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας (Moen et al., 2015).

Σύμφωνα με έρευνα, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της διαταραχής και ιδιαίτερα του υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου ως μια προβληματική κατάσταση με αρνητικές συνέπειες για το παιδί και τον ίδιο τον γονέα. Ακόμα και οι μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών που δεν αντιμετωπίζουν τη διαταραχή αυτή στην καθημερινότητά τους, αντιλαμβάνονται τη ΔΕΠ-Υ ως μία προβληματική κατάσταση. Επιπλέον, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ δηλώνουν ότι τα συμπτώματα της διαταραχής προκαλούν αρνητικά συναισθήματα, όπως ενόχληση, θλίψη, ντροπή, παραίτηση, ανησυχία και λιγότερα θετικά συναισθήματα (Maniadaki et al., 2005).

Η φύση των σχέσεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει ερευνηθεί από αρκετούς μελετητές. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως λιγότερο υπάκουα και συνεργάσιμα, περισσότερο αρνητικά και λιγότερο ικανά να ακολουθήσουν τις οδηγίες των γονέων ή τους κανόνες της οικογένειας. Οι γονείς τους από την άλλη πλευρά, συχνά αντιδρούν υπερβολικά, απρόβλεπτα και είναι περισσότερο πιθανό να τιμωρήσουν το παιδί τους. Επιπλέον, επιδεικνύουν

περισσότερη αποδοκιμασία, παρέχουν λιγότερες επιβραβεύσεις και είναι περισσότερο αυταρχικοί. Γενικότερα, η συμπεριφορά τους είναι περισσότερο αρνητική απ' ό,τι η συμπεριφορά των γονέων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Alizadeh & Andries, 2002· Maniadaki et al., 2005). Οι γονεϊκές πρακτικές που υιοθετούν οι γονείς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και την ψυχοπαθολογία του παιδιού, καθώς τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους με την οικογένεια και τους γονείς τους (Alizadeh & Andries, 2002).

Η σχέση των γονέων με τα παιδιά έχει αναγνωριστεί ως ο σημαντικότερος παράγοντας που ευθύνεται για τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Η ποιότητα της σχέσης παιδιού-γονέα είναι διαμορφωτική για τη μακροπρόθεσμη ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Οι σχέσεις γονέα-παιδιού με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από περισσότερες συγκρούσεις και περισσότερο αυταρχικές και χειριστικές συμπεριφορές από τους γονείς. Αυτού του είδους οι πρακτικές από τους γονείς ενδέχεται να προκαλέσουν κλιμάκωση των συγκρούσεων με τα παιδιά και την επιδείνωση των συμπτωμάτων του παιδιού, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός κύκλου αρνητικών αντιδράσεων. Επομένως, οι αρνητικές αντιδράσεις των γονέων στα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ απειλούν την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. Αυτές οι πρακτικές μπορεί να οδηγήσουν στην επέκταση των συμπτωμάτων και στην εμφάνιση συννοσηρότητας (Lifford et al., 2008· Maniadaki et al., 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας, οι μητέρες υπερκινητικών αγοριών θεωρούν πιο πιθανό να ενδώσουν στην κακή συμπεριφορά των παιδιών τους. Οι μητέρες και οι πατέρες υπερκινητικών αγοριών θεωρούν ότι ανταπεξέρχονται λιγότερο αποτελεσματικά στην πρόβλεψη και την αποφυγή προβλημάτων, ωστόσο μπορούν να πετύχουν τη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού τους. Σύμφωνα με τις αναφορές των μητέρων, οι αλληλεπιδράσεις πατέρα-παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι λιγότερο συχνές σε σύγκριση με τις αλληλεπιδράσεις πατέρων-τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού, οι αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού με ΔΕΠ-Υ, έχουν την τάση να υστερούν σε αμοιβαία τρυφερότητα. Τέλος, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να εφαρμόζουν χαλαρές πειθαρχικές πρακτικές (Keown & Woodward, 2002).

Έρευνες έχουν αναγνωρίσει δύο γονεϊκές πρακτικές που είναι συνήθεις για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Από τη μία πλευρά, οι γονείς αυτοί είναι πιθανό να εμφανίζουν καταναγκαστικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από εντολές, απειλές και

προσπάθειες να επιβάλουν τις επιθυμίες τους στο παιδί. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν γονείς που υιοθετούν χαλαρές πρακτικές, δηλαδή αποφεύγουν τις εντολές και την άσκηση ελέγχου στις συμπεριφορές του παιδιού τους. Αυτοί οι γονείς είναι πιθανό να ενδώσουν στα αιτήματα του παιδιού στην προσπάθειά τους να επιτύχουν την ηρεμία και να αποφύγουν τις συγκρούσεις (Gershly & Gray, 2020). Κάθε οικογένεια διαμορφώνει τις σχέσεις των μελών της και αναπτύσσει τους δικούς της ξεχωριστούς δίαυλους επικοινωνίας, στους οποίους στηρίζεται η δομή και η λειτουργία της. Για το λόγο αυτό, οι γονείς είναι υπεύθυνοι και πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας με τα παιδιά τους, στην τήρηση των αρχών της ισότητας, του σεβασμού ώστε να δημιουργούνται υγιείς σχέσεις και να περιορίζονται οι συγκρούσεις (Νικολάου, 2016).

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι το φύλο του παιδιού με ΔΕΠ-Υ επηρεάζει τις αντιδράσεις των γονέων στις προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού. Οι γονείς αντιδρούν διαφορετικά στις ακατάλληλες μορφές συμπεριφοράς των αγοριών απ' ό,τι των κοριτσιών. Ειδικότερα, η έκρηξη θυμού των κοριτσιών συνήθως ακολουθείται από μια αρνητική απάντηση από τη μητέρα, ενώ στον θυμό των αγοριών οι γονείς αντιδρούν δείχνοντας περισσότερη κατανόηση. Οι γονείς συνηθίζουν να λένε στα μικρά κορίτσια με ΔΕΠ-Υ ότι οι επιθετικές συμπεριφορές έχουν επιβλαβείς συνέπειες για τους άλλους. Αντίθετα, οι γονείς ανέχονται ή ενθαρρύνουν συμπεριφορές των αγοριών στις οποίες υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού, αλλά διδάσκουν στα κορίτσια να είναι προσεκτικά ή να μην συμμετέχουν καθόλου σε ρισκοκίνδυνες δραστηριότητες (Maniadaki et al., 2005).

Σχετικά με τις διαφορές στις σχέσεις των μητέρων και των πατέρων με τα παιδιά τους, έρευνες έχουν δείξει ότι οι μητέρες έχουν την τάση να είναι περισσότερο άμεσες και απαιτητικές από τα παιδιά τους, ενώ εκφράζονται με μεγαλύτερη τρυφερότητα. Οι πατέρες αντιθέτως, συνήθως εμφανίζονται λιγότερο άμεσοι και έχουν πιο εύθυμη διάθεση. Επίσης, έχουν διαπιστωθεί διαφορές σχετικά με την απόρριψη του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ βρέθηκε ότι επηρεάζουν τον βαθμό απόρριψης των μητέρων, ενώ το αντίστροφο βρέθηκε για τους πατέρες. Δηλαδή, η απόρριψη του παιδιού από τον πατέρα επηρεάζει τα συμπτώματα της διαταραχής του παιδιού (Lifford et al., 2008).

Οι επιλογές των γονέων για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή της οικογένειας. Η θεραπεία που προτιμάται από τους γονείς είναι ο συνδυασμός χορήγησης φαρμάκων και συμπεριφορικών παρεμβάσεων. Οι

περισσότεροι γονείς θεωρούν τη φαρμακοθεραπεία απαραίτητη για τον περιορισμό των συμπτωμάτων του παιδιού τους, το οποίο με τη βοήθεια τεχνικών διαχείρισης της συμπεριφοράς, μπορεί να επιτύχει υψηλούς στόχους. Επιπλέον, η φαρμακευτική παρέμβαση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τις σχέσεις γονέων-παιδιών (Bull & Whelan, 2006· Lifford et al., 2008) και ενισχύει τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Moen et al., 2015).

Τέλος, οι οικογένειες παιδιών και εφήβων με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο διαπροσωπικών συγκρούσεων, χωρισμού και διαζυγίου, μειωμένη αυτοεκτίμηση των γονέων, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αυξημένη αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης. Η ύπαρξη παιδιού με ΔΕΠ-Υ περιπλέκει σημαντικά τα καθήκοντα των γονέων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος της οικογένειας και η κατάθλιψη των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων (Kendall & Shelton, 2003). Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν μεταβλητές της παρούσας έρευνας και αναλύονται εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Επομένως, είναι αναγκαίες οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας της οικογένειας και στη μείωση των συγκρούσεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Kendall et al., 2005). Η οικογενειακή σταθερότητα μπορεί να ενισχυθεί με παρεμβάσεις που βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να διαχειριστούν τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη συμβίωση με ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ (Kendall & Shelton, 2003). Συγκεκριμένα, οι μητέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούν θετικές τεχνικές προσέγγισης για τα παιδιά τους και χρειάζεται να κατανοήσουν την κατάσταση του παιδιού ώστε να υιοθετήσουν αποτελεσματικές πρακτικές. Όπως έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες, οι μητέρες παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των παιδιών τους, καθώς παρέχουν πληροφορίες, συμβουλές, ενθάρρυνση, υποστήριξη και βοηθούν τα παιδιά να κοινωνικοποιούνται και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους (Hoag, 2014).

Κεφάλαιο 4^ο: Διασαφήνιση των όρων

4.1. Ο όρος «γονεϊκό άγχος»

Το άγχος αποτελεί σύμπτωμα με ποικίλες διατάσεις, βιολογικές-σωματικές (π.χ. διαταραχές καρδιακού ρυθμού, τρόμος, αϋπνία), γνωστικές (π.χ. φοβίες, καταστροφολογικές προβλέψεις), συμπεριφορικές (π.χ. αποφυγή). Ο όρος «άγχος» εκφράζει (α) μια συναισθηματική αντίδραση που περιλαμβάνει εσωτερική ένταση, ανησυχία και προετοιμάζει το άτομο για την αντιμετώπιση δυσκολιών και κινδύνων, ή (β) ένα πολυδιάστατο κλινικό σύμπτωμα, το οποίο συνήθως αποτελεί δυσλειτουργική ποσοτική έξαρση ή/και μονιμοποίηση της αγχώδους κατάστασης. Το άγχος είναι η αλληλεπίδραση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος και της εσωτερικευμένης αντίληψης του ατόμου για την ικανότητά του να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις αυτές (Γερουλίδου, 2019).

Ο Freud θεωρούσε ότι το άγχος είναι μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τα φαινόμενα που εκείνος χαρακτήριζε με τη λέξη «νευρικότητα» και περιλαμβάνει βιωματικές, σωματικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις. Η αγχωτική αυτή κατάσταση προειδοποιεί το άτομο ότι απαιτείται κάποιο είδος προσαρμογής. Ο Freud διέκρινε το άγχος σε αντικειμενικό και νευρωτικό. Το αντικειμενικό περιλαμβάνει μια σύνθετη εσωτερική αντίδραση σε μια αναμενόμενη βλάβη που προέρχεται από έναν εξωτερικό κίνδυνο και η έντασή του είναι ανάλογη με το μέγεθος του κινδύνου. Αντίθετα, το νευρωτικό άγχος πηγάζει από μια εσωτερική αντίληψη του κινδύνου, είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει έντονα συναισθήματα και δεν έχει συνειδητή επίγνωση του στρεσογόνου ερεθίσματος. Το άγχος διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό και σε περιστασιακό ή σε χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Ντόκου, 2018).

Το γονεϊκό άγχος είναι μια διακριτή κατηγορία του άγχους και μπορεί να διαχωριστεί μέσω γενικών μετρήσεων των αγχωτικών γεγονότων της ζωής ή μέσω συγκεκριμένων μετρήσεων του άγχους που σχετίζεται με την εργασία και την υφιστάμενη ψυχοπαθολογία. Το γονεϊκό άγχος δεν πρέπει να θεωρείται τύπος του νευρωτισμού των ενηλίκων ή της κατάθλιψης, αλλά αποτελεί μία περίπλοκη και διακριτή αντίδραση στις απαιτήσεις της γονεϊκής ιδιότητας (parenthood) (Deater-Deckard, 1998). Το γονεϊκό άγχος αναφέρεται στις δυσκολίες και απαιτήσεις του ρόλου των γονέων. Σχετίζεται με τη διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών, την

καθιέρωση του προγράμματος της οικογένειας και τις καθημερινές υποχρεώσεις. Ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το άγχος των γονέων είναι οι πεποιθήσεις που έχουν οι ίδιοι για τις απαιτήσεις του ρόλου τους και την προσωπική τους επάρκεια σε αυτόν. Οι γονείς που θεωρούν ότι τα παιδιά τους είναι απαιτητικά, με ευμετάβλητη διάθεση και αξιολογούν τη μεταξύ τους επικοινωνία ως δύσκολη, αναφέρουν υψηλότερο άγχος κατά την εκπλήρωση του γονεϊκού τους ρόλου (Βλαχογιάννη & Αγγελή, 2014).

Οι γονείς βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους όταν εστιάζουν περισσότερο στις αρνητικές πλευρές της συμπεριφοράς των παιδιών και όταν αποδίδουν την εμφάνιση της συμπεριφοράς αυτής στο παιδί και όχι στη διαταραχή του. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τα μειωμένα όρια ανοχής των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους και την απόκτηση δυσλειτουργικής γονεϊκής συμπεριφοράς (Morgan et al., 2002). Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των επιπέδων του γονεϊκού άγχους είναι οι συζυγικές σχέσεις και τα καθημερινά προβλήματα που συνεπάγονται με την ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Επίσης, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονέων, ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των παιδιών, η αναζήτηση υποστήριξης από ειδικούς και η καθημερινή φροντίδα ενός παιδιού με διαταραχές, αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του γονεϊκού άγχους (Γερούλιδου, 2019).

Η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες αποτελεί πηγή άγχους για τους γονείς. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, η ανησυχία των γονέων για την ομαλή κοινωνικοποίηση του παιδιού και την κοινωνική προσαρμογή του και οι δυσκολίες στην επικοινωνία γονέα-παιδιού αυξάνουν το άγχος των γονέων. Επιπλέον, η κόπωση από τη φροντίδα ενός παιδιού με διαταραχές, το αίσθημα ευθύνης που νιώθουν οι γονείς για τη σωστή ανατροφή του παιδιού και η ανάγκη να νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση γονεϊκού άγχους (Γερούλιδου, 2019).

Όσον αφορά τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έχει αποδεχθεί από αρκετές έρευνες ότι τα επίπεδα άγχους είναι υψηλότερα συγκριτικά με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα για τα παιδιά τους, υιοθετούν λιγότερο αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης των προβλημάτων συμπεριφοράς και έχουν χαμηλότερη συναισθηματική ενσυναίσθηση (Κόρπα, 2017).

Το άγχος της μητέρας επηρεάζει τη συμπεριφορά των παιδιών. Προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στα παιδιά, τα οποία εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς που με τη σειρά τους δημιουργούν άγχος στη μητέρα. Το γονεϊκό άγχος δημιουργεί αυτό τον φαύλο κύκλο στη σχέση γονέων-παιδιών με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ανάπτυξη των παιδιών. Η ένταση του άγχους επιδρά στην ποιότητα ζωής της οικογένειας (Γερούλιδου, 2019).

4.2. Ο όρος «γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα»

Σύμφωνα με τον Bandura (1986, όπ. αναφ. στο Ζουρνατζής, 2010) τα άτομα έχουν ένα σύστημα εαυτού που τους βοηθά να ελέγχουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τα κίνητρα και τις ενέργειές τους. Το σύστημα αυτό παρέχει μηχανισμούς αναφοράς και ένα σύνολο λειτουργιών 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. Έτσι, προκύπτει μια αυτορρυθμιστική λειτουργία που παρέχει στα άτομα τη δυνατότητα να επηρεάζονται οι γνωστικές διαδικασίες και οι ενέργειές τους ώστε να αλλάζουν το περιβάλλον τους (Ζουρνατζής, 2010).

Ο όρος αυτό-αποτελεσματικότητα περιγράφηκε από τον Bandura, στα πλαίσια της κοινωνιογνωστικής του θεωρίας. Σύμφωνα με τον Bandura, οι πεποιθήσεις του ατόμου για την αυτό-αποτελεσματικότητά του επηρεάζουν τις δραστηριότητες που επιλέγει να κάνει. Οι άνθρωποι αποφεύγουν τις δραστηριότητες που θεωρούν ότι υπερβαίνουν τις ικανότητές τους και αναλαμβάνουν εκείνες που κρίνουν οι ίδιοι ότι είναι ικανοί να ολοκληρώσουν. Οι πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα καθορίζουν πόση προσπάθεια θα αφιερώσουν και πόσο θα επιμείνουν όταν έλθουν αντιμέτωποι με εμπόδια ή προκλήσεις. Επίσης, οι πεποιθήσεις αυτές επηρεάζουν τους τύπους των σεναρίων που κατασκευάζουν οι άνθρωποι. Εκείνοι που έχουν υψηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας φαντάζονται εικόνες επιτυχίας και σκέφτονται λύσεις για πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν (Bandura, 1982· Bandura, 1989).

Η γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα, το άγχος, την κατάθλιψη, την εμπειρία και τη γνώση για τη φροντίδα και την ανάπτυξη των παιδιών, τις πεποιθήσεις

για τον γονεϊκό ρόλο, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες. Η ανάπτυξη της γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας ξεκινά συνήθως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ζουρνατζής, 2010). Σύμφωνα με τον Bandura, είναι απαραίτητο να πιστεύουν οι γονείς ότι οι πράξεις τους θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και να έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να συμπεριφέρονται με τον κατάλληλο τρόπο. Υπάρχουν τέσσερις τρόποι μέτρησης της γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας. Ο πρώτος είναι η αξιολόγηση συγκεκριμένων καθηκόντων των γονέων. Ο δεύτερος είναι η αξιολόγηση των ειδικών καθηκόντων που σχετίζονται με έναν τομέα του ρόλου των γονέων, όπως η φροντίδα για τη διατροφή του παιδιού. Ο τρίτος αφορά την αξιολόγηση της γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας του γονέα και ο τέταρτος είναι η αξιολόγηση της γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Κάφαλη, 2017).

Η αυτό-αποτελεσματικότητα επηρεάζει τις πρακτικές που υιοθετούν οι γονείς, καθώς αποτελεί βασικό στοιχείο του τρόπου ανατροφής των παιδιών. Η συνεργασία μεταξύ των γονέων για την ανατροφή του παιδιού περιλαμβάνει κοινές και σταθερές στο χρόνο συμπεριφορές, υποστήριξη από τον σύντροφο και κοινή κατεύθυνση στη διαχείριση των θεμάτων που αφορούν το παιδί. Επιπλέον, η ύπαρξη ενός θετικού κλίματος συνεργασίας μεταξύ των γονέων για την ανατροφή του παιδιού συνδέεται με τη θετική συναισθηματική προσαρμογή μιας οικογένειας. Γενικότερα, όσο υψηλότερη είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα των γονέων, τόσο πιο μειωμένο το ποσοστό εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στους γονείς (Κάφαλη, 2017).

4.3. Ο όρος «κατάθλιψη»

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές σύμφωνα με το DSM 5, περιλαμβάνουν τη Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης, τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, την Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία), την Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή, την Προκαλούμενη από Ουσίες/Φάρμακα Καταθλιπτική Διαταραχή, την Καταθλιπτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Άλλη Σωματική Κατάσταση, άλλη Προσδιοριζόμενη Καταθλιπτική Διαταραχή και την Απροσδιόριστη Καταθλιπτική Διαταραχή. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των διαταραχών είναι το αίσθημα της θλίψης, ή η οξύθυμη διάθεση, που συνοδεύονται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Εκείνο που διακρίνει τις παραπάνω διαταραχές μεταξύ τους είναι ζητήματα διάρκειας, εμφάνισης ή αιτιολογίας (APA, 2015).

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί την πιο κοινή κατάσταση σε αυτή την ομάδα των διαταραχών. Χαρακτηρίζεται από διακριτά επεισόδια που διαρκούν τουλάχιστον 2 εβδομάδες (αν και τα περισσότερα επεισόδια διαρκούν περισσότερο) και περιλαμβάνουν αλλαγές στην γνωστική και νευροβιολογική λειτουργία και ύφεση μεταξύ των επεισοδίων. Είναι δυνατή η διάγνωση με βάση ένα μεμονωμένο επεισόδιο, ωστόσο στην πλειονότητα της διαταραχής εμφανίζονται πολλά επεισόδια. Επίσης, πρέπει να διακρίνεται η φυσιολογική θλίψη από τη θλίψη ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Το πένθος ή η απώλεια μπορεί να προκαλέσουν οδύνη, αλλά συνήθως δεν προκαλούν επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (APA, 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι Καταθλιπτικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος ή χαράς, συναισθήματα ενοχής ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές ύπνου ή όρεξης, συναισθήματα κούρασης και χαμηλή συγκέντρωση. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι χρόνια ή περιοδική, επηρεάζοντας σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου στην εργασία ή στο σχολείο. Η βαριά κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακρίνει τις Καταθλιπτικές Διαταραχές σε δύο κατηγορίες: α) Μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή καταθλιπτικό επεισόδιο, που περιλαμβάνει συμπτώματα όπως καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και χαράς και μειωμένη ενέργεια. Ανάλογα με τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να χαρακτηριστεί ήπιο, μέτριο ή σοβαρό. β) Δυσθυμία, μια επίμονη ή χρόνια μορφή ήπιας κατάθλιψης. Τα συμπτώματα της δυσθυμίας είναι παρόμοια με του καταθλιπτικού επεισοδίου, ωστόσο τείνουν να είναι λιγότερο έντονα και να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (WHO, 2017).

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που ζουν με κατάθλιψη παγκοσμίως είναι 322 εκατομμύρια. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς ζουν στη νοτιοανατολική Ασία και στην περιοχή του δυτικού Ειρηνικού αντανακλώντας τους μεγαλύτερους πληθυσμούς αυτών των δύο περιοχών (WHO, 2017).

Το αίσθημα της αυτό-αποτελεσματικότητας των γονέων, η ικανοποίηση που αποκομίζουν από τον γονεϊκό ρόλο, η κόπωση, το άγχος και η κατάθλιψη που βιώνουν, έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους και συνδέονται έμμεσα με την συμπεριφορά των παιδιών, τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή (Βλαχογιάννη & Αγγελή, 2014).

4.4. Ο όρος «συζυγική ικανοποίηση»

Η συζυγική ικανοποίηση αντικατοπτρίζει την αξιολόγηση του γάμου όπου είναι σημαντικά τα θετικά χαρακτηριστικά και απουσιάζουν τα αρνητικά χαρακτηριστικά. Η συζυγική δυσαρέσκεια είναι η αξιολόγηση του γάμου όπου τα αρνητικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικά, ενώ απουσιάζουν τα θετικά χαρακτηριστικά. Ένα σημαντικό στοιχείο στη σύλληψη και μέτρηση της συζυγικής ικανοποίησης είναι η αντίληψη ότι η ικανοποίηση νοείται καλύτερα όχι μόνο ως άποψη που αποκτάται από τους συζύγους σε ένα χρονικό σημείο, αλλά ως μια πορεία που αντικατοπτρίζει τις διακυμάνσεις στην αξιολόγηση της σχέσης με την πάροδο του χρόνου (Bradbury et al., 2000).

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, ικανοποίηση είναι η συσχέτιση μεταξύ του πραγματικού και του αναμενόμενου ή η σύγκριση της πραγματικής σχέσης με την εναλλακτική σχέση που θα μπορούσε να έχει το άτομο σε περίπτωση που τερματιζόταν η παρούσα σχέση. Αυτός ο ορισμός επιτρέπει την εστίαση στη συνολική συζυγική σχέση ή σε συγκεκριμένες πτυχές ή αποκλίσεις μεταξύ των προσδοκιών από τους ρόλους του ατόμου και των αντιληπτών επιδόσεων στους ρόλους αυτούς, ή μεταξύ των στόχων και της επίτευξης των στόχων, ή μεταξύ των χαρακτηριστικών που θεωρεί το άτομο ότι πρέπει να έχει ο ιδανικός σύζυγος και της αντίληψής του για τα χαρακτηριστικά που έχει πράγματι ο σύζυγος. Η σημασία αυτών των κριτηρίων έγκειται στην υποκειμενική αξιολόγηση του συζύγου. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό ότι γεγονότα, όπως η πεποίθηση ότι υπάρχει διαφωνία με τον σύζυγο για ορισμένες αξίες όταν στην πραγματικότητα δεν υφίσταται αυτό, καθώς και οι πραγματικές συνθήκες του έγγαμου βίου κατά τη διάρκεια της οικογενειακής ζωής, επηρεάζουν τη συζυγική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Rollins & Feldman, 1970).

Με βάση τη θεωρία των οικογενειακών συστημάτων, η λειτουργία της οικογένειας χαρακτηρίζεται από τέσσερις διαστάσεις: (α) η οικογένεια είναι μία οργανωμένη μονάδα αλληλοεξαρτώμενων ατόμων. Η λειτουργία του κάθε ατόμου δεν μπορεί να γίνει κατανοητή μεμονωμένα, αλλά μέσα από το σύστημα των συμπεριφορών των μελών του συστήματος. Ως εκ τούτου, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή αν ληφθούν υπόψη οι αντιλήψεις και των δύο συζύγων για τη σχέση τους. (β) Το οικογενειακό σύστημα δεν αποτελείται μόνο

από οργανωμένα αλληλοεξαρτώμενα άτομα, αλλά και από αλληλοεξαρτώμενα υποσυστήματα, όπως η σχέση των γονέων με το παιδί. (γ) Οι πορείες που ακολουθεί κάθε οικογένεια διαμορφώνουν ένα πλαίσιο το οποίο αντανακλά τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη συζυγική σχέση. (δ) Οι ρόλοι των ατόμων καθορίζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και επηρεάζουν τις προσδοκίες από τη συμπεριφορά κάθε ατόμου μέσα στην οικογένεια. Η εκτίμηση της ποιότητας της συζυγικής σχέσης επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο οι σύντροφοι ενεργούν μεταξύ των συστημάτων, ιδιαίτερα όταν τα παιδιά είναι μικρά, μία περίοδο κατά την οποία οι γονεϊκοί ρόλοι αρχίζουν να σχηματίζονται (Holmes & Huston, 2010).

Κεφάλαιο 5^ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

5.1. Έρευνες σχετικά με το άγχος των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Αρκετοί ερευνητές έχουν αποδείξει την ύπαρξη αυξημένου άγχους σε μητέρες και γενικότερα σε γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Πιθανοί παράγοντες που προκαλούν άγχος στους γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι η ελλειμματική προσοχή του παιδιού (για παράδειγμα η δυσκολία να ακολουθήσει οδηγίες, η απώλεια σχολικών εργασιών ή η δυσκολία ολοκλήρωσης των σχολικών εργασιών), οι κοινωνικές επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ στη ζωή του παιδιού (για παράδειγμα ο χλευασμός από άλλα παιδιά ή η δυσκολία διατήρησης μιας φιλίας), η παρορμητικότητα και οι σχετικοί με αυτή κίνδυνοι για την ασφάλεια του παιδιού (για παράδειγμα σωματικοί τραυματισμοί) ή οι αντιδράσεις των ανθρώπων του κοινωνικού περιβάλλοντος έξω από την οικογένεια (για παράδειγμα τα συνεχή παράπονα από το σχολείο) (McCleary, 2001).

Από έρευνες με δείγμα μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ βρέθηκε ότι είναι συχνό φαινόμενο η ύπαρξη υψηλότερου άγχους στις μητέρες αυτές, συγκριτικά με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Επίσης, αποδείχθηκε ότι τόσο τα χαρακτηριστικά του παιδιού όσο και τα χαρακτηριστικά της ίδιας της μητέρας αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες (predictors) του γονεϊκού άγχους, της γονεϊκής ψυχοπαθολογίας, της ελλειμματικής προσοχής, των εναντιωματικών και επιθετικών συμπεριφορών των παιδιών (Anastopoulos et al., 2009).

Η σχέση του γονεϊκού άγχους με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες (Cheung & Theule, 2016· Insa et al., 2018· Pimentel et al., 2011· Yousefia et al., 2011). Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Yousefia και συν. (2011) βρέθηκε ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο άγχος σε σχέση με τις μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών και το άγχος επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά και τη συμπτωματολογία του παιδιού. Περισσότερη υπερκινητικότητα οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα άγχους στις μητέρες, εύρημα που συμφωνεί με την έρευνα των Insa και συν. (2018). Στα ίδια ευρήματα κατέληξε και η μετα-ανάλυση των Cheung και Theule (2016) όπου βρέθηκε ότι είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα ψυχοπαθολογίας οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με γονείς τυπικών παιδιών. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της γονεϊκής ψυχοπαθολογίας και των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού. Οι γονείς των παιδιών

με ΔΕΠ-Υ που έχουν και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχοπαθολογία σε σχέση με γονείς των οποίων τα παιδιά έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ, εύρημα που συμφωνεί με παλαιότερες έρευνες (Anastopoulos et al., 1992).

Από άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η εξωτερίκευση συμπεριφορών, όπως η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και τα προβλήματα διαγωγής, καθώς και η εσωτερίκευση συμπεριφορών, όπως οι δυσκολίες μάθησης, τα ψυχοσωματικά προβλήματα και το άγχος που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ προκαλούν γονεϊκό άγχος. Στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνδυασμένου τύπου εμφανίζουν αρκετά υψηλότερο άγχος συγκριτικά με τους άλλους τύπους ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι συχνά αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις και διαπροσωπικές σχέσεις στην καθημερινή τους ζωή λόγω των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών τους, με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση της οικογένειας, γεγονός που δημιουργεί στους γονείς αυτούς χαμηλότερη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα (Li et al., 2016).

Στη μελέτη των Johnson και Reader (2002) το άγχος των γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν υψηλότερο από το άγχος των γονέων παιδιών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς των παιδιών με συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ-Υ βρέθηκε ότι έχουν υψηλότερο άγχος συγκριτικά με γονείς παιδιών με απρόσεκτο τύπο ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στους γονείς των παιδιών με υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Ένα ενδιαφέρον εύρημα στο οποίο κατέληξε η έρευνα είναι ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή δεν έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους γονείς παιδιών που δε λαμβάνουν φάρμακα (Johnson & Reader, 2002).

Συνεχίζοντας στο θέμα του τύπου της ΔΕΠ-Υ και του γονεϊκού άγχους, μια άλλη έρευνα απέδειξε ότι οι γονείς παιδιών συνδυασμένου τύπου ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο άγχος από τους γονείς παιδιών απρόσεκτου τύπου ΔΕΠ-Υ. Οι γονείς αυτοί σημείωσαν υψηλότερα αποτελέσματα (σκορ) στους ψυχοπαθολογικούς παράγοντες του άγχους (κατάθλιψη, αποστασιοποίηση, αυτό-αποτελεσματικότητα) και στους παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος από το περιβάλλον (συζυγική σχέση, κοινωνική απομόνωση και υγεία), συγκριτικά με τους γονείς παιδιών με απρόσεκτο τύπο ΔΕΠ-Υ (Tzang et al., 2009).

Τα αυξημένα επίπεδα άγχους των γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδείχθηκαν και από την έρευνα των Perez Algorta και συν. (2018). Ειδικότερα, συγκριτικά με τις

μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών βρέθηκε ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο άγχος. Παρόλα αυτά, στα χαμηλά επίπεδα γονεϊκής ευσυνειδησίας, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα άγχους μητέρων παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ, γεγονός που υποδεικνύει ότι η χαμηλή μητρική ευσυνειδησία και η ύπαρξη ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ δε σχετίζονται με το μητρικό άγχος. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της μητέρας δεν βρέθηκε να επηρεάζουν το άγχος της ανατροφής ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Perez Algorta et al., 2018).

Επιπρόσθετα, αποτελέσματα άλλης έρευνας έδειξαν ότι οι γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν περισσότερο άγχος από τους γονείς ενός παιδιού χωρίς ΔΕΠ-Υ και αυτό που προκαλεί το άγχος στους γονείς φαίνεται να είναι η αδυναμία αυτορρύθμισης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η αυτορρύθμιση αφορά τους τομείς της συμπεριφοράς, των συναισθημάτων και των γνώσεων. Από την έρευνα προέκυψε ότι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας προκαλούν άγχος στους γονείς, ενώ η ελλειμματική προσοχή δεν βρέθηκε να συνδέεται με το άγχος. Επίσης, η συναισθηματική αστάθεια των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποδείχθηκε ότι προκαλεί γονεϊκό άγχος (Graziano et al., 2011). Αντιθέτως, από τη μετα-ανάλυση των Theule και συν. (2012) προέκυψε ότι τόσο τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας όσο και η ελλειμματική προσοχή των παιδιών συμβάλλουν στο άγχος των γονέων. Ωστόσο, βρέθηκε ότι η ελλειμματική προσοχή συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά διαταραχών στην οικογένεια. Επιπλέον, η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με προβλήματα συμπεριφοράς αυξάνει το άγχος (Theule et al., 2012).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που προκαλεί άγχος στις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι ο βαθμός στον οποίο μπορούν να ελέγχουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Η ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την αίσθηση της αδυναμίας ελέγχου των συμπεριφορών του παιδιού, βρέθηκε ότι δημιουργεί περισσότερο άγχος στους γονείς. Οι μητέρες που δήλωσαν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τις συμπεριφορές του παιδιού τους, βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερο άγχος και κατάθλιψη (Harrison & Sofronoff, 2002).

Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ συχνά αποδίδουν τα υψηλά επίπεδα άγχους στη συμπεριφορά και τις κοινωνικές δυσκολίες του παιδιού τους, στην αδυναμία των ίδιων να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του παιδιού και στο στίγμα από την κοινωνία. Στην ποιοτική έρευνα των Leitch και συν. (2019), όταν οι γονείς ρωτήθηκαν για το άγχος που βιώνουν, μίλησαν αποκλειστικά για τη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και λιγότερο για το άγχος που προκαλεί η εργασία τους ή άλλοι παράγοντες πίεσης από

την καθημερινή ζωή. Ο γονεϊκός τους ρόλος είναι η πρωταρχική πηγή άγχους. Οι γονείς της ίδιας έρευνας τόνισαν το άγχος που προέρχεται από την αδυναμία τους να διαχειριστούν τις εκρήξεις των παιδιών τους που έχουν ΔΕΠ-Υ (Leitch et al., 2019).

Όσον αφορά το φύλο του γονέα και την ένταση του άγχους, τα ευρήματα των ερευνών είναι αμφιλεγόμενα. Ειδικότερα, στη μετα-ανάλυση των Theule και συν. (2012) οι μητέρες και οι πατέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ δήλωσαν τον ίδιο βαθμό άγχους, ωστόσο το άγχος των μητέρων ήταν ελαφρώς υψηλότερο. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι μητέρες έχουν περισσότερο άγχος συγκριτικά με τους πατέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Malkoff et al., 2020).

Σε αντίθεση με όλες τις προαναφερθείσες έρευνες έρχονται τα ευρήματα δύο παλαιότερων ερευνών. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Breen και Barkley (1988), οι γονείς των αγοριών με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν υψηλότερο άγχος σε σχέση με τους γονείς τυπικών παιδιών. Ωστόσο, επειδή βρέθηκαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε παιδιά της ομάδας ελέγχου (τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά), οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι το γονεϊκό άγχος δεν εξαρτάται μόνο από τη ΔΕΠ-Υ (Breen & Barkley, 1988). Ομοίως, στην έρευνα των Murphy και Barkley (1996) δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους των γονέων παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ.

5.2. Έρευνες σχετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα που αφορά τον ρόλο τους ως γονείς και δηλώνουν συναισθήματα απογοήτευσης, ανησυχίας, σύγχυσης, εξάντλησης και ανικανότητας (Malkoff et al., 2020). Οι περισσότεροι γονείς θεωρούν ότι η καθημερινή διαχείριση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ πρόκειται για ένα βάρος και δηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας που σχετίζονται με τον ρόλο τους ως γονείς. Επίσης, φαίνεται ότι θεωρούν την ανατροφή των παιδιών τους ως μη ικανοποιητική και η γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητά τους είναι χαμηλή (Finzi-Dottan et al., 2011). Ορισμένοι γονείς οδηγούνται σε μία κατάσταση «μαθημένης αβοηθησίας» ως αποτέλεσμα των επανειλημμένων αποτυχημένων προσπαθειών να διαχειριστούν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Γονείς εφήβων με ΔΕΠ-Υ που πηγαίνουν σε κέντρα ψυχικής υγείας περιγράφουν ότι νιώθουν «εντελώς αποτυχημένοι ως γονείς» (McCleary, 2001).

Αρκετές έρευνες αναφέρουν τη μειωμένη ικανοποίηση και αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Έχει βρεθεί ότι μητέρες μεγαλύτερων παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, γεγονός που επηρεάζει τη συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά και τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα αδέρφια τους. Οι μητέρες εφήβων με ΔΕΠ-Υ είναι επίσης πιθανό να αναπτύσσουν λιγότερο ικανοποιητικές σχέσεις με τα παιδιά τους. Ταυτόχρονα, αισθάνονται εγκλωβισμένες, ένοχες και ανίκανες ως μητέρες. Θεωρούν ότι η συμπεριφορά του παιδιού τους είναι ασταθής και έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από τη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού τους (Johnston & Mash, 2001· Wiener et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Alizadeh και συν. (2007), οι γονείς που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση στον ρόλο τους ως γονείς, χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, δείχνουν λιγότερη τρυφερότητα στα παιδιά τους και είναι πιο πιθανό να ασκήσουν σωματική τιμωρία συγκριτικά με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι μητέρες και οι πατέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που συμμετείχαν στην έρευνα δε σημείωσαν διαφορές ως προς την αυτό-αποτελεσματικότητα, εντούτοις οι μητέρες και των δύο ομάδων φάνηκαν να εκδηλώνουν περισσότερη τρυφερότητα και εμπλοκή με τα παιδιά τους σε σχέση με τους πατέρες (Alizadeh et al., 2007).

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκε η συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τις πρακτικές που υιοθετούν ως γονείς. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν ότι η ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού και η χαμηλή γονεϊκή αυτοαποτελεσματικότητα συσχετίζονται με λιγότερο αποτελεσματικές γονεϊκές πρακτικές. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι αναποτελεσματικές γονεϊκές πρακτικές συνδέονται με τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και όχι με την ελλειμματική προσοχή (McLaughlin & Harrison, 2006).

Σε διαχρονική έρευνα που μελέτησε τη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς, βρέθηκε ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών σχολικής ηλικίας προβλέπουν τη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα 6 χρόνια μετά. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών στην πρώτη φάση της έρευνας προέβλεψαν την αυτό-αποτελεσματικότητα των γονέων, αλλά η αυτό-αποτελεσματικότητα δεν προέβλεψε τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών 6 χρόνια μετά (Slagt et al., 2012).

Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της αυτό-αποτελεσματικότητας των μητέρων, το άγχος επιδρά αρνητικά στη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού, με αποτέλεσμα η μητέρα να νιώθει χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα. Είναι επίσης πιθανό ότι το αίσθημα της αυτό-αποτελεσματικότητας προκαλεί άγχος στις μητέρες. Έτσι, μία μητέρα που δεν μπορεί να επιβάλει την πειθαρχία στο παιδί της μπορεί να αισθάνεται ότι δεν είναι αποτελεσματική και αυτά τα συναισθήματα της αβεβαιότητας ενδέχεται να αυξάνουν το γονεϊκό άγχος, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στην υιοθέτηση περισσότερο αρνητικών πρακτικών, γεγονός που μειώνει την αυτό-αποτελεσματικότητα ακόμα περισσότερο (Williamson & Johnston, 2019).

Συγκρίνοντας γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ και παιδιών που εμφανίζουν συννοσηρότητα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και ΕΠΔ εμφανίζουν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα από τους γονείς παιδιών που έχουν μόνο ΔΕΠ-Υ. Επίσης, σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι μητέρες παιδιών που είναι επιρρεπή να εμφανίσουν ΕΠΔ αισθάνονται λιγότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με μητέρες παιδιών που είναι επιρρεπή να εμφανίσουν ΔΕΠ-Υ (Cunningham & Boyle, 2002· Johnston & Mash, 2001).

Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε σύγκρουση με τα ευρήματα μιας έρευνας που αφορούσε γονείς από τη Λατινική Αμερική. Οι γονείς αυτής της έρευνας δήλωσαν μέτριο άγχος, υψηλή γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα και υψηλά επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας. Το εύρημα αυτό εγείρει ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα και το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των γονέων. Παρά την υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ της ίδιας έρευνας είχαν υψηλά επίπεδα άγχους (Malkoff et al., 2020). Επιπλέον, οι Johnston και Pelham (1990) δεν βρήκαν κάποια σχέση ανάμεσα στη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα και τη συμπεριφορά των μητέρων παιδιών με και χωρίς ΔΕΠ-Υ. Στην έρευνα των Beck και συν. (1990) δε βρέθηκε διαφορά στην αυτό-αποτελεσματικότητα μητέρων αγοριών με ΔΕΠ-Υ και μητέρων τυπικώς αναπτυσσόμενων αγοριών.

5.3. Έρευνες σχετικά με την κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Οι γονείς που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο άγχος, χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα και αυτοπεποίθηση όσον αφορά τις πρακτικές που υιοθετούν.

Ιδιαίτερα οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται καταβεβλημένες και αναποτελεσματικές στο γονεϊκό τους ρόλο, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν περισσότερο ανεπαρκείς γονεϊκές πρακτικές. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ και κυρίως για τις μητέρες. Όταν οι μητέρες πάσχουν από κατάθλιψη, τείνουν να ανταποκρίνονται λιγότερο στον ρόλο τους ως γονείς. Ακόμα, όταν οι μητέρες εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, μειώνεται η αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων που σχεδιάζονται για τα παιδιά τους (Anastopoulos et al., 2009).

Σε έρευνα με θέμα τη σχέση μεταξύ των μητέρων με και δίχως κατάθλιψη που έχουν παιδιά με και δίχως ΔΕΠ-Υ, βρέθηκε ότι οι μητέρες με κατάθλιψη που έχουν γιους με ΔΕΠ-Υ είναι περισσότερο απαθείς. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ που έχουν μητέρες με κατάθλιψη εμφανίζουν λιγότερη θετική διάθεση και θετικά συναισθήματα συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ των οποίων οι μητέρες δεν έχουν κατάθλιψη. Γενικότερα, οι μητέρες με κατάθλιψη ενδέχεται να αντιδρούν λιγότερο στη θετική συμπεριφορά των παιδιών τους, είναι πιθανό να αποτυγχάνουν να απαντούν θετικά στις θετικές αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους και επομένως να επιδεικνύουν λιγότερα θετικά συναισθήματα (Lee et al., 2013).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης σε μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει βρεθεί ότι αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Μητέρες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν την τάση να αναφέρονται αρνητικά στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ του παιδιού τους, στα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνει και στις αντιλήψεις για τις γονεϊκές πρακτικές που εκείνες υιοθετούν. Παρατηρείται δηλαδή μία διαστρέβλωση της πραγματικής κατάστασης του παιδιού. Αυτή η διαστρέβλωση για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, για τα γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και για τις πειθαρχικές πρακτικές που χρησιμοποιούν προβλέπει την τρυφερότητα που εκφράζει και τη συνολική αυτό-αποτελεσματικότητα της μητέρας (Chi & Hinshaw, 2002).

Σε άλλη έρευνα, διαπιστώθηκαν περισσότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Ειδικότερα, οι μητέρες παρουσίασαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και οι πατέρες υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ως εκ τούτου, η ένταση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού αποτελεί ένδειξη για την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας στους γονείς (Margari et al., 2013).

Από την έρευνα των Breen και Barkley (1988) βρέθηκε ότι οι μητέρες με κατάθλιψη βιώνουν περισσότερο άγχος στον ρόλο τους ως γονείς. Αποδέχονται λιγότερο τη συμπεριφορά του παιδιού τους και θεωρούν ότι το παιδί απαιτεί περισσότερο από τον χρόνο τους. Οι μητέρες κοριτσιών που είχαν παραπεμφθεί σε κλινική αλλά δεν είχαν διαγνωστεί ακόμα με ΔΕΠ-Υ σημείωσαν υψηλότερη κατάθλιψη, περισσότερα προβλήματα υγείας και δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο συγκριτικά με μητέρες τυπικών κοριτσιών. Η κατάθλιψη των μητέρων σχετίζεται με την ψυχική δυσφορία που προκαλείται από το παιδί, με την υγεία και την αυτο-αποτελεσματικότητα από τον γονεϊκό ρόλο. Η ίδια έρευνα δεν απέδειξε εάν είναι η συμπεριφορά του παιδιού που προκαλεί την κατάθλιψη του γονέα ή εάν ο βαθμός κατάθλιψης οδηγεί στην εμφάνιση αποκλίνουσας συμπεριφοράς από το παιδί (Breen & Barkley, 1988).

Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία των μητέρων και η συσχέτισή της με τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής, βρέθηκε ότι οι μητέρες παιδιών με συννοσηρότητα εμφανίζουν Διαταραχές της Διάθεσης και Διαταραχές Άγχους. Επίσης, η συννοσηρότητα του παιδιού σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, αυξημένες πιθανότητες εξάρτησης της μητέρας από ψυχοδιεγερτικά φάρμακα ή κοκαΐνη και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τον πατέρα (Chronis et al., 2003).

Οι Thomas και συν. (2015) διερεύνησαν τη σχέση της κατάθλιψης μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τις γονεϊκές πρακτικές. Συγκεκριμένα, αποδείχθηκε ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ανεξάρτητα από τον βαθμό κατάθλιψης, είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν θετική ενίσχυση όταν το παιδί επιδεικνύει συμμόρφωση. Όταν το παιδί είναι απείθαρχο, οι μητέρες συχνά απαντούν δίνοντας κάποια άλλη εντολή (γεγονός που θεωρείται στην έρευνα η καλύτερη δυνατή απάντηση) και δεν απαντούν αρνητικά. Στην έρευνα, οι μητέρες με κατάθλιψη εμφάνισαν λιγότερο αποτελεσματικές αντιδράσεις στην απείθαρχη συμπεριφορά του παιδιού συγκριτικά με μητέρες που είτε η κατάθλιψή τους βρισκόταν σε ύφεση είτε δεν είχαν εμφανίσει ποτέ καταθλιπτικά συμπτώματα (Thomas et al., 2015).

Η κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν επηρεάζει μόνο την έκβαση των παρεμβάσεων αλλά αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς από το παιδί στο μέλλον (Anastopoulos et al., 2009). Τέλος, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης άγχους από τους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Theule et al., 2012). Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζουν τη διαταραχή του παιδιού

τους ως πηγή άγχους, η οποία σχετίζεται με συμπτώματα χαμηλής ικανοποίησης από τον γονεϊκό ρόλο και κατάθλιψη. Γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν λιγότερη προσκόλληση με το παιδί τους, περισσότερη έλλειψη ελευθερίας λόγω των απαιτήσεων της ανατροφής ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ και χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα (Byrne et al., 1998).

Σε σύγκρουση με τα παραπάνω ευρήματα έρχονται τα ευρήματα δύο ερευνών. Οι van der Oord και συν. (2006), ανέφεραν συσχέτιση μεταξύ του γονεϊκού άγχους και των συμπτωμάτων απροσεξίας, υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και εναντιωματικής συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά δεν βρήκαν σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων αυτών και της κατάθλιψης. Επίσης, σε άλλη έρευνα, οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Όμως, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ του παιδιού συνδέθηκε με τη διάγνωση της μητέρας με ΔΕΠ-Υ ή με αγχώδεις διαταραχές και με την κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών από τις μητέρες (Kerpley & Ostrander, 2007).

5.4. Έρευνες σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Πολλές έρευνες έχουν καταγράψει χαμηλή συζυγική ικανοποίηση ανάμεσα στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Η κακή επικοινωνία και οι έντονες συγκρούσεις οδηγούν σε χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση. Επιπλέον, έρευνες έχουν υποστηρίξει τη γενικότερη πτώση της συζυγικής ικανοποίησης μετά τη γέννηση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα ποσοστά διαφωνιών μεταξύ των συζύγων και περισσότερα διαζύγια (Anastopoulos et al., 2009· Ben-Naim et al., 2019· Murphy & Burkley, 1996· Schermerhorn et al., 2012). Οι γονείς που έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά βιώνουν αρκετό άγχος και αισθάνονται ανίκανοι να διαχειριστούν τη συμπεριφορά του παιδιού τους, με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από τον σύντροφό τους, ο οποίος συχνά είναι το ίδιο καταβεβλημένος (Sochos & Yahya, 2015).

Επιπλέον, έρευνα έδειξε ότι οι μητέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη κατάθλιψη και είναι λιγότερο ικανοποιημένες από τον γάμο τους συγκριτικά με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι μητέρες αγοριών με ΔΕΠ-Υ δηλώνουν περισσότερες συγκρούσεις με τους συζύγους τους σε σχέση με τις μητέρες κοριτσιών

με ΔΕΠ-Υ, αλλά το ίδιο βρέθηκε ότι ισχύει και για τις μητέρες τυπικών αγοριών και κοριτσιών (Befera & Barkley, 1985).

Οι γονείς παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα συγκρούσεων και χαμηλότερη οικογενειακή οργάνωση, συγκριτικά με γονείς που δεν έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Schroeder & Kelly, 2009). Σύμφωνα με έρευνα, αυτοί οι γονείς αδυνατούν να συμβιώνουν ειρηνικά με τους συντρόφους τους και να αισθάνονται χαρούμενοι στις σχέσεις τους. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έκφραση τρυφερότητας και σεξουαλικής επιθυμίας και γενικότερα στη διαχείριση της σχέσης τους. Αναφορικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, βρέθηκε ότι οι γονείς που έχουν παιδιά με πιο σοβαρά συμπτώματα αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στη διαπραγμάτευση των διαφωνιών με τους συντρόφους τους (Sochos & Yahya, 2015).

Σύμφωνα με τους Wymbs και συν. (2008), οι γονείς που έχουν παιδί διαγνωσμένο με ΔΕΠ-Υ είναι κατά 22.7% πιθανότερο να πάρουν διαζύγιο όταν τα παιδιά θα βρίσκονται στην ηλικία των 8 ετών σε σχέση με τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την έρευνα των Schermerhorn και συν. (2012) όπου διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι προβλεπτικός παράγοντας συζυγικών συγκρούσεων και διαζυγίου, ανεξάρτητα από το μέγεθος της οικογένειας, του φύλου του παιδιού με ΔΕΠ-Υ και της ύπαρξης άλλης ψυχοπαθολογίας του παιδιού.

Τα ευρήματα αυτά δεν υποδηλώνουν ότι η ύπαρξη παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ο μοναδικός παράγοντας κινδύνου (risk factor) που οδηγεί τις οικογένειες αυτές στη διάλυση του γάμου. Περισσότερο υποδεικνύουν ότι η αναστάτωση που προκαλεί η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, οδηγεί στην επιβάρυνση της οικογένειας με επιπλέον άγχος, το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και τελικά να οδηγήσει στο διαζύγιο (Wymbs et al., 2008).

Στην έρευνα των Williamson και Johnston (2016) διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της ύπαρξης παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην οικογένεια δεν επηρεάζει τη συνεργασία των γονέων όταν το παιδί έχει συννοσηρότητα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή. Αντίθετα, αποδείχθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά τη σχέση των γονέων μεταξύ τους. Επομένως, οι συμπεριφορές που συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ δεν είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας των συζυγικών και γονεϊκών προβλημάτων. Εκείνο που βρέθηκε να επηρεάζει τη συζυγική σχέση είναι τα

συμπτώματα ΔΕΠ-Υ που εμφανίζονται στους ίδιους τους γονείς και η συννοσηρότητα του παιδιού (Williamson & Johnston, 2016).

Επιπλέον, η μελέτη των Mash και Johnston (1983) δεν υπέδειξε διαφορές μεταξύ των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ όσον αφορά τις συζυγικές σχέσεις και τα προβλήματα υγείας. Οι μητέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος στις παραπάνω διαστάσεις συγκριτικά με τις μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Το άγχος αυτό όμως δεν αφορά τη σχέση με τον σύζυγο (Mash & Johnston, 1983).

Στην έρευνα των Barkley, Dupaul και McMurray (1990), η πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των μητέρων με και δίχως παιδιά με ΔΕΠ-Υ σχετικά με το άγχος για τη ζωή, τις συγκρούσεις με τον σύζυγο και την κατάθλιψη. Ομοίως, οι Prinz και συν. (1983) δεν απέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συζυγικής ικανοποίησης και των συγκρούσεων μεταξύ των συζύγων με τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκαν τρεις διαφορετικές κλίμακες για την εκτίμηση της συζυγικής ικανοποίησης και τρεις κλίμακες για τη μέτρηση των προβλημάτων του παιδιού, χωρίς ωστόσο να βρεθούν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτούς τους δύο παράγοντες (Prinz et al., 1983).

Μόνο η έρευνα των Ben-Naim και συν. (2019) έχει διερευνήσει τη συζυγική ικανοποίηση των γονέων παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε συνάρτηση με το άγχος και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Ειδικότερα, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, γεγονός που οδηγεί στη μείωση της γονεϊκής τους αυτό-αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα τη μείωση της συζυγικής ικανοποίησης.

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η διερεύνηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης της μητέρας στη συζυγική ικανοποίηση και την αυτό-αποτελεσματικότητα, καθώς το θέμα αυτό δεν έχει διερευνηθεί σε παλαιότερες έρευνες. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία εστιάζει κυρίως στην καταγραφή των διαφορών των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ σε μεταβλητές όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η συννοσηρότητα του παιδιού και οι γονεϊκές πρακτικές. Ωστόσο, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η επίδραση της έντασης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού, του άγχους και της κατάθλιψης των μητέρων στη συζυγική τους ικανοποίηση και στην αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Επίσης, επιλέχθηκε η μελέτη μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ καθώς έχει αποδειχθεί από

προηγούμενες έρευνες ότι οι μητέρες αυτές εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επειδή η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν καταλήγει σε σαφή αποτελέσματα σχετικά με τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων, στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η σε βάθος διερεύνηση των σχέσεων των μεταβλητών που αναφέρθηκαν παραπάνω με τη συζυγική ικανοποίηση αλλά και την αυτό-αποτελεσματικότητα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7^ο: Μεθοδολογία της έρευνας

7.1. Περιγραφή κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται το ερευνητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Στο πρώτο υποκεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, αναλύονται τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Ακολουθεί η περιγραφή του τρόπου με τον οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα και σε επόμενο υποκεφάλαιο πραγματοποιείται η περιγραφή των χαρακτηριστικών των μητέρων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Επιπλέον, αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και στη συνέχεια παρατίθενται και εξηγούνται τα αποτελέσματα της έρευνας.

7.2. Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του άγχους, της κατάθλιψης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της συζυγικής ικανοποίησης μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των μητέρων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών αναφορικά με τις προαναφερθείσες μεταβλητές. Εξετάστηκε η επίδραση του άγχους, της κατάθλιψης και του βαθμού έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού στην αυτό-αποτελεσματικότητα και τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν τα εξής:

1. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (μητέρες παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ) ως προς την επίδραση της έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού στη συζυγική ικανοποίηση και στην αυτό-αποτελεσματικότητα;
2. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (μητέρες παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ) ως προς την επίδραση του άγχους στη συζυγική ικανοποίηση και στην αυτό-αποτελεσματικότητα;
3. Διαφοροποιούνται οι δύο ομάδες (μητέρες παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ) ως προς την επίδραση της κατάθλιψης στη συζυγική ικανοποίηση και στην αυτό-αποτελεσματικότητα;

4. Επηρεάζει η ένταση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού τη συζυγική ικανοποίηση και την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ;

5. Επηρεάζει ο βαθμός άγχους τη συζυγική ικανοποίηση και την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ;

6. Επηρεάζει ο βαθμός κατάθλιψης τη συζυγική ικανοποίηση και την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ;

7.3. Εργαλεία της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα δόθηκε ερωτηματολόγιο, στο οποίο συμπεριελήφθησαν έξι ερωτηματολόγια-κλίμακες.

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ορισμένες ερωτήσεις καταγραφής των ατομικών χαρακτηριστικών των μητέρων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων αποτελούνταν από 8 ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία της μητέρας, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το επάγγελμα, το ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα και τον αριθμό των παιδιών. Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ καλούνταν να απαντήσουν σε 4 επιπλέον ερωτήσεις που αφορούσαν τη διάγνωση, το φύλο, την ηλικία του παιδιού και τα χρόνια που πέρασαν από τη διάγνωση.

Κλίμακα αξιολόγησης των λειτουργικών προβλημάτων (Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report, WFIRS-P)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από την καναδική ένωση για τη ΔΕΠ-Υ (CADDRA) και συγκεκριμένα από τη Margaret Weiss (CADDRA, 2011) και χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της λειτουργικότητας που σχετίζεται με τη ΔΕΠ-Υ.

Το WFIRS-P αποτελείται από 50 ερωτήσεις. Οι γονείς συμπληρώνουν τις ερωτήσεις σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού αναφορικά με 6 περιοχές: Οικογένεια (10 ερωτήσεις), Σχολείο (10 ερωτήσεις), Δεξιότητες της καθημερινής ζωής (10 ερωτήσεις), Αυτοαντίληψη του παιδιού (3 ερωτήσεις), Κοινωνικές δραστηριότητες (7 ερωτήσεις) και Επικίνδυνες δραστηριότητες (10 ερωτήσεις).

Κάθε ερώτηση της κλίμακας βαθμολογείται με μία 4βαθμη κλίμακα Likert (0 έως 3) ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο τα συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα του παιδιού έχουν επηρεάσει τη λειτουργικότητά του κατά τον τελευταίο μήνα. Οι απαντήσεις της κλίμακας Likert κυμαίνονται από το 0 «ποτέ ή καθόλου» έως το 3 «Πολύ συχνά ή πάρα πολύ» και επίσης περιλαμβάνεται η απάντηση «Δεν απαντώ». Η διατύπωση των απαντήσεων περιέχει περιγραφή της έντασης και της συχνότητας, καθώς ορισμένα αντικείμενα του ερωτηματολογίου ενδέχεται να είναι σπάνια αλλά να

έχουν σοβαρές συνέπειες, ενώ άλλα μπορεί να είναι συχνά αλλά να έχουν μέτριες επιδράσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού.

Όσον αφορά τον δείκτη αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου για την παρούσα έρευνα, υπολογίστηκε ο Cronbach's alpha. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου είναι $\alpha=0.947$, γεγονός που υποδηλώνει άριστη εσωτερική συνέπεια.

Ερωτηματολόγιο γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας (PSOC: Parenting Sense of Competence)

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε επίσης η έκδοση των Johnston και Mash (1989) του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από τους Gibaud-Wallston και Wandemman (1978, όπ. αναφ. στο Johnston & Mash, 1989). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αναφέρεται στη γενική γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα, χωρίς να εστιάζει σε συγκεκριμένα καθήκοντα των γονέων. Ειδικότερα, οι γονείς αξιολογούν την αυτοπεποίθησή τους αναφορικά με τις δεξιότητές τους για τη διαχείριση των προβλημάτων του παιδιού τους.

Αποτελείται από 17 ερωτήσεις που εκτιμούν τη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα και περιλαμβάνει δύο υποκλίμακες, την ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα. Οι ερωτήσεις απαντώνται με μία 6βαθμη κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα έως 6=Συμφωνώ απόλυτα). Το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται από 17 έως 102. Υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν περισσότερη γονεϊκή αυτό-αποτελεσματικότητα.

Για την παρούσα μελέτη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου είναι $\alpha=0.779$. Επομένως, η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου είναι αποδεκτή.

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του γονεϊκού άγχους (PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form)

Για την εκτίμηση του γονεϊκού άγχους χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Parenting Stress Index του Abidin (1995, όπ. αναφ. στο Λεζέ, 2013), ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που έχει υψηλή αξιοπιστία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες απαντούν με μία 5βαθμη κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ πολύ έως 5=Συμφωνώ πολύ). Οι ερωτήσεις αυτές διακρίνονται σε τέσσερις υποκλίμακες:

- Συναισθηματική φόρτιση του γονέα (Parental Distress): αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο οι γονείς αισθάνονται αποτελεσματικοί, περιορισμένοι ή επιβαρυνμένοι από τον ρόλο τους.

- Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (Parent-child Dysfunctional Interaction): προσδιορίζει τον βαθμό στον οποίο ο γονέας αισθάνεται ικανοποιημένος από το παιδί και τη σχέση του μαζί του.

- Δύσκολο παιδί (Difficult Child): εστιάζει σε στοιχεία της συμπεριφοράς του παιδιού που μπορεί να δυσκολεύουν τον γονέα στην ανατροφή του παιδιού.

- Συνολικό γονεϊκό άγχος (Total Stress): υπολογίζει το συνολικό άγχος του γονέα.

Ο υπολογισμός του γονεϊκού άγχους γίνεται με την εξαγωγή του αθροίσματος των ανεπεξέργαστων βαθμολογιών των γονέων (raw scores). Γενικότερα, υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Σχετικά με την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα, υπολογίστηκε η συνολική εσωτερική συνοχή. Ο δείκτης alpha του Cronbach για το συγκεκριμένο εργαλείο είναι $\alpha=0.943$, κάτι που υποδηλώνει την ύπαρξη άριστης εσωτερικής συνέπειας.

Ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI: Beck's Depression Inventory)

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του βαθμού κατάθλιψης των συμμετεχουσών ήταν το BDI (Beck et al., 1961). Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης που αποτελείται από 21 δηλώσεις οι οποίες αφορούν τη διάθεση, την απαισιοδοξία, την αίσθηση αποτυχίας, το συναίσθημα του ανικανοποίητου, την ενοχή, την τιμωρία, τις αυτοκτονικές ιδέες, το κλάμα, την αναποφασιστικότητα, την αλλαγή της εικόνας του σώματος, τη δυσκολία εργασίας, την αυπνία την κόπωση και την απώλεια της λίμπιντο.

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο βρίσκονται σε 4βαθμη κλίμακα. Το σκορ στο ερωτηματολόγιο δείχνει τον βαθμό κατάθλιψης του ατόμου. Τα τυποποιημένα όρια κατηγοριοποίησης του σκορ είναι τα εξής: Φυσιολογικές μεταβολές της διάθεσης (1-10), Ελαφριά διαταραχή της διάθεσης (11-16), Οριακά κλινική κατάθλιψη (17-20), Ήπια μορφή κατάθλιψης (21-30), Σοβαρή μορφή κατάθλιψης (31-40) και Ακραία μορφή κατάθλιψης (41 και άνω).

Στην εν λόγω έρευνα, ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) του ερωτηματολογίου είναι $\alpha=0.890$, γεγονός που υποδηλώνει καλή εσωτερική συνέπεια.

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συζυγικής ικανοποίησης (MSI-R: Marital Satisfaction Inventory-Revised)

Πρόκειται για τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε από τους Whisman και συν. (2009) και μετρά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την σχέση τους με τον/την σύζυγο.

Είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 10 δηλώσεις με διχοτομημένες απαντήσεις (Ναι-Όχι). Η απάντηση πολλών ερωτήσεων με Ναι δείχνει υψηλό βαθμό συζυγικής ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, η απάντηση με Ναι σε περισσότερες από 4 ερωτήσεις υποδεικνύει την ύπαρξη καλής σχέσης με τον/την σύζυγο.

Όσον αφορά τη συνολική αξιοπιστία του εργαλείου στην παρούσα μελέτη, υπολογίστηκε ότι ο δείκτης alpha του Cronbach είναι $\alpha=0.781$. Επομένως, το ερωτηματολόγιο έχει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

7.4. Συλλογή δεδομένων

Η διανομή των ερωτηματολογίων ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2020 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2021. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε μητέρες παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ κυρίως στην περιοχή των Ιωαννίνων αλλά και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Ο καθορισμός του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, καθώς και με τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας, όπου ορισμένες συμμετέχουσες υπέδειξαν άλλες μητέρες για να συμμετέχουν στην έρευνα. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε κυρίως μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε Δημοτικά και Γυμνάσια γενικής και ειδικής αγωγής, σε ειδικά θεραπευτήρια ειδικής αγωγής και σε συλλόγους σχετικούς με τη ΔΕΠ-Υ. Πριν από τη διανομή, υπήρχε επικοινωνία με τους διευθυντές και τους υπεύθυνους των μονάδων και ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας. Η επικοινωνία γινόταν τηλεφωνικά και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Λόγω της πανδημίας του νέου κορωνοϊού COVID-19 και των μέτρων απαγόρευσης, η διά ζώσης διανομή των ερωτηματολογίων ήταν αρκετά περιορισμένη. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε η εφαρμογή Google Forms. Σε κάθε περίπτωση υπήρξε διαβεβαίωση για την εμπιστευτικότητα των στοιχείων των συμμετεχουσών και για την ανωνυμία στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

7.5. Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 212 μητέρες, 100 μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης (ομάδα ελέγχου) και 112 μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ (πειραματική ομάδα). Παρακάτω αναλύονται τα χαρακτηριστικά των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Όσον αφορά την ηλικία των μητέρων της πειραματικής ομάδας, 2 μητέρες (0.9%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα έως 30 ετών, 56 (26.4%) ήταν στην ομάδα 31 έως 40 ετών, 46 μητέρες (21.7%) είχαν ηλικίες 41 έως 50 ετών και 8 μητέρες (3.8%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 51 έως 60 ετών. Καμία μητέρα δεν είχε ηλικία άνω των 61 ετών. Από την ομάδα ελέγχου, 9 μητέρες (4.2%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα έως 30 ετών, η πλειοψηφία των μητέρων, συγκεκριμένα 61 συμμετέχουσες (28.8%) είχαν ηλικίες 31 έως 40, 24 μητέρες (11.3%) ανήκαν στην ομάδα 41 έως 51 και 6 μητέρες (2.8%) είχαν ηλικία 51 έως 60 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ηλικία μητέρων

Ηλικία μητέρας	Ομάδα μητέρας			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Έως 30 ετών	2	0.9%	9	4.2%
31 έως 40 ετών	56	26.4%	61	28.8%
41 έως 50 ετών	46	21.7%	24	11.3%
51 έως 60 ετών	8	3.8%	6	2.8%

Σχετικά με τον τόπο κατοικίας των μητέρων, οι περισσότερες μητέρες της πειραματικής ομάδας, συγκεκριμένα 85 μητέρες (40.1%) διέμεναν σε αστική περιοχή και 27 μητέρες (12.7%) σε μη αστικές περιοχές. Οι 69 μητέρες (32.5%) της ομάδας ελέγχου έμεναν σε αστικές περιοχές, ενώ οι 31 μητέρες (14.6%) σε μη αστικές περιοχές (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Τόπος διαμονής μητέρων

Τόπος διαμονής	Ομάδα μητέρας			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστική περιοχή	85	40.1%	69	32.5%
Μη αστική περιοχή	27	12.7%	31	14.6%

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των μητέρων της πειραματικής ομάδας, 2 μητέρες (0.9%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτες Γυμνασίου, οι 17 (8%) είναι απόφοιτες Λυκείου, οι 35 (16.5%) είναι απόφοιτες μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, Μέση εκπαίδευση κλπ.), οι 36 (17%) είναι απόφοιτες Πανεπιστημίου και οι 22 (10.4%) δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος. Από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου, μία μητέρα (0.5%) είναι απόφοιτη Γυμνασίου, 7 μητέρες (3.3%) είναι απόφοιτες Λυκείου, οι 24 (11.3%) είναι απόφοιτες μεταλυκειακής εκπαίδευσης, οι 37 (17.5%) δήλωσαν απόφοιτες Πανεπιστημιακής σχολής και οι 31 (14.6%) κατέχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο μητέρων

Μορφωτικό επίπεδο	Ομάδα μητέρας			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Απόφοιτος Γυμνασίου	2	0.9%	1	0.5%
Απόφοιτος Λυκείου	17	8.0%	7	3.3%
Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης	35	16.5%	24	11.3%
Απόφοιτος Πανεπιστημίου	36	17.0%	37	17.5%
Κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος	22	10.4%	31	14.6%

Αναφορικά με το ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα, απάντησαν οι 203 από τις 212 μητέρες, καθώς η ερώτηση ήταν προαιρετική. Από τις μητέρες της πειραματικής ομάδας, οι 14 (6.9%) δήλωσαν ότι το εισόδημα της οικογένειας κυμαίνεται από 0 έως 10000 ευρώ, οι 48 (23.6%) από 10001 έως 20000 ευρώ, οι 20 (9.9%) από 20001 έως 30000 ευρώ, οι 9 μητέρες (4.4%) δήλωσαν ότι κυμαίνεται από 30001 έως 40000 ευρώ, οι 11 (5.4%) από 40001 έως 50000 ευρώ, μία μητέρα (0.5%)

δήλωσε ότι το εισόδημα είναι μεταξύ 50001 και 60000 ευρώ και 4 μητέρες (2%) ανέφεραν ότι το οικογενειακό εισόδημα είναι μεγαλύτερο των 60001 ευρώ ετησίως. Από την ομάδα ελέγχου, οι 15 (7.4%) δήλωσαν ότι έχουν οικογενειακό εισόδημα από 0 έως 10000 ευρώ, οι 44 (21.7%) έχουν εισόδημα από 10001 έως 20000 ευρώ, οι 20 (9.9%) ανέφεραν ότι το εισόδημα κυμαίνεται από 20001 έως 30000 ευρώ, 11 μητέρες (5.4%) έχουν εισόδημα από 30001 έως 40000 ευρώ, 4 (2%) δήλωσαν ότι το εισόδημα κυμαίνεται από 40001 έως 50000 ευρώ και 2 μητέρες (1%) ανέφεραν ότι το οικογενειακό εισόδημα είναι μεγαλύτερο από 60001 ευρώ ετησίως (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα μητέρων

Ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα	Ομάδα μητέρας			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Κάτω από 10000	14	6.9%	15	7.4%
10001-20000	48	23.6%	44	21.7%
20001-30000	20	9.9%	20	9.9%
30001-40000	9	4.4%	11	5.4%
40001-50000	11	5.4%	4	2.0%
50001-60000	1	0.5%	0	0%
Πάνω από 60001	4	2.0%	2	1.0%

Σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που υπάρχουν στην οικογένεια των μητέρων του δείγματος, 72 μητέρες (34%) της πειραματικής ομάδας δήλωσαν ότι έχουν 2 παιδιά. Οι 22 (10.4%) έχουν 3 παιδιά, οι 17 (8%) δήλωσαν ότι έχουν 1 παιδί και μία μητέρα (0.5%) έχει 5 παιδιά. Από την ομάδα ελέγχου, 55 μητέρες (25.9%) έχουν 2 παιδιά, 32 (15.1%) έχουν 1 παιδί, 11 (5.2%) δήλωσαν ότι έχουν 3 παιδιά, μία μητέρα (0.5%) έχει 4 παιδιά και άλλη μία μητέρα (0.5%) έχει 5 παιδιά (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Αριθμός παιδιών

Αριθμός παιδιών	Ομάδα μητέρας			
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
1	17	8.0%	32	15.1%
2	72	34.0%	55	25.9%
3	22	10.4%	11	5.2%
4	0	0%	1	0.5%
5	1	0.5%	1	0.5%

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία που συμπλήρωσαν οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Όσον αφορά το φύλο του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, 85 (75.9%) είναι αγόρια και τα 27 (24.1%) κορίτσια (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Φύλο παιδιού με ΔΕΠ-Υ

	Φύλο παιδιού με ΔΕΠ-Υ	
	Συχνότητα	Ποσοστό
Αγόρι	85	75.9%
Κορίτσι	27	24.1%

Αναφορικά με την ηλικία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, η μέση ηλικία ήταν τα 10.17 έτη με τυπική απόκλιση 3.99. Η ελάχιστη τιμή ήταν τα 4 έτη και η μέγιστη τα 25 έτη (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Ηλικία παιδιού με ΔΕΠ-Υ

	Ηλικία παιδιού με ΔΕΠ-Υ
Μέσος όρος	10.17
Τυπική απόκλιση	3.99
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	25

Σχετικά με το πόσα χρόνια έχουν περάσει από όταν διαγνώστηκε το παιδί με ΔΕΠ-Υ, η μέση τιμή ήταν τα 3.65 χρόνια με τυπική απόκλιση 3.305. Η ελάχιστη τιμή ήταν το 0, δηλαδή δεν είχε περάσει ένας χρόνος από τη διάγνωση και η μέγιστη τιμή ήταν τα 20 έτη (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Χρόνια από τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

	Χρόνια από τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ
Μέσος όρος	3.65
Τυπική απόκλιση	3.305
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	20

Κεφάλαιο 8^ο: Τα αποτελέσματα της έρευνας

8.1. Στατιστική ανάλυση

Οι εξαρτημένες μεταβλητές της παρούσας μελέτης ήταν η συζυγική ικανοποίηση και η αυτό-αποτελεσματικότητα, ενώ η ύπαρξη στην οικογένεια παιδιού με ΔΕΠ-Υ αποτέλεσε την ανεξάρτητη μεταβλητή η οποία είχε δύο επίπεδα [ομάδα ελέγχου (οικογένεια με παιδί χωρίς ΔΕΠ-Υ) και πειραματική ομάδα (οικογένεια με παιδί με ΔΕΠ-Υ)]. Επιπρόσθετες ανεξάρτητες μεταβλητές της παρούσας μελέτης ήταν η ένταση της ΔΕΠ-Υ, τα επίπεδα άγχους και τα επίπεδα κατάθλιψης. Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συν-διακύμανσης (ANCOVA) για κάθε μια από τις εξαρτημένες μεταβλητές, όπου η ομάδα (ελέγχου ή πειραματική) αποτέλεσε τον κατηγορικό παράγοντα και κάθε μια από τις ανεξάρτητες μεταβλητές την συν-μεταβλητή (covariate). Ελέγχθηκαν τόσο οι κύριες επιδράσεις του κατηγορικού παράγοντα (ομάδα) και της συν-μεταβλητής (επίπεδα της εξαρτημένης μεταβλητής για διαφορετικά επίπεδα της συν-μεταβλητής), όσο και η αλληλεπίδραση κατηγορικού παράγοντα και συν-μεταβλητής (αν δηλαδή η μεταβολή της συν-μεταβλητής επιφέρει διαφορετική επίδραση στα επίπεδα της εξαρτημένης μεταβλητής ανάλογα με την ομάδα).

Για όλες τις αναλύσεις της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ρουτίνα MIXED του στατιστικού λογισμικού SPSS (v.23, Armonck, NY, USA) όπου οι συν-μεταβλητές κανονικοποιήθηκαν ως τιμές-Z με βάση τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση του δείγματος προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η ερμηνεία των σημείων τομής (intercept) των εξισώσεων πρόβλεψης των εκάστοτε μοντέλων. Με βάση το μοντέλο της ανάλυσης συν-διακύμανσης η κύρια επίδραση του κατηγορικού παράγοντα αποδίδεται ως η διαφορά (contrast) των 2 ομάδων, ενώ η κύρια επίδραση της συν-μεταβλητής αποδίδεται ως μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής για μια τυπική απόκλιση. Το σημείο τομής (intercept) αντιπροσωπεύει την τιμή της πειραματικής ομάδας για τιμή της συν-μεταβλητής ίση με το μέσο όρο. Η αλληλεπίδραση ερμηνεύεται ως η μεταβολή της κύριας επίδρασης της συν-μεταβλητής για το δεύτερο επίπεδο του κατηγορικού παράγοντα. Για τον υπολογισμό των παραμέτρων σε contrasts που δεν προέκυπταν άμεσα από το στατιστικό μοντέλο (δηλαδή για τον υπολογισμό των σημείων τομής σε επίπεδα της συν-μεταβλητής διαφορετικά από τον μέσο όρο) χρησιμοποιήθηκε κώδικας κατά παραγγελία από το

λογισμικό. Για τις συγκρίσεις των κατά παραγγελία contrasts χρησιμοποιήθηκε το Wald F test το οποίο κατ' ομοιότητα με το t-test προσδίδει στατιστική σημαντικότητα (p values). Σε όλες τις συγκρίσεις το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $p=0,05$.

8.2. Αποτελέσματα της έρευνας

Οι παρατηρούμενες (observed) τιμές (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών για τις δύο ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) των μεταβλητών της παρούσας μελέτης.

Μεταβλητή	Πειραματική ομάδα (n=112)		Ομάδα ελέγχου (n=100)	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Συζυγική ικανοποίηση	4.9	2.8	5.8	2.6
Αυτό-αποτελεσματικότητα	66.7	10.4	70.9	9.6
ΔΕΠ-Υ	1.01	0.39	0.48	0.33
Άγχος	95.4	21.4	78.0	20.6
Κατάθλιψη	12.2	8.7	8.8	7.1

Οι εκτιμήσεις της ανάλυσης συν-διακύμανσης (estimates, model-implied values) για τις παραμέτρους των μοντέλων παρέχονται στους Πίνακες 10-15. Μέσοι όροι±τυπικές αποκλίσεις για τις τιμές των εξαρτημένων μεταβλητών συζυγικής ικανοποίησης και αυτό-αποτελεσματικότητας για τα διαφορετικά επίπεδα των συν-μεταβλητών παρέχονται για την ομάδα ελέγχου και την πειραματική ομάδα στα Γραφήματα 1-6. Τα επίπεδα των συν-μεταβλητών ορίζονται ως τυπικά (μέσος όρος), υψηλότερα και πολύ υψηλότερα από τα τυπικά (+1SD και +2SD αντίστοιχα).

Η κύρια επίδραση της μεταβολής της ΔΕΠ-Υ κατά 1 τυπική απόκλιση (από τον μέσο όρο στον +1SD) στα επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης παρέχεται άμεσα για την ομάδα αναφοράς (δηλαδή την πειραματική ομάδα) άρα ισούται με -0.435 και έμμεσα ως αλληλεπίδραση για την ομάδα ελέγχου (άρα ισούται ως $-0.435+0.59=0.16$). Εδώ επομένως, εξετάζεται η κλίση της ευθείας για τις ομάδες, δηλαδή η μεταβολή στην εξαρτημένη μεταβλητή όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή αυξηθεί από το μέσο όρο στο

+1SD. Το μοντέλο παρέχει απευθείας την κλίση για την ομάδα αναφοράς (εδώ την πειραματική), ενώ η κλίση για την ομάδα ελέγχου δίνεται έμμεσα μέσω της αλληλεπίδρασης ως αλγεβρικό άθροισμα. Κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί ότι η τιμή p της κλίσης για την ομάδα ελέγχου δεν θα είναι αυτή που φαίνεται στον Πίνακα 10, διότι αυτή η τιμή p εξετάζει εάν η διαφορά της κλίσης της ομάδας ελέγχου είναι στατιστικά σημαντική από την κλίση της πειραματικής ομάδας. Έμμεσα προκύπτει ότι, αφού η μια κλίση είναι μη στατιστικά σημαντική και η άλλη κλίση δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την πρώτη, τότε και οι δύο κλίσεις είναι στατιστικά μη σημαντικές. Το ακριβές p της κλίσης για την ομάδα ελέγχου προκύπτει με custom contrast. Η ίδια λογική ισχύει για όλους τους πίνακες. Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία για τα contrasts, δηλαδή τις συγκρίσεις που δεν προκύπτουν άμεσα από το μοντέλο, χρησιμοποιείται custom syntax από το λογισμικό.

Πίνακας 10. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη συζυγική ικανοποίηση.

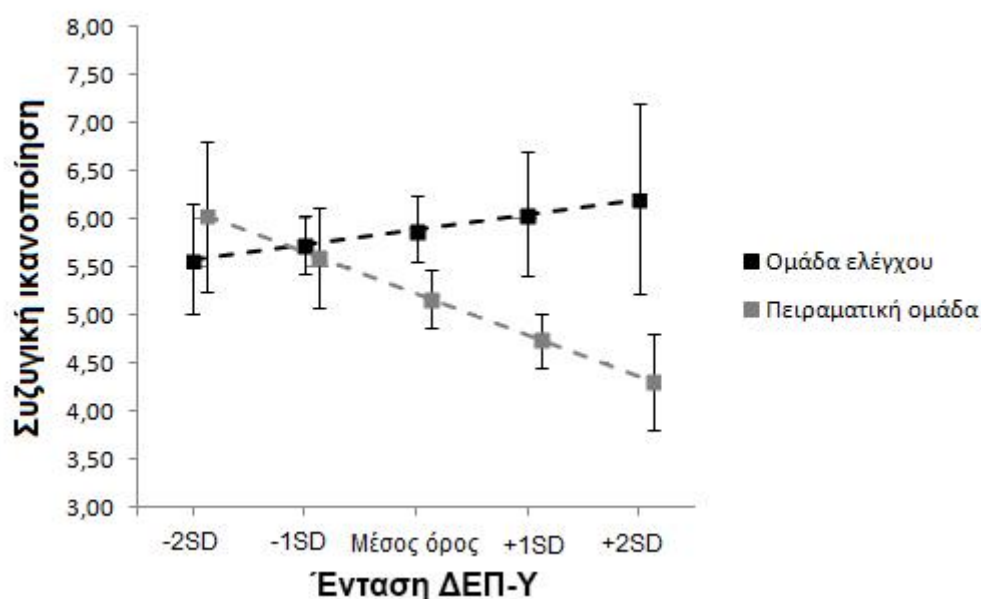
Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95%CI	+95% CI
Intercept	5,17	0,30	208	17,19	<0,001	4,57	5,76
Ομάδα ελέγχου	0,73	0,46	208	1,58	0,115	-0,18	1,64
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score ΔΕΠΥ	-0,435	,29	208	-1,47	0,143	-1,01	,15
Ομάδα ελέγχου * Z-score ΔΕΠΥ	0,59	,47	208	1,26	0,209	-,33	1,51
Πειραματική ομάδα * Z-score ΔΕΠΥ	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ την πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Αναφορικά με το 4^ο ερευνητικό ερώτημα, η μεταβολή της έντασης της ΔΕΠ-Υ κατά μία τυπική απόκλιση δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντική μεταβολή της συζυγικής ικανοποίησης τόσο για την πειραματική (5.17 σε 4.73, Δ =-0,435 μονάδες, p =0,143) όσο και για την ομάδα ελέγχου (5.89 σε 6.05, Δ =0,16 μονάδες, p =0,666) (Πίνακας 10).

Όσον αφορά το 1^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων διαπιστώθηκε μια τάση για χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου για υψηλότερα (+1SD) (4.74 έναντι 6.06, $\Delta=1,32$ μονάδες, $p=0,063$) και πολύ υψηλότερα (+2SD) (4.31 έναντι 6.21, $\Delta=1,90$ μονάδες; $p=0,086$) από τα τυπικά επίπεδα έντασης ΔΕΠ-Υ, χωρίς ωστόσο να φτάσει στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα ΔΕΠ-Υ.

Σημείωση:

Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

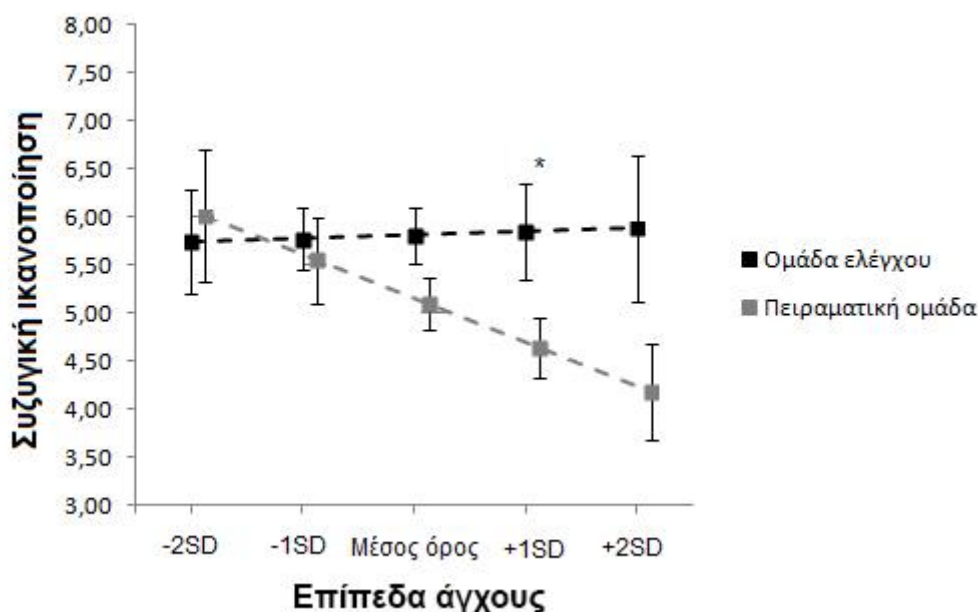
Πίνακας 11. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση του άγχους στη συζυγική ικανοποίηση.

Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95%CI	+95% CI
Intercept	5,09	0,27	208	18,79	<0,001	4,56	5,63
Ομάδα ελέγχου	0,72	0,40	208	1,81	0,072	-0,07	1,51
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score stress	-0,46	0,27	208	-1,70	0,092	-0,99	0,07
Ομάδα ελέγχου * Z-score stress	0,49	0,40	208	1,23	0,220	-0,30	1,28
Πειραματική ομάδα * Z-score stress	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Σχετικά με το 5^ο ερευνητικό ερώτημα, η αύξηση των επιπέδων άγχους κατά μία τυπική απόκλιση είχε ως αποτέλεσμα μια τάση για μείωση της συζυγικής ικανοποίησης για την πειραματική ομάδα η οποία όμως δεν έφτασε στα όρια στατιστικής σημαντικότητας (5.09 σε 4.63, $\Delta=-0,46$ μονάδες, $p=0,092$), ενώ δεν οδήγησε σε καμία σημαντική μεταβολή της συζυγικής ικανοποίησης για την ομάδα ελέγχου (5.81 σε 5.84, $\Delta=0,03$ μονάδες, $p=0,904$) (Πίνακας 11). Όσον αφορά το 2^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου για υψηλότερα από τα τυπικά επίπεδα άγχους (+1SD) (4.64 έναντι 5.85, $\Delta=1,21$ μονάδες; $p=0,038$), καθώς και τάσεις οι οποίες όμως δεν έφτασαν τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση τόσο για τυπικά (5.09 έναντι 5.81, $\Delta=0,72$ μονάδες; $p=0,072$) όσο και για πολύ υψηλότερα (+2SD) από τα τυπικά επίπεδα άγχους (4.18 έναντι 5.89, $\Delta=1,71$ μονάδες; $p=0,064$ αντίστοιχα) (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα άγχους.

Σημείωση:

Το σύμβολο * υποδηλώνει $p<0.05$ για την ομάδα ελέγχου vs. πειραματική. Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

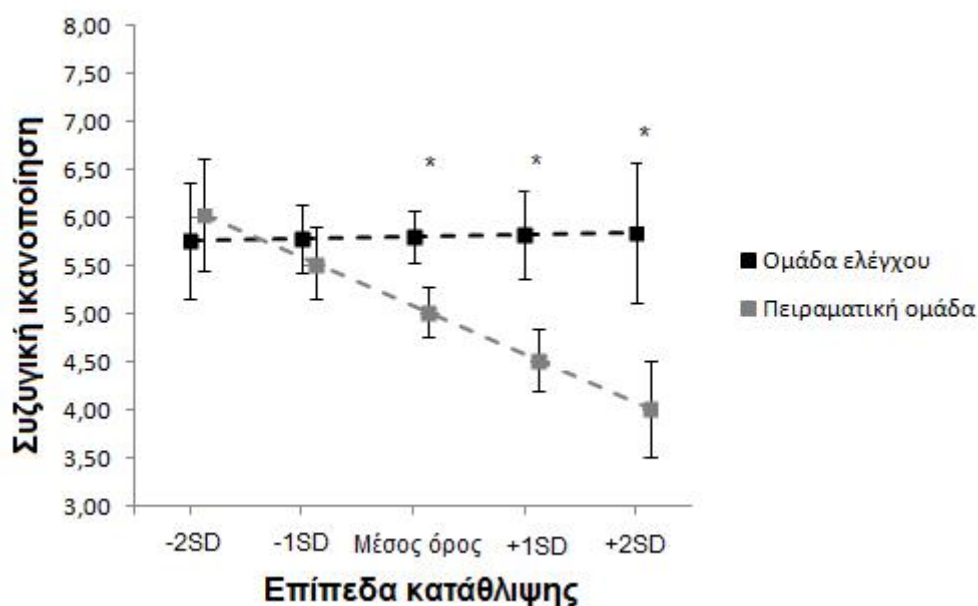
Πίνακας 12. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της κατάθλιψης στη συζυγική ικανοποίηση.

Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95%CI	+95%CI
Intercept	5,03	0,26	208	19,626	<0,001	4,52	5,53
Ομάδα ελέγχου	0,78	0,38	208	2,069	0,040	0,037	1,52
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score κατάθλιψης	-0,50	0,24	208	-2,136	0,034	-0,97	-0,04
Ομάδα ελέγχου * Z-score κατάθλιψης	0,53	0,39	208	1,350	0,178	-0,24	1,29
Πειραματική ομάδα * Z-score κατάθλιψης	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Αναφορικά με το 6^ο ερευνητικό ερώτημα, αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης κατά μία τυπική απόκλιση είχε ως αποτέλεσμα μια στατιστικά σημαντική μείωση της συζυγικής ικανοποίησης για την πειραματική ομάδα (5.03 σε 4.53, $\Delta=-0,50$ μονάδες, $p=0,034$), ενώ δεν οδήγησε σε καμία σημαντική μεταβολή της συζυγικής ικανοποίησης για την ομάδα ελέγχου (5.80 σε 5.83, $\Delta=0,03$ μονάδες, $p=0,947$) (Πίνακας 12). Σχετικά με το 3^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου για τυπικά (5.02 έναντι 5.80, $\Delta=0,78$ μονάδες; $p=0,04$), υψηλότερα από τα τυπικά (+1SD) (4.52 έναντι 5.82, $\Delta=1,3$ μονάδες; $p=0,021$) καθώς και για πολύ υψηλότερα από τα τυπικά επίπεδα κατάθλιψης (+2SD) (4.02 έναντι 5.85, $\Delta=1,83$ μονάδες; $p=0,04$) (Γράφημα 3).



Γράφημα 3. Επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης.

Σημείωση:

Το σύμβολο * υποδηλώνει $p < 0.05$ για την ομάδα ελέγχου vs. πειραματική. Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

Πίνακας 13. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της ΔΕΠ-Υ στην αυτό-αποτελεσματικότητα.

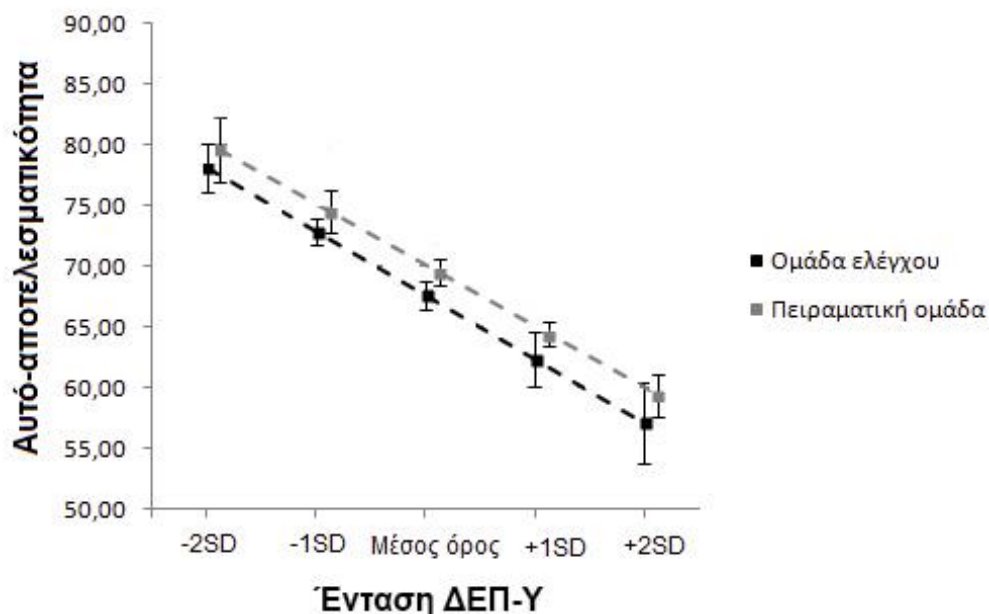
Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95%CI	+95% CI
Intercept	69,5	1,03	208	67,328	<0,001	67,5	71,5
Ομάδα ελέγχου	-1,9	1,6	208	-1,191	,235	-5,0	1,2
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score ΔΕΠΥ	-5,1	1,01	208	-5,036	<0,001	-7,05	-3,1
[ομάδα=ελέγχου] * Z-score ΔΕΠΥ	-0,18	1,6	208	-,118	0,906	-3,3	3,0
[ομάδα=πειραματική] * Z-score ΔΕΠΥ	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Σχετικά με το 4^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταβολή της έντασης της ΔΕΠ-Υ κατά μία τυπική απόκλιση είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μεταβολή της αυτό-

αποτελεσματικότητας τόσο για την πειραματική ομάδα (από 69.5 σε 64.4, $\Delta=-5,1$ μονάδες, $p<0,001$) όσο και για την ομάδα ελέγχου (από 67.6 σε 62.4, $\Delta=-5.2$, $p<0.001$) (Πίνακας 13). Όσον αφορά το 1^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά για όλο το εύρος επιπέδων της συν-μεταβλητής (Γράφημα 4).



Γράφημα 4. Επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα έντασης της ΔΕΠ-Υ.

Σημείωση:

Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

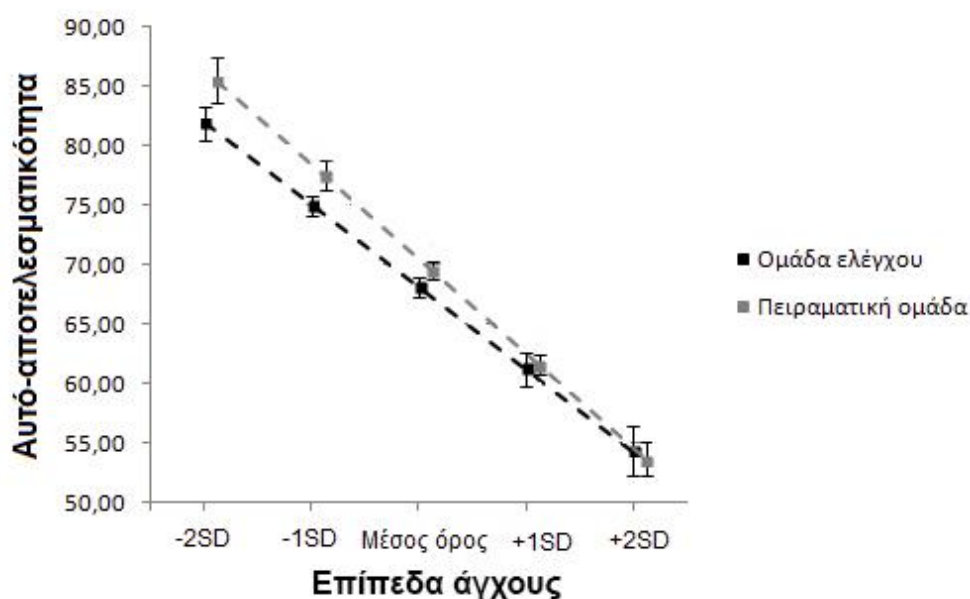
Πίνακας 14. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση του άγχους στην αυτό-αποτελεσματικότητα.

Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95%CI	+95%CI
Intercept	69,6	,74	208	93,82	<0,001	68,1	71,1
Ομάδα ελέγχου	-1,5	1,1	208	-1,363	,174	-3,67	0,67
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score stress	-8,0	,74	208	-10,79	<0,001	-9,4	-6,5
[ομάδα=ελέγχου] * Z-score stress	1,1	1,1	208	,984	,326	-1,1	3,2
[ομάδα=πειραματική] * Z-score stress	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Σχετικά με το 5^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταβολή των επιπέδων άγχους κατά μία τυπική απόκλιση είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μεταβολή της αυτό-αποτελεσματικότητας τόσο για την πειραματική (από 69.6 σε 61.6, $\Delta=-8,0$ μονάδες, $p<0,001$) όσο και για την ομάδα ελέγχου (από 68.1 σε 61.2, $\Delta=-6,9$ μονάδες, $p=0.002$), (Πίνακας 14). Όσον αφορά το 2^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά, παρά μόνο μια τάση για μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα της πειραματικής έναντι της ομάδας ελέγχου σε χαμηλά επίπεδα άγχους (-1SD) (77.6 έναντι 75.0, $\Delta=2,6$ μονάδες; $p=0,089$) (Γράφημα 5).



Γράφημα 5. Επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα άγχους.

Σημείωση:

Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

Πίνακας 15. Ανάλυση συν-διακύμανσης για την επίδραση της κατάθλιψης στην αυτό-αποτελεσματικότητα.

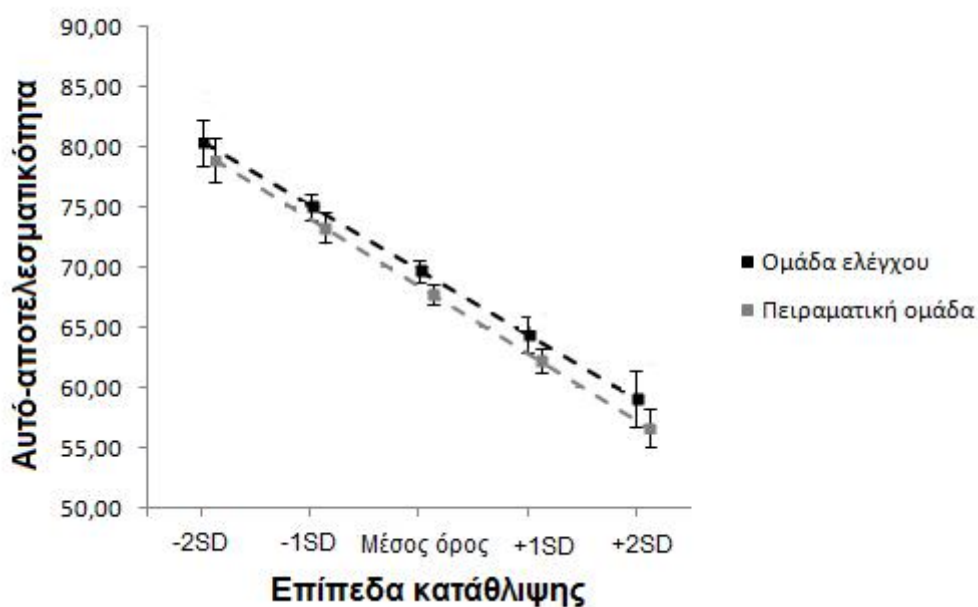
Parameter	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	-95% CI	+95% CI
Intercept	67,8	,82	208	82,453	<0,001	66,2	69,4
Ομάδα ελέγχου	1,98	1,2	208	1,591	,113	-,46	4,3
Πειραματική ομάδα	0 ^b	0	.	.	.	.	.
Z-score κατάθλιψης	-5,6	,76	208	-7,327	<0,001	-7,05	-4,1
Ομάδα ελέγχου * Z-score κατάθλιψης	,22	1,25	208	,178	,859	-2,24	2,68
Πειραματική ομάδα * Z-score κατάθλιψης	0 ^b	0	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Το σύμβολο ^b υποδηλώνει την ομάδα αναφοράς (εδώ πειραματική ομάδα) τόσο στην κύρια επίδραση όσο και στην αλληλεπίδραση.

Τέλος, αναφορικά με το 6^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταβολή των επιπέδων κατάθλιψης κατά μία τυπική απόκλιση είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μεταβολή της αυτό-αποτελεσματικότητας τόσο για την πειραματική (από 67.8 σε 62.2,

$\Delta=-5,6$ μονάδες, $p<0,001$) όσο και για την ομάδα ελέγχου (από 69.7 σε 64.4, $\Delta=-5,3$ μονάδες, $p=0,002$) (Πίνακας 15). Ωστόσο, σχετικά με το 3^ο ερευνητικό ερώτημα, μεταξύ των ομάδων δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά για όλο το εύρος των επιπέδων της συν-μεταβλητής (Γράφημα 6).



Γράφημα 6. Επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας για τις δύο ομάδες στα διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης.

Σημείωση:

Οι κατακόρυφες μπάρες αντιπροσωπεύουν $\pm 1SD$.

8.3. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συζυγικής ικανοποίησης και της γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η σχέση της συζυγικής ικανοποίησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας με τον βαθμό έντασης της ΔΕΠ-Υ του παιδιού, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των μητέρων. Από την ανάλυση συν-διακύμανσης προέκυψε ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ του παιδιού δεν επηρεάζουν τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων ούτε της πειραματικής ούτε της ομάδας ελέγχου. Για τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρατηρήθηκε μία τάση για χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση σε υψηλά επίπεδα ΔΕΠ-Υ, τάση η οποία δεν έφτασε στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Επιπλέον, μελετήθηκε η σχέση της συζυγικής ικανοποίησης με το άγχος των μητέρων και διαπιστώθηκε ότι το άγχος δεν επηρεάζει τη συζυγική ικανοποίηση, παρόλα αυτά στις μητέρες της πειραματικής ομάδας υπάρχει μία τάση για χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση στα υψηλά επίπεδα άγχους. Στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε ότι σε υψηλά επίπεδα άγχους (+1 τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο), η συζυγική ικανοποίηση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι χαμηλότερη από τη συζυγική ικανοποίηση των μητέρων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Όσον αφορά την κατάθλιψη, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη των μητέρων της πειραματικής ομάδας επηρεάζει τη συζυγική τους ικανοποίηση, επίδραση που δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου. Οι μητέρες της πειραματικής ομάδας ιδιαίτερα, εμφάνισαν χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση συγκριτικά με τις μητέρες τυπικών παιδιών σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με ευρήματα παλαιότερων ερευνών. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Sochos και Yahya (2015), βρέθηκε ότι οι γονείς των οποίων τα παιδιά έχουν σοβαρότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έχουν περισσότερα προβλήματα όσον αφορά στην επίλυση των συγκρούσεων με τους συντρόφους τους. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει την ύπαρξη τάσης χαμηλότερης συζυγικής ικανοποίησης στις μητέρες παιδιών με εντονότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, από την έρευνα των Schermerhorn και συν. (2012) διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι προβλεπτικός παράγοντας συζυγικών συγκρούσεων και διαζυγίου, ανεξάρτητα από το μέγεθος της οικογένειας και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Η εν λόγω έρευνα δεν κατέληξε σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τις διαφορές των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Η μείωση της συζυγικής ικανοποίησης των μητέρων σε σχέση με την αύξηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ του παιδιού βρέθηκε ότι είναι ίδια για τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ και για τις μητέρες τυπικών παιδιών. Με το εύρημα αυτό συμφωνεί η μελέτη των Mash και Johnston (1983), στην οποία δε διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ σχετικά με τις συζυγικές σχέσεις. Παρόλο που οι μητέρες της έρευνας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους, δεν βρέθηκε συσχέτιση του άγχους αυτού με τη σχέση με τον σύζυγο (Mash & Johnston, 1983). Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με την έρευνα των Prinz και συν. (1983), όπου δεν αποδείχθηκε συσχέτιση μεταξύ της συζυγικής ικανοποίησης και των προβλημάτων συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι σε υψηλά επίπεδα άγχους οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση συγκριτικά με τις μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Η έρευνα των Ben-Naim και συν. (2019) κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ βιώνουν περισσότερο άγχος, το οποίο οδηγεί στη μείωση της γονεϊκής τους αυτό-αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα τη μείωση της συζυγικής ικανοποίησης. Η σχέση της συζυγικής ικανοποίησης και του άγχους των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν έχει ερευνηθεί περαιτέρω.

Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ της παρούσας έρευνας παρουσίασαν χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Williamson και Johnston (2016). Οι τελευταίοι συμπέραναν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των γονέων επηρεάζουν αρνητικά τη μεταξύ τους σχέση. Επίσης, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ των ίδιων των γονέων και η συννοσηρότητα του παιδιού βρέθηκε ότι ασκούν αρνητική επίδραση στη σχέση των συζύγων (Williamson & Johnston, 2016).

Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα έθεσε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της αυτό-αποτελεσματικότητας των μητέρων με και δίχως ΔΕΠ-Υ με τα επίπεδα σοβαρότητας της ΔΕΠ-Υ του παιδιού, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των μητέρων. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι ο βαθμός σοβαρότητας της ΔΕΠ-Υ του παιδιού επηρεάζει αρνητικά την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων και των δύο ομάδων. Ωστόσο, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Το επόμενο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την επίδραση του άγχους στη γονεϊκή αυτό-

αποτελεσματικότητα. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το άγχος των μητέρων και των δύο ομάδων επηρεάζει αρνητικά την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Όσον αφορά τις διαφορές των δύο ομάδων, βρέθηκε μόνο μία τάση των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ για χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε χαμηλά επίπεδα άγχους, συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι υψηλά επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων με και δίχως ΔΕΠ-Υ έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους, χωρίς ωστόσο να βρεθούν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Η αδυναμία εύρεσης διαφορών μεταξύ των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των μητέρων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών αναφορικά με την αυτό-αποτελεσματικότητά τους και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ του παιδιού, επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Beck και συν. (1990). Συγκεκριμένα, σε αυτή την έρευνα δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αυτό-αποτελεσματικότητα μητέρων αγοριών με ΔΕΠ-Υ και μητέρων τυπικών αγοριών. Σε αντίθεση με τα ευρήματα αυτά έρχονται τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας, στην οποία διαπιστώθηκε ότι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα συγκριτικά με μητέρες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Maniadaki et al., 2005).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε διαφορά στην επίδραση του άγχους στην αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση των επιπέδων άγχους οδηγεί στη μείωση της γονεϊκής αυτό-αποτελεσματικότητας, γεγονός που ισχύει τόσο για τις μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ όσο και για τις μητέρες τυπικών παιδιών. Οι Williamson και Johnston (2019) διαπίστωσαν επίσης την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ άγχους και αυτό-αποτελεσματικότητας. Στην έρευνα αυτή, βρέθηκε ότι το άγχος επιδρά αρνητικά στη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού, με αποτέλεσμα η μητέρα να νιώθει χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, δεν εξακριβώθηκε εάν το άγχος επηρεάζει την αυτό-αποτελεσματικότητα ή εάν συμβαίνει το αντίστροφο (Williamson και Johnston, 2019).

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας αφορούσε τη σχέση της αυτό-αποτελεσματικότητας των μητέρων με τα επίπεδα κατάθλιψης και τη διαφοροποίηση των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ. Βρέθηκε ότι η κατάθλιψη των μητέρων παιδιών με και δίχως ΔΕΠ-Υ επηρεάζει την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξε η έρευνα των Chi και Hinshaw (2002), στην οποία διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ

επιηρεάζουν την αυτό-αποτελεσματικότητά τους, καθώς τα συμπτώματα κατάθλιψης επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο οι μητέρες αντιμετωπίζουν τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και στην επιλογή αποτελεσματικών γονεϊκών πρακτικών (Chi & Hinshaw, 2002).

Η αδυναμία εύρεσης διαφορών μεταξύ των μητέρων παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των μητέρων παιδιών τυπικής ανάπτυξης ενδεχομένως να οφείλεται στην υποστήριξη που λαμβάνουν οι πρώτες από την οικογένεια και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Παρόλο που αισθάνονται μεγαλύτερο άγχος και βιώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με τις μητέρες τυπικών παιδιών, δεν εμφανίζουν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι παρέχεται επαρκής κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή από κοινωνικούς φορείς, με αποτέλεσμα οι μητέρες αυτές να βρίσκουν αποτελεσματικές πρακτικές και να αισθάνονται επαρκείς στον γονεϊκό τους ρόλο. Επιπλέον, στη σημερινή εποχή υπάρχουν περισσότερες υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης για γονείς παιδιών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Η υποστήριξη από το σχολείο και από εθελοντικές ομάδες, καθώς και τα προγράμματα εκπαίδευσης των γονέων, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την αυτό-αποτελεσματικότητα των μητέρων και τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Moen et al., 2015).

Επιπλέον, όπως προκύπτει από την έρευνα της Tsibidaki (2013), η οποία είχε δείγμα Έλληνες γονείς, η συζυγική ικανοποίηση των γονέων παιδιών με αναπηρία δεν είναι χαμηλότερη από τη συζυγική ικανοποίηση γονέων τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Η ύπαρξη παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια δεν έχει αρνητική επίδραση στη σχέση των συζύγων. Η εξήγηση που δίνεται στην έρευνα αυτή σχετίζεται με τις προτεραιότητες που θέτει το ζευγάρι. Στην Ελλάδα είναι κοινωνικά αποδεκτό οι σύζυγοι να θέτουν ως προτεραιότητα τον γονεϊκό τους ρόλο. Ιδιαίτερα στην περίπτωση όπου υπάρχει παιδί με αναπηρία και καθώς στην Ελλάδα οι φορείς κοινωνικής στήριξης είναι αναποτελεσματικοί, η ίδια η οικογένεια αναλαμβάνει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του παιδιού (Tsibidaki, 2013).

Οι πληροφορίες που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη θα μπορούσαν να συμβάλλουν στον σχεδιασμό περισσότερο επιτυχημένων παρεμβάσεων, καθώς οι σχέσεις των μελών της οικογένειας συχνά καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που αφορούν τη σχέση γονέα-παιδιού. Κατανοώντας τα συναισθήματα και το άγχος των μητέρων, καθώς και τη μειωμένη συζυγική ικανοποίηση που αισθάνονται, οι ειδικοί παιδαγωγοί μπορούν να σχεδιάσουν αποτελεσματικότερες

παρεμβάσεις και να συμβάλλουν στην επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ των μητέρων και των παιδιών τους με ΔΕΠ-Υ.

8.4. Περιορισμοί της έρευνας και συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Ο μικρός αριθμός του δείγματος της εργασίας αποτελεί έναν από τους περιορισμούς της έρευνας. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς. Ενδέχεται λοιπόν οι μητέρες να έδωσαν κοινωνικά αρεστές απαντήσεις. Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν και άλλες ερευνητικές μέθοδοι, όπως η ημιδομημένη συνέντευξη, ώστε να εξεταστούν ενδελεχώς και άλλες πτυχές που σχετίζονται με το θέμα της εργασίας. Περιορισμό της έρευνας αποτελεί και η διανομή των ερωτηματολογίων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και Google Forms. Η εκπόνηση έρευνας μέσω Google Forms έχει το μειονέκτημα ότι οι ερευνητές δεν μπορούν να γνωρίζουν με βεβαιότητα αν απαντάει στο ερωτηματολόγιο το άτομο στο οποίο απευθύνεται η έρευνα (Bryman, 2017).

Τέλος, στην παρούσα μελέτη δεν εξετάστηκε η σχέση των χαρακτηριστικών των μητέρων με άλλα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και με Διαταραχές Διαγωγής ή η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Ίσως να είχε ενδιαφέρον η μελέτη των πρακτικών που υιοθετούν οι γονείς για τη διαχείριση των συμπεριφορών των παιδιών τους ή η διερεύνηση των φορέων που παρέχουν στήριξη στις μητέρες. Επιπρόσθετα, θα ήταν ενδιαφέρουσα η εκτίμηση περισσότερων παραμέτρων της ζωής των μητέρων που ενδέχεται να επηρεάζουν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν, όπως η ύπαρξη προβλημάτων υγείας και η διερεύνηση των παραγόντων που παρέχουν στήριξη στις μητέρες.

8.5. Προτάσεις παρέμβασης – Εκπαιδευτικές προεκτάσεις

Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ βιώνουν προκλητικές συμπεριφορές από το παιδί τους και έλλειψη υποστήριξης από επαγγελματίες. Πολλοί γονείς περιγράφουν τις δυσκολίες της αντιμετώπισης ενός ξεσπάσματος από το παιδί ως έντονες, υπερβολικές και συχνές. Επίσης, αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους, γεγονός που τους προκαλεί σωματική και συναισθηματική εξουθένωση.

Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ σημειώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους λόγω της δυσκολίας της ανατροφής του παιδιού, αλλά και των αρνητικών σχολίων που εισπράττουν από τους συγγενείς και την κοινωνία. Πολλές μητέρες νιώθουν απομονωμένες επειδή η κοινωνία δεν κατανοεί τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ και τι επιφέρουν στην οικογενειακή ζωή και στην ψυχολογία τους (Leitch et al., 2019).

Αρκετοί γονείς τονίζουν την έλλειψη πόρων και την αδυναμία αναγνώρισης από την κοινωνία ότι πρόκειται για μία ομάδα που έχει ανάγκη από υποστήριξη, όπως όλοι οι γονείς παιδιών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ συχνά νιώθουν ανακούφιση όταν συζητούν με άλλους γονείς ή εξειδικευμένο προσωπικό σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πολλές ομάδες υποστήριξης γονέων και ομάδες παροχής συμβουλών και σχεδιασμού παρεμβάσεων για τη διαχείριση της ΔΕΠ-Υ (Leitch et al., 2019).

Η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο με αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους, στην παροχή φροντίδας στα παιδιά τους και στις συζυγικές σχέσεις. Επομένως, είναι αναγκαία η δημιουργία υποδομών και η υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης που θα στηρίζουν τους γονείς και ιδιαίτερα τις μητέρες (Αντωνοπούλου, 2018).

Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ απαιτεί τη συνεργασία του γονέα και του εκπαιδευτικού. Τα προγράμματα παρέμβασης που σχεδιάζονται για παιδιά με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμβουλευτική των γονέων και της οικογένειας και τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ο ειδικός παιδαγωγός και ο γονέας πρέπει να βρίσκονται σε διαρκή επικοινωνία ώστε να διαμορφώνονται τα κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης (Millichap, 2010). Τέλος, κρίνεται σημαντική η συμμετοχή των γονέων σε προγράμματα εκπαίδευσης, ώστε να διδαχθούν τους σωστούς τρόπους διαχείρισης των συμπεριφορών των παιδιών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες

- Alizadeh, H. & Andries, C. (2002). Interaction of Parenting Styles and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Iranian Parents. *Child & Family Behavior Therapy*, 24(3), 37-52. doi: 10.1300/J019v24n03_03
- Alizadeh, H., Applequist, K. F., & Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child abuse & neglect*, 31(5), 567-572. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.005
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association (2013). *ADHD parents medication guide*. Retrieved from <http://parentsmedguide.org/>
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20(5), 503-520.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25(5), 729-735.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 775-789.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, S. J., Young, G. H., & Tarnowski, K. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 558-565.

- Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 439-452.
- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2019). Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of attention disorders*, 23(5), 506-516. doi: 10.1177/1087054718784659
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage and family*, 62(4), 964-980.
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of pediatric psychology*, 13(2), 265-280.
- Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Bull, C., & Whelan, T. (2006). Parental schemata in the management of children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Qualitative Health Research*, 16(5), 664-678. doi: 10.1177/1049732305285512
- Byrne, J. M., DeWolfe, N. A., & Bawden, H. N. (1998). Assessment of attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Child Neuropsychology*, 4(1), 49-66.
- Canadian ADHD Resource Alliance (2011). *Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)*. Retrieved from <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-P.pdf>
- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3451-3461. doi: 10.1007/s10826-016-0499-1
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of abnormal child psychology*, 30(4), 387-400.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy*

of Child & Adolescent Psychiatry, 42(12), 1424-1432. doi: 10.1097/01.chi.0000093321.86599.d6

- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of paediatric neurology*, 16(5), 422-433. doi: 10.1016/j.ejpn.2012.01.009
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 555-569.
- Davies, A. (2018). Mapping the Discourses of ADHD: The Historical Legacy. In M. Horton-Salway & A. Davies (Eds.), *The discourse of ADHD. Perspectives on Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (27-68). Palgrave Macmillan. doi:10.1007/978-3-319-76026-1_2
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(3), 314-332.
- DuPaul, G. & Helwig, J.R. & Slay, P.M. (2012). Classroom Interventions for Attention and Hyperactivity. *The Oxford Handbook of School Psychology*. doi:10.1093/oxfordhb/9780195369809.013.0153.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 510-519. doi:10.1016/j.ridd.2010.12.032
- Frank-Briggs, A. I. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Pediatric Neurology*, 9(3), 291-298. doi:10.3233/JPN-2011-0494
- Gershy, N., & Gray, S. A. (2020). Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(14), 2084-2099. doi: 10.1177/1087054718762486
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1073-1083. doi:10.1007/s10802-011-9528-0
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental

- cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση* (Ζ' έκδοση). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Hoag, A. (2014). Mothers' Perceptions of Family Communication Patterns when Having an ADHD Child. *Family Relationships and Familial Responses to Health Issues*, 8, 211-246. doi:[10.1108/S1530-35352014000008A007](https://doi.org/10.1108/S1530-35352014000008A007)
- Holmes, E.K. & Huston, A.C. (2010). Understanding Positive Father-Child Interaction: Children's, Fathers' and Mothers' Contributions. *Fathering*, 8(2), 203-225
- Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M., & Huguet, A. (2018). Difference in Psychic Distress Lived by Parents with ADHD Children and Parents with Healthy Children: Focus on Gender Differences. *Journal of attention disorders*, 25(3) 332–339. doi:[10.1177/1087054718790010](https://doi.org/10.1177/1087054718790010)
- Johnson, J. H., & Reader, S. K. (2002). Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(1), 51-62.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207.
- Johnston, C., & Pelham, W. E. (1990). Maternal characteristics, ratings of child behavior, and mother-child interactions in families of children with externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 407-417.
- Kendall, J., & Shelton, K. (2003). A typology of management styles in families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 257-280. doi:[10.1177/1074840703255446](https://doi.org/10.1177/1074840703255446)
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N., & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518. doi:[10.1177/0193945905275513](https://doi.org/10.1177/0193945905275513)

- Keown, L. J., & Woodward, L. J. (2002). Early parent–child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of abnormal child psychology*, *30*(6), 541-553.
- Kepley, H. O., & Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children: Preliminary results. *Journal of Attention Disorders*, *10*(3), 317-323. doi:10.1177/1087054706288102
- Kepley, H. O., & Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children: Preliminary results. *Journal of Attention Disorders*, *10*(3), 317-323. doi: 10.1177/1087054706288102
- Lee, P. C., Lin, K. C., Robson, D., Yang, H. J., Chen, V. C. H., & Niew, W. I. (2013). Parent–child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(1), 656-668. doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.009
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *14*(1), 1-12. doi: 10.1080/17482631.2019.1690091
- Lesesne, C. A., Visser, S. N., & White, C. P. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*, *111*(Supplement 1), 1232-1237.
- Li, Y., Jiang, W. Q., Du, Y. S., & Coghill, D. (2016). Relationships between behavioral symptoms of non-medicated Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder and parenting stress: Comparison of different subtypes and comorbidities. *Asia-Pacific Psychiatry*, *8*(2), 127-135. doi: 10.1111/appy.12213
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent–child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(2), 285-296. doi: 10.1007/s10802-007-9177-5
- Litt, J. (2004). Women’s carework in low-income households: The special case of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Gender & Society*, *18*(5), 625-644. doi:10.1177/0891243204267399

- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology, 32*(6), 643-654. doi: 10.1093/jpepsy/jsl054
- Malkoff, A. C., Grace, M., Kapke, T. L., & Gerdes, A. C. (2020). Family functioning in Latinx families of children with ADHD: the role of parental gender and acculturation. *Journal of child and family studies, 29*(4), 1108-1122. doi: 10.1007/s10826-019-01673-5
- 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, 35*(3), 245-263. doi:10.1007/s10578-004-6460-3
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M. G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities, 34*(3), 1036-1043. doi: 10.1016/j.ridd.2012.12.001
- Martinussen, R., Tannock, R., & Chaban, P. (2011). Teachers' reported use of instructional and behavior management practices for students with behavior problems: Relationship to role and level of training in ADHD. *Child & Youth Care Forum, 40*(3), 193-210.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). 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*(1), 86-99.
- McCleary, L. (2002). Parenting adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Analysis of the literature for social work practice. *Health & Social Work, 27*(4), 285-292.
- McLaughlin, D. P., & Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(2), 82-88. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00382.x

- Millichap, J. G. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder handbook: A physician's guide to ADHD* (2nd ed.). Springer Science + Business media. [doi:10.1007/978-1-4419-1397-5](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1397-5)
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian journal of public health*, 43(1), 10-17. doi:10.1177/1403494814559803
- Morgan, J., Robinson, D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behavior. *Child and Family Social Work*, 7, 219-225.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive psychiatry*, 37(6), 393-401.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng87
- Palili, A., Kolaitis, G., Vassi, I., Veltsista, A., Bakoula, C., & Gika, A. (2011). Inattention, Hyperactivity, Impulsivity—Epidemiology and Correlations: A Nationwide Greek Study From Birth to 18 Years. *Journal of Child Neurology*, 26(2), 199–204. doi:10.1177/0883073810379640
- Pavlidis, G. T., & Giannouli, V. (2014). Linking ADHD–Dyslexia and specific learning difficulties. In P. Garner, J. Kauffman & J. Elliott (Eds.), *The Sage handbook of emotional and behavioral difficulties* (221-235). Sage publications.
- Perez Algorta, G., Kragh, C. A., Arnold, L. E., Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., ... & Jensen, P. S. (2018). Maternal ADHD symptoms, personality, and parenting stress: Differences between mothers of children with ADHD and mothers of comparison children. *Journal of attention disorders*, 22(13), 1266-1277. doi:10.1177/1087054714561290
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2014). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 731-746. doi:10.1016/j.chc.2014.05.014
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among

- parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 61-68. doi: 10.1007/s12402-011-0053-3
- Polanczyk, G., & Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(2), 245-260. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.006
- Prinz, R. J., Holden, E. W., Tarnowski, K. J., & Roberts, W. A. (1983). Marital disturbance and child problems: A cautionary note regarding hyperactive children. *Journal of abnormal child psychology*, 11(3), 393-399.
- Purdie, N., Hattie, J., & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best?. *Review of educational research*, 72(1), 61-99.
- Ringer, N., Wilder, J., Scheja, M., & Gustavsson, A. (2020). Managing children with challenging behaviours. Parents' meaning-making processes in relation to their children's ADHD diagnosis. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(4), 376-392. doi:10.1080/1034912X.2019.1596228
- Rollins, B. C. & Feldman, H. (1970). Marital satisfaction over the family life cycle. *Journal of marriage and the family*, 32(1), 20-28.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 357-373. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.006
- Sadek, J. (2014). *A clinician's guide to ADHD* (second edition). Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-3-319-02359-5
- Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., ... & Martin, N. G. (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems: Controls for genetic and environmental confounds. *Twin Research and Human Genetics*, 15(6), 700-713. doi:10.1017/thg.2012.55
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of child and family studies*, 18(2), 227-235. doi: 10.1007/s10826-008-9223-0

- Slagt, M., Deković, M., de Haan, A. D., van den Akker, A. L., & Prinzie, P. (2012). Longitudinal associations between mothers' and fathers' sense of competence and children's externalizing problems: The mediating role of parenting. *Developmental psychology*, *48*(6), 1554. doi: 10.1037/a0027719
- Sochos, A., & Yahya, F. (2015). Attachment style and relationship difficulties in parents of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(12), 3711-3722. doi:10.1007/s10826-015-0179-6
- Sollie, H., Mørch, W. T., & Larsson, B. (2016). Parent and family characteristics and their associates in a follow-up of outpatient children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(8), 2571-2584. doi:10.1007/s10826-016-0411-z
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2012). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *21*(1), 3-17. doi: 10.1177/1063426610387433
- Thomas, S. R., O'Brien, K. A., Clarke, T. L., Liu, Y., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal depression history moderates parenting responses to compliant and noncompliant behaviors of children with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, *43*(7), 1257-1269. doi:10.1007/s10802-014-9957-7
- Tzang, R.-F., Chang, Y.-C., & Liu, S.-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-9. doi:10.1080/13651500903094567
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(11), 1585-1595. doi: 10.1016/j.brat.2005.11.011
- Whisman, M. A., Snyder, D. K., & Beach, S. R. H. (2009). Screening for Marital and Relationship Discord. *Journal of Family Psychology*, *23*(2), 247-254. doi: 10.1037/a0014476
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, *44*(3), 561-574. doi: 10.1007/s10802-015-0050-7

- Williamson, D., & Johnston, C. (2016). Marital and coparenting relationships: associations with parent and child symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(8), 684-694. doi: 10.1177/1087054712471717
- Williamson, D., & Johnston, C. (2019). Maternal ADHD symptoms and parenting stress: The roles of parenting self-efficacy beliefs and neuroticism. *Journal of attention disorders*, 23(5), 493-505. doi: 10.1177/1087054717693373
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Wymbs, B. T., Pelham Jr, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Wilson, T. K., & Greenhouse, J. B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(5), 735–744. doi:10.1037/a0012719
- Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.323

Ελληνόγλωσσες

- Αγαπητού-Χαλμπέ, Β. (2010). *Το υπερκινητικό παιδί στην προσχολική και την πρώτη σχολική ηλικία. Θεωρητική και πρακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Πεδίο.
- Αντωνοπούλου, Χ. (2018). Ψυχική και σωματική καταπόνηση – εξουθένωση των γονιών με αυτιστικό παιδί. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών δεδομένων. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 41-46.
- American Psychiatric Association (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5* (Κ. Γκοτζαμάνης επιμ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Βάρβογλη, Λ. & Γαλάνη, Μ.-Μ. (2007). *Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Βλαχογιάννη, Α. & Αγγελή, Κ. (2014). Προγράμματα ενίσχυσης γονεϊκού ρόλου. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία*, 1(1), 41-53.

- Γερούλιδου, Δ.-Χ. (2019). *Τα επίπεδα άγχους των γονέων παιδιών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη ζωή.* (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Ζουρνατζής, Ε. Χ. (2010). *Οι υπολανθάνουσες θεωρίες των γονιών για την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους και η συμβολή τους στην αναζήτηση βοήθειας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας.* (Διδακτορική διατριβή). Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Καραδήμας, Ε. (2001). Τεχνικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στο Ε. Κάκουρος (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (97-121). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Κάφαλη, Ε. (2017). *Η προσαρμοστικότητα του ζευγαριού και ο ρόλος της βοήθειας των παππούδων και γιαγιάδων προς την οικογένεια και την ανατροφή του παιδιού.* (Μεταπτυχιακή εργασία). Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Κόρπα, Τ. Ν. (2017). *Μητρικό στρες και ημερήσια διακύμανση κορτιζόλης σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας.* (Διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Λεζέ, Ε. Γ. (2013). *Κλινική γενετική εκτίμηση και αναπτυξιολογική εξέταση των παιδιών που γεννιούνται με προεμφυτική γενετική διάγνωση – Αξιολόγηση γονεϊκού άγχους.* (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Μανιαδάκη, Κ. & Κάκουρος, Ε. (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από τη θεωρία στην πράξη.* Αθήνα: Gutenberg.
- Μανιαδάκη, Κ. (2001). Η φύση και τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά* (15-46). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Νικολάου, Σ.-Μ. (2016). Οικογένεια και κοινωνικά προβλήματα. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 107, 292-300.

- Ντόκου, Λ. (2018). *Προγράμματα πρόληψης και θεραπείας του στρες σε παιδιά πρώτης παιδικής ηλικίας: Μια συστηματική προσέγγιση*. (Μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Παπαδάτος, Γ. (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ράλλη, Α. Μ. (2010). Μαθητές με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Εκπαίδευση-παρέμβαση. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα, Ε. Θεοδοροπούλου & Β. Στρογγυλός (Επιμ.), *Εκπαίδευση παιδιών με ειδικές ανάγκες* (91-116). Αθήνα: Πεδίο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί γονείς, χορηγείται αυτό το ανώνυμο ερωτηματολόγιο στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας σχετικά με το γονεϊκό άγχος και την αυτο-αποτελεσματικότητα γονέων παιδιών με και χωρίς ΔΕΠΥ. Παρακαλώ σημειώστε μόνο 1 (μία) απάντηση σε κάθε ερώτηση. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας ανακοινωθούν μετά από επικοινωνία μαζί μου. Στοιχεία επικοινωνίας: mariadidaskaloy@gmail.com.

Η συμβολή σας θα είναι πολύτιμη. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και τη συνεργασία.

Η ερευνήτρια,

Μαρία Διδασκάλου

Στοιχεία γονέα

- 1. Ηλικία:**
- | | |
|-------------|--------------------------|
| 20-30 | <input type="checkbox"/> |
| 31-40 | <input type="checkbox"/> |
| 41-50 | <input type="checkbox"/> |
| 51-60 | <input type="checkbox"/> |
| πάνω από 61 | <input type="checkbox"/> |

- 2. Τόπος κατοικίας:**
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Αστική περιοχή | <input type="checkbox"/> |
| Μη αστική περιοχή | <input type="checkbox"/> |

3. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- | | |
|--|--------------------------|
| Απολυτήριο Γυμνασίου | <input type="checkbox"/> |
| Απολυτήριο Λυκείου | <input type="checkbox"/> |
| Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK, Μέση εκπαίδευση) | <input type="checkbox"/> |
| Απόφοιτος Πανεπιστημίου | <input type="checkbox"/> |
| Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα | <input type="checkbox"/> |

- 4. Εργασιακή κατάσταση:**
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Άνεργος/-η | <input type="checkbox"/> |
| Μερική απασχόληση | <input type="checkbox"/> |
| Πλήρης απασχόληση | <input type="checkbox"/> |
| Συνταξιούχος | <input type="checkbox"/> |

Άλλο _____

5. Επάγγελμα: _____

6. Ετήσιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα (προαιρετική ερώτηση):

Κάτω από 10.000€

10.001€-20.000€

20.001€-30.000€

30.001€-40.000€

40.001€-50.000€

50.001€-60.000€

Πάνω από 60.000€

7. Πόσα παιδιά έχετε;

1

2

3

4

5

Άλλο _____

Στοιχεία παιδιού

8. Ποια είναι η ακριβής διάγνωση του παιδιού; _____

9. Φύλο του παιδιού: Αγόρι

Κορίτσι

10. Πόσο χρονών είναι το παιδί με ΔΕΠΥ; _____

11. Πότε έγινε η διάγνωση; _____

12. Σειρά γέννησης του παιδιού: 1° 2° 3° 4° 5° Άλλο-

Κυκλώστε την επιλογή που περιγράφει καλύτερα τον βαθμό στον οποίο σας έχουν επηρεάσει τον τελευταίο μήνα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί.

	Ποτέ ή καθόλου	Κάποιες φορές ή λίγο	Συχνά ή αρκετά	Πολύ συχνά ή πάρα πολύ	Δεν είμαι σίγουρος
A. Οικογένεια					
13. Έχει προβλήματα με τα αδέρφια του.	0	1	2	3	Δ.Α.
14. Δημιουργεί προβλήματα ανάμεσα στους γονείς.	0	1	2	3	Δ.Α.
15. Περνάει χρόνο μακριά από τις εργασίες ή τις δραστηριότητες των μελών της οικογένειας.	0	1	2	3	Δ.Α.
16. Προκαλεί καυγάδες στην οικογένεια.	0	1	2	3	Δ.Α.
17. Απομονώνει την οικογένεια από φίλους και κοινωνικές δραστηριότητες.	0	1	2	3	Δ.Α.
18. Το κάνει δύσκολο για την οικογένεια να περάσουν καλά όλοι μαζί.	0	1	2	3	Δ.Α.
19. Κάνει δύσκολη την ανατροφή των παιδιών.	0	1	2	3	Δ.Α.
20. Δυσχεραίνει το να δίνεται ίση προσοχή σε όλα τα μέλη της οικογένειας.	0	1	2	3	Δ.Α.
21. Προκαλεί τους άλλους να τον/την χτυπήσουν ή να του/της φωνάξουν.	0	1	2	3	Δ.Α.
22. Κοστίζει περισσότερα χρήματα στην οικογένεια.	0	1	2	3	Δ.Α.
B. Σχολείο					
23. Κάνει δύσκολη την παρακολούθηση των μαθημάτων στο σχολείο.	0	1	2	3	Δ.Α.
24. Χρειάζεται επιπλέον βοήθεια στο σχολείο.	0	1	2	3	Δ.Α.
25. Χρειάζεται ιδιαίτερα μαθήματα.	0	1	2	3	Δ.Α.
26. Παίρνει βαθμούς χαμηλότερους από τις ικανότητές του/της.	0	1	2	3	Δ.Α.
Συμπεριφορά στο σχολείο					
27. Δημιουργεί προβλήματα στον δάσκαλο μέσα στην τάξη.	0	1	2	3	Δ.Α.
28. Μπαίνει τιμωρία ή του λένε να βγει από την τάξη.	0	1	2	3	Δ.Α.
29. Αντιμετωπίζει προβλήματα στην αυλή του σχολείου.	0	1	2	3	Δ.Α.

30. Του βάζουν τιμωρία (κατά τη διάρκεια του μαθήματος ή μετά το σχολείο).	0	1	2	3	Δ.Α.
31. Παίρνει απουσίες ή αποβολές από το σχολείο.	0	1	2	3	Δ.Α.
	Ποτέ ή καθόλου	Κάποιες φορές ή λίγο	Συχνά ή αρκετά	Πολύ συχνά ή πάρα πολύ	Δεν είμαι σίγουρος
32. Χάνει μαθήματα ή αργεί να πάει στο σχολείο.	0	1	2	3	Δ.Α.
Γ. Καθημερινή ζωή					
33. Χρησιμοποιεί υπερβολικά την τηλεόραση, τον υπολογιστή ή παίζει πολλά βιντεοπαιχνίδια.	0	1	2	3	Δ.Α.
34. Κάνει μπάνιο, είναι καθαρός,-ή, πλένει τα δόντια, βουρτσίζει τα μαλλιά κλπ.	0	1	2	3	Δ.Α.
35. Αντιμετωπίζει προβλήματα κατά την ετοιμασία για το σχολείο.	0	1	2	3	Δ.Α.
36. Αντιμετωπίζει προβλήματα κατά την ετοιμασία για τον ύπνο.	0	1	2	3	Δ.Α.
37. Αντιμετωπίζει προβλήματα όταν τρώει (είναι ιδιότροπος/-η, τρώει ανθυγιεινά φαγητά).	0	1	2	3	Δ.Α.
38. Αντιμετωπίζει προβλήματα ύπνου.	0	1	2	2	Δ.Α.
39. Χτυπάει ή τραυματίζεται.	0	1	2	3	Δ.Α.
40. Αποφεύγει την άθληση.	0	1	2	3	Δ.Α.
41. Χρειάζεται περισσότερη ιατρική περίθαλψη.	0	1	2	3	Δ.Α.
42. Αντιμετωπίζει προβλήματα όταν παίρνει φάρμακα, όταν κάνει εμβόλια ή πηγαίνει στον γιατρό/οδοντίατρο.	0	1	2	3	Δ.Α.
Δ. Αυτοαντίληψη					
43. Το παιδί μου νιώθει άσχημα για τον εαυτό του.	0	1	2	3	Δ.Α.
44. Το παιδί μου δε διασκεδάζει αρκετά.	0	1	2	3	Δ.Α.
45. Το παιδί μου δεν είναι χαρούμενο με τη ζωή του.	0	1	2	3	Δ.Α.
Ε. Κοινωνικές δραστηριότητες					
46. Άλλα παιδιά το πειράζουν ή το εκφοβίζουν (bullying).	0	1	2	3	Δ.Α.
47. Πειράζει ή εκφοβίζει άλλα παιδιά.	0	1	2	3	Δ.Α.
48. Αντιμετωπίζει προβλήματα κατά τις συναναστροφές του με τα άλλα παιδιά.	0	1	2	3	Δ.Α.
49. Αντιμετωπίζει προβλήματα κατά τη συμμετοχή του σε εξωσχολικές	0	1	2	3	Δ.Α.

δραστηριότητες (αθλήματα, μουσική, ομάδες).

50. Αντιμετωπίζει προβλήματα στην απόκτηση νέων φίλων.	0	1	2	3	Δ.Α.
51. Αντιμετωπίζει προβλήματα στη διατήρηση των φίλων.	0	1	2	3	Δ.Α.
52. Δυσκολεύεται στα πάρτι (δεν τον καλούν, τα αποφεύγει, δε συμπεριφέρεται σωστά).	0	1	2	3	Δ.Α.

Ποτέ ή καθόλου Κάποιες φορές ή λίγο Συχνά ή αρκετά Πολύ συχνά ή πάρα πολύ Δεν είμαι σίγουρος

ΣΤ. Επικίνδυνες δραστηριότητες

53. Καθοδηγείται από άλλα παιδιά (πίεση των συνομηλίκων).	0	1	2	3	Δ.Α.
54. Σπάει ή καταστρέφει πράγματα.	0	1	2	3	Δ.Α.
55. Κάνει παράνομα πράγματα.	0	1	2	3	Δ.Α.
56. Έχει μπλεξίματα με την αστυνομία.	0	1	2	3	Δ.Α.
57. Καπνίζει.	0	1	2	3	Δ.Α.
58. Παίρνει ναρκωτικά.	0	1	2	3	Δ.Α.
59. Κάνει παράνομες πράξεις.	0	1	2	3	Δ.Α.
60. Βλάπτει τους άλλους.	0	1	2	3	Δ.Α.
61. Λέει άσχημα ή ακατάλληλα λόγια.	0	1	2	3	Δ.Α.
62. Έχει σεξουαλικά ακατάλληλη συμπεριφορά.	0	1	2	3	Δ.Α.

Παρακαλώ σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις.

1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ κάπως	3 Διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ κάπως	6 Συμφωνώ απόλυτα
--------------------------------	------------------------------	---------------------	---------------------	------------------------------	--------------------------------

63. Κάτι που έχω μάθει, είναι ότι τα προβλήματα που προκύπτουν όταν φροντίζεις ένα παιδί λύνονται εύκολα όταν γνωρίζεις με ποιον τρόπο οι πράξεις σου επηρεάζουν το παιδί σου.	1	2	3	4	5	6
64. Παρόλο που το να είσαι γονέας μπορεί να προσφέρει ικανοποίηση, είμαι απογοητευμένη/-ος τώρα που το παιδί μου βρίσκεται σε αυτή την ηλικία.	1	2	3	4	5	6
65. Πηγαίνω για ύπνο όπως ξυπνάω το πρωί, νιώθοντας ότι δεν έχω καταφέρει πολλά.	1	2	3	4	5	6

66. Δεν ξέρω γιατί, αλλά κάποιες φορές όταν υποτίθεται ότι εγώ έχω τον έλεγχο, νιώθω ότι εγώ είμαι αυτή/-ός που χειραγωγείται.	1	2	3	4	5	6
67. Η μητέρα/Ο πατέρας μου ήταν καλύτερα προετοιμασμένη/-ος για να γίνει καλή μητέρα/ καλός πατέρας απ' ό,τι εγώ.	1	2	3	4	5	6
68. Θα μπορούσα να είμαι ένα καλό πρότυπο για ένα νέο γονέα προκειμένου να μάθει ό,τι χρειάζεται για να γίνει καλός γονέας.	1	2	3	4	5	6
69. Το να είσαι γονέας είναι επιτεύξιμο και τα όποια προβλήματα επιλύονται εύκολα.	1	2	3	4	5	6
70. Ένα δύσκολο πρόβλημα του να είσαι γονέας είναι ότι δεν ξέρεις αν κάνεις καλή δουλειά ή όχι.	1	2	3	4	5	6

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ κάπως	3 Διαφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ κάπως	6 Συμφωνώ απόλυτα
71. Κάποιες φορές νιώθω ότι δεν καταφέρνω τίποτα.	1	2	3	4	5	6
72. Ικανοποιώ τις προσωπικές προσδοκίες μου σχετικά με την κατάκτηση δεξιοτήτων για τη φροντίδα του παιδιού μου.	1	2	3	4	5	6
73. Αν κάποιος μπορεί να βρει την απάντηση σχετικά με το τι προβληματίζει το παιδί μου, αυτή/-ός είμαι εγώ.	1	2	3	4	5	6
74. Τα ταλέντα και τα ενδιαφέροντά μου βρίσκονται σε άλλους τομείς, όχι στο να είμαι γονέας.	1	2	3	4	5	6
75. Αναλογιζόμενη/-ος το χρονικό διάστημα που είμαι μητέρα/πατέρας, νιώθω απολύτως καλά/οικεία με αυτό τον ρόλο.	1	2	3	4	5	6
76. Αν το να ήσουν μητέρα/πατέρας ενός παιδιού ήταν λίγο πιο ενδιαφέρον, θα είχα το κίνητρο να κάνω καλύτερη δουλειά ως γονέας.	1	2	3	4	5	6
77. Ειλικρινά πιστεύω ότι έχω τις απαραίτητες ικανότητες για να είμαι καλή μητέρα/καλός πατέρας για το παιδί μου.	1	2	3	4	5	6
78. Το να είμαι γονέας με κάνει νευρική/-ό και αγχώδη.	1	2	3	4	5	6
79. Το να είσαι καλή μητέρα/καλός πατέρας είναι από μόνο του μια ανταμοιβή.	1	2	3	4	5	6

Όταν απαντάτε τις ακόλουθες ερωτήσεις, σας παρακαλούμε να έχετε στο νου σας το παιδί με ΔΕΠΥ.

Στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματά σας. Η απάντησή σας θα πρέπει να είναι η πρώτη σας αντίδραση σε κάθε ερώτηση. Σημειώστε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες διατυπώσεις βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που ταιριάζει καλύτερα με το πώς αισθάνεστε. Αν δεν είστε σίγουροι, παρακαλώ κυκλώστε το 3.

5	4	3	2	1
Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Διαφωνώ	Διαφωνώ πολύ
80. Συχνά νιώθω ότι δεν μπορώ να χειριστώ τα πράγματα πολύ καλά.				5 4 3 2 1
81. Βλέπω ότι για να ικανοποιήσω τις ανάγκες των παιδιών μου έχω απαρνηθεί περισσότερα πράγματα στη ζωή μου απ' ό,τι περίμενα.				5 4 3 2 1
82. Νιώθω παγιδευμένος από τις ευθύνες μου ως γονιός.				5 4 3 2 1
83. Από τότε που έκανα αυτό το παιδί δεν κατάφερα να κάνω καινούρια και διαφορετικά πράγματα.				5 4 3 2 1
84. Από τότε που έκανα παιδί νιώθω ότι σχεδόν ποτέ δεν μπορώ να κάνω πράγματα που μου αρέσουν.				5 4 3 2 1
85. Δε νιώθω ευχαριστημένη με τα ρούχα που ψώνισα την τελευταία φορά για μένα.				5 4 3 2 1
86. Υπάρχουν αρκετά πράγματα όσον αφορά τη ζωή μου που μ' ενοχλούν.				5 4 3 2 1
87. Το ότι αποκτήσαμε παιδί προκάλεσε περισσότερα προβλήματα απ' όσα περίμενα στη σχέση μου με το/τη σύντροφό μου.				5 4 3 2 1
88. Νιώθω μόνη/-ος και χωρίς φίλους.				5 4 3 2 1
89. Όταν πηγαίνω σε βραδινές εξόδους συνήθως δεν περιμένω να διασκεδάσω.				5 4 3 2 1
90. Δε με ενδιαφέρουν πια οι άνθρωποι όσο παλιότερα.				5 4 3 2 1
91. Δεν ευχαριστιέμαι τα πράγματα όπως παλιά.				5 4 3 2 1
92. Σπάνια το παιδί μου κάνει κάτι για μένα που με κάνει να νιώθω καλά.				5 4 3 2 1
93. Τις περισσότερες φορές νιώθω ότι το παιδί μου δε με συμπαθεί και δε θέλει να είναι κοντά μου.				5 4 3 2 1
94. Το παιδί μου χαμογελά πολύ λιγότερο απ' όσο περίμενα.				5 4 3 2 1
95. Όταν κάνω πράγματα για το παιδί μου, έχω την εντύπωση ότι οι προσπάθειές μου δεν αναγνωρίζονται και πολύ.				5 4 3 2 1
96. Όταν παίζει το παιδί μου δε γελάει συχνά.				5 4 3 2 1
97. Το παιδί μου δε φαίνεται να μαθαίνει εξίσου γρήγορα με τα περισσότερα παιδιά.				5 4 3 2 1
98. Το παιδί μου δε φαίνεται να χαμογελά όσο τα περισσότερα παιδιά.				5 4 3 2 1

5	4	3	2	1
Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Διαφωνώ	Διαφωνώ πολύ
99. Το παιδί μου δεν μπορεί να κάνει όσα περίμενα.				5 4 3 2 1
100. Παίρνει πολύ χρόνο και είναι δύσκολο για το παιδί μου να συνηθίσει σε νέα πράγματα.				5 4 3 2 1
101. Νιώθω ότι είμαι:		α. όχι πολύ καλός ως γονέας β. κάποιος που έχει μερικές δυσκολίες ως γονέας γ. ένας μέτριος γονέας δ. καλύτερος από μέτριος γονέας ε. ένας πολύ καλός γονέας.		
102. Περίμενα ότι θα ένιωθα πιο κοντά και πιο ζεστά για το παιδί μου απ' όσο νιώθω κι αυτό με ενοχλεί.				5 4 3 2 1
103. Μερικές φορές το παιδί μου κάνει πράγματα που μ' ενοχλούν μόνο και μόνο από κακία.				5 4 3 2 1
104. Το παιδί μου φαίνεται ότι κλαίει ή ότι γκρινιάζει πιο συχνά από τα περισσότερα παιδιά.				5 4 3 2 1
105. Το παιδί μου συνήθως ξυπνάει με κακή διάθεση.				5 4 3 2 1
106. Νιώθω ότι το παιδί μου είναι πολύ κακοδιάθετο και αναστατώνεται εύκολα.				5 4 3 2 1
107. Το παιδί μου κάνει πράγματα που μ' ενοχλούν πάρα πολύ.				5 4 3 2 1
108. Το παιδί μου αντιδρά πολύ έντονα όταν συμβαίνει κάτι που δεν του αρέσει.				5 4 3 2 1
109. Το παιδί μου αναστατώνεται εύκολα με το παραμικρό.				5 4 3 2 1
110. Αποδείχθηκε πολύ πιο δύσκολο απ' όσο περίμενα το να σταθεροποιηθεί το πρόγραμμα του παιδιού μου όσον αφορά τον ύπνο και το φαγητό.				5 4 3 2 1
111. Βρίσκω ότι το να καταφέρω το παιδί μου να κάνει κάτι ή να σταματήσει να κάνει κάτι είναι:		α. πολύ πιο δύσκολο απ' ό,τι περίμενα β. κάπως πιο δύσκολο απ' ό,τι περίμενα γ. περίπου τόσο δύσκολο όσο περίμενα δ. κάπως πιο εύκολο απ' όσο περίμενα ε. πολύ πιο εύκολο απ' όσο περίμενα.		
112. Σκεφτείτε προσεκτικά και μετρήστε τα πράγματα που κάνει το παιδί σας που σας ενοχλούν. Για παράδειγμα: χαζεύει, καθυστερεί, αρνείται να ακούσει, είναι υπερδραστήριο, κλαίει, διακόπτει, τσακώνεται, κλαψουρίζει κλπ. Σας παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στα πράγματα που μετρήσατε.				α. 10+ β. 8-9 γ. 6-7 δ. 4-5 ε. 1-3
113. Υπάρχουν μερικά πράγματα που κάνει το παιδί μου και που μ' ενοχλούν πραγματικά πολύ.				5 4 3 2 1
114. Τελικά το παιδί μου είναι μεγαλύτερο πρόβλημα απ' όσο περίμενα.				5 4 3 2 1
115. Το παιδί μου έχει περισσότερες απαιτήσεις από εμένα απ' ό,τι τα περισσότερα παιδιά.				5 4 3 2 1

Κυκλώστε ένα από τα παρακάτω.

- 116.**
1. Δεν αισθάνομαι λυπημένη/-ος.
 2. Αισθάνομαι λυπημένη/-ος ή μελαγχολική/-ός.
 3. Είμαι λυπημένη/-η ή μελαγχολική/-ός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
 4. Είμαι τόσο μελαγχολική/-ός ή δυστυχημένη/-ος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- 117.**
1. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξη/-ος ή αποθαρρυσμένη/-ος για το μέλλον.
 2. Αισθάνομαι αποθαρρυσμένη/-ος για το μέλλον.
 3. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω για το μέλλον.
 4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- 118.**
1. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη/-ος.
 2. Μου φαίνεται ότι είμαι περισσότερο αποτυχημένη/-ος από τους άλλους ανθρώπους.
 3. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένη/-ος σαν άτομο (σύζυγος-μητέρα/πατέρας).
- 119.**
1. Λαμβάνω ευχαρίστηση από τα πράγματα όπως και πρώτα.
 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
 3. Δε με ευχαριστεί πια τίποτα.
 4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη/-ος ή βαριεστημένη/-ος με το καθετί.
- 120.**
1. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχη/-ος για τον εαυτό μου.
 2. Αισθάνομαι ένοχη/-ος.
 3. Αισθάνομαι συχνά ένοχη/-ος.
 4. Αισθάνομαι διαρκώς ένοχη/-ος.
- 121.**
1. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.

2. Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.
 3. Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
 4. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
- 122.**
1. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη/-ος από τον εαυτό μου.
 2. Αισθάνομαι απογοητευμένη/-ος από τον εαυτό μου.
 3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
 4. Μισώ τον εαυτό μου.
- 123.**
1. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη/-ος από άλλους.
 2. Ασκώ κριτική στον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
 3. Κατηγορώ συνεχώς τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 4. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει.
- 124.**
1. Δεν κάνω αυτοκτονικές σκέψεις.
 2. Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω, αλλά δε θα το κάνω.
 3. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.
 4. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.
- 125.**
1. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 2. Κλαίω τώρα περισσότερο από όσο συνήθιζα να κλαίω.
 3. Πλέον κλαίω συνεχώς.
 4. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω.
- 126.**
1. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη/-ος τώρα απ' όσο ήμουν.
 2. Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
 3. Αισθάνομαι αρκετά συχνά εκνευρισμένη/-ος ή ενοχλημένη/-ος.
 4. Αισθάνομαι εκνευρισμένη/-ος όλη την ώρα.
- 127.**
1. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
 2. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλαιότερα.

3. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
 4. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- 128.**
1. Είμαι το ίδιο αποφασιστική/-ός όπως πάντα.
 2. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις περισσότερο από ό,τι συνήθως.
 3. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
 4. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση.
- 129.**
1. Δε μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ.
 2. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη/-ος και μη ελκυστική/-ός.
 3. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή στην εμφάνισή μου, που με κάνει να φαίνομαι απωθητική/-ός.
 4. Πιστεύω ότι είμαι άσχημη/-ος.
- 130.**
1. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
 2. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- 131.**
1. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 2. Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 3. Ξυπνώ το πρωί 1-2 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 4. Ξυπνώ το πρωί πολλές ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.
- 132.**
1. Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
 2. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
 3. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
 4. Είμαι τόσο κουρασμένη/-ος που δεν μπορώ να κάνω τίποτα.
- 133.**
1. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.

2. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
3. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
4. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- 134.** 1. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
2. Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.
3. Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.
4. Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.
- 135.** 1. Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
2. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
3. Με απασχολεί τόσο πολύ η υγεία ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.
4. Με απασχολεί τόσο πολύ η υγεία μου ώστε δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
- 136.** 1. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
2. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι συνήθως.
3. Δε με ενδιαφέρει σχεδόν καθόλου το σεξ.
4. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται σε εσάς και τη σχέση σας με τον/την σύντροφό σας. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και αποφασίστε αν αληθεύει ή όχι για εσάς. Κυκλώστε την απάντηση ναι ή όχι για κάθε δήλωση.

137. Κάποιες φορές νιώθω αρκετά αποθαρρυσμένη/-ος από τη σχέση μας.	Ναι	Όχι
138. Ο/Η σύντροφός μου συχνά αποτυγχάνει να κατανοήσει τη δική μου σκοπιά των πραγμάτων.	Ναι	Όχι
139. Όποτε νιώθω στεναχωρημένη/-ος, ο/η σύντροφός μου με κάνει να νιώσω χαρούμενη/-ος και αγαπητή/-ός.	Ναι	Όχι
140. Ο/Η σύντροφός μου κι εγώ περνούμε αρκετό χρόνο μαζί σε διάφορες δραστηριότητες χαλάρωσης και αναψυχής.	Ναι	Όχι

141. Ο/Η σύντροφός μου κάποιες φορές δε δείχνει πολύ ενδιαφέρον για τη σεξουαλική μου ικανοποίηση.	Ναι	Όχι
142. Υπάρχουν μερικές σοβαρές δυσκολίες στη σχέση μας.	Ναι	Όχι
143. Μικρές διαφωνίες με τον/την σύντρόφό μου συχνά καταλήγουν σε μεγάλους τσακωμούς.	Ναι	Όχι
144. Όποτε το χρειάζομαι περισσότερο, ο/η σύντροφός μου με κάνει να αισθάνομαι σημαντική/-ός.	Ναι	Όχι
145. Η καθημερινή μας ζωή είναι γεμάτη με ενδιαφέροντα πράγματα για να κάνουμε μαζί.	Ναι	Όχι
146. Η σεξουαλική μας ζωή είναι πλήρως ικανοποιητική.	Ναι	Όχι