

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



025000200299



463



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘ. Κ. Β. ΜΑΥΡΕΑΣ**

**ΤΟ «ΕΚΠΕΦΡΑΣΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ»
(EXPRESSED EMOTION)
ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑ,
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

**ΕΥΓΕΝΙΑ Α. ΣΟΥΜΑΚΗ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2006



Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα . N5343/32, άρθρο 202, παράγραφος. 2.



Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων:
Επαμεινώνδας Τσιάνος, Καθηγητής Παθολογίας

Ημερομηνία Κατάθεσης Αίτησης: 20.02.1992

Ημερομηνία Ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 19.05.1992

Συγκρότηση Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Αρης Λιάκος: Επιβλέπων, Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Πέτρος Λαπατσάνης: Μέλος, Καθηγητής Παιδιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Σταυρούλα Γιαννίτση: Μέλος, Επίκουρος Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού του Θέματος: 20.05.1992

Ανασυγκρότηση Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής : 12-12-2000

Αρης Λιάκος: Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ιωάννης Τσιάντης: Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Παν/μίου Αθηνών

Σταυρούλα Γιαννίτση: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Παν/μίου Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ : 29.11.2005

Βενετσάνος Μαυρέας: Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Αθανάσιος Κυρίτσης: Καθηγητής Νευρολογίας, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ιωάννης Τσιάντης: Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Ιατρ. Σχολής Παν/μίου Αθηνών

Σταυρούλα Γιαννίτση: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Ιατρ. Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ιωάννης Αλαμάνος: Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής Ιατρ. Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Θωμάς Υφαντής : Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρ. Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Μερόπη Τζούφη: Λέκτορας Παιδιατρικής Ιατρ. Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία Κατάθεσης Διδακτορικής Διατριβής: 15.02.2006

Βαθμός Διδακτορικής Διατριβής: Λίαν Καλώς

Η Γραμματέας

Ζαβερδινού-Τσαγγαλά



Στους γονείς και στον αδελφό μου

Πρόσωπα αναφοράς μιας ζωής

Στη κόρη μου Κατερίνα

Ελπίδα ζωής





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
• Επίλογή θέματος έρευνας	9
• Ευχαριστίες	12

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Τα θεωρητικά εργαλεία της έρευνας. Βασικές έννοιες	
1.1. Εκπεφρασμένο Συναίσθημα (Ε.Ε.): Ορισμός, ιστορία, ανάπτυξη και θεραπευτική αξία της έννοιας	13
1.2. Επιληψία: ιστορική αναδρομή, ορισμός, αιτιολογία, χαρακτηριστικά	21
1.3. Ορισμός υποτροπής	27
1.4. Ορισμός μηχανισμών άμυνας-προσαρμογής	28
1.5. Ορισμός αλληλεπίδρασης	29
1.6. Αλληλεπίδραση γονιού- παιδιού και Ε.Ε.	30
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
2.1. Το Ε.Ε. στη διεθνή έρευνα και βιβλιογραφία	33
2.2. Συμπεράσματα της διεθνούς έρευνας για την επιληψία	37
2.3. Ειδικότερη αναφορά στην παιδοψυχιατρική βιβλιογραφία	39
2.4. Ο σκοπός και η φύση της έρευνας	46



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. Η διεξαγωγή και τα στάδια	51
1.2.Επιλογή του υλικού	52
1.3.Επιλογή της ομάδας ελέγχου	54
1.4. Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας	55
1.4.1. Διαγνωστικά εργαλεία σχετικά με τους γονείς	55
1.4.2. Διαγνωστικά εργαλεία σχετικά με τα παιδιά	58
1.4.3. Μεταγενέστερη συλλογή στοιχείων	62
1.4.4. Διαγνωστική αξιολόγηση μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων	62
1.5. Στατιστική επεξεργασία του ερευνητικού δείγματος	64

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Γενικές παρατηρήσεις	68
2.2. Ευρήματα έρευνας ομάδας επιληψίας	68
2.3. Περιγραφή ομάδας ελέγχου	70
2.4. Τα αποτελέσματα σύγκρισης	71
I. Ευρήματα χωρίς συσχέτιση	71
II. Στατιστικώς σημαντικά ευρήματα	73
III. Ευρήματα της ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης για παιδιά	85
IV. Ευρήματα σχετικά με την υποτροπή	86

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

3.1. Αξιολόγηση των ευρημάτων με βάση τις βασικές υποθέσεις εργασίας	89
3.2. Συμπληρωματικά ευρήματα	98
3.3. Ευρήματα εκτός υποθέσεων	100
3.4. Περιορισμοί	101

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

102

5. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

105

6. SUMMARY

106

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

107

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- I. Επιστολές – Ερωτηματολόγια
- II. Πίνακες στατιστικής ανάλυσης

123

124

135



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

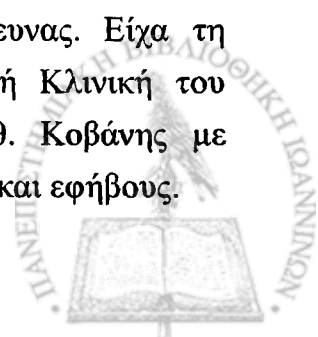
Επιλογή θέματος έρευνας

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος είχε ως αφετηρία το προσωπικό μου ενδιαφέρον γύρω από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά. Παρότι η μελέτη των γονεϊκών ιδιοτήτων και συμπεριφορών διασαφήνισε αρκετά ερωτήματα αναφορικά με την εκδήλωση ψυχοπαθολογικών φαινομένων στα παιδιά, οι περισσότερες από τις ευρέως χρησιμοποιημένες μελέτες, έχουν σημαντικούς περιορισμούς όσον αφορά την υποκειμενικότητα στην αξιολόγησή τους - καθώς διεξάγονται είτε μέσω στοιχείων που προκύπτουν από τις αναφορές των γονιών, είτε μέσω της άμεσης παρατήρησης του θεραπευτή-, ώστε να αμφισβητείται τελικά σε σημαντικό βαθμό η αξιοπιστία τους.^{1,2,3}

Λίγες μελέτες, το τελευταίο διάστημα υιοθέτησαν μια διαφορετική προσέγγιση στην αξιολόγηση, η οποία δύναται να μειώσει τους συγκεκριμένους περιορισμούς. Η προσέγγιση αυτή έχει ως τώρα χρησιμοποιηθεί στο πεδίο της ψυχοπαθολογίας των ενηλίκων, και περιλαμβάνει την αξιολόγηση του Εκπεφρασμένου Συναισθήματος (E.E.) των γονιών ή συγγενών.

Στον χώρο της παιδοψυχιατρικής παρόλο ότι η σχέση μεταξύ γονεϊκών χαρακτηριστικών και ψυχοπαθολογίας του παιδιού υπήρξε το κέντρο της έρευνας για αρκετό καιρό, η μέτρηση του E.E. σε σχέση με το παιδικό πληθυσμό είναι κεκτημένο της τελευταίας δεκαετίας. Το E.E. χρησιμοποιήθηκε ήδη για να καταγράψει τη στάση των γονιών ως προς τα παιδιά που εμφανίζουν κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ψυχογενή ανορεξία, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, αγοραφοβία, παχυσαρκία, διαβήτη. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε ότι αποτελεί ένα γενικό προγνωστικό δείκτη σε σχέση με την πορεία της νόσου σε διαφορετικά πολιτιστικά περιβάλλοντα.¹ Προέκυψαν βέβαια ερωτήματα τα οποία δεν έχουν πλήρως απαντηθεί όπως αν όντως το E.E. των γονιών προκαλεί υποτροπή της νόσου, το κατά πόσο μια βαθμολόγηση ενός σφαιρικά E.E. έχει κλινική εγκυρότητα και ποιά η κλινική σημασία του.

Επέλεξα να ασχοληθώ με τον πληθυσμό των παιδιών με επιληψία, κατ' αρχήν, γιατί έως τώρα δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο παρόμοιας έρευνας. Είχα τη δυνατότητα να εξοικειωθώ με τα παιδιά αυτά στη Νευρολογική Κλινική του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία». Ο Διευθυντής της κ. Αθ. Κοβάνης με ευαισθητοποίησε σε θέματα σχετικά με την 'Επιληψία' (E) σε παιδιά και εφήβους.



Οι τελευταίες μελέτες αποδεικνύουν ότι η συχνότητα των κρίσεων είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας όσον αφορά στην ποιότητα ζωής. Ασθενείς με ελεγχόμενη επιληψία παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό προσαρμοστικότητας στην νόσο, στην ψυχο-κοινωνική λειτουργία, καθώς και χαμηλά επίπεδα άγχους.^{4,5,6} Επιληπτικά άτομα τείνουν να αισθάνονται στιγματισμένα από την κατάστασή τους, η αυτοεκτίμησή τους είναι σημαντικά χαμηλή, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και βρίσκονται σε χειρότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση από το γενικό πληθυσμό^{7-11,4}

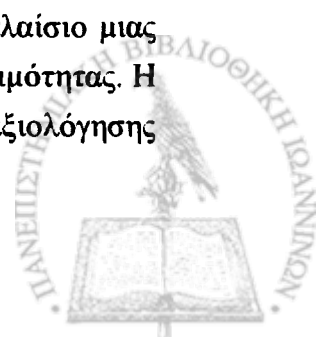
Ιδιαίτερα, για το συγκεκριμένο είδος μελέτης, οικογένειες με παιδιά τα οποία εμφανίζουν επιληψία έχουν δύο σημαντικά χαρακτηριστικά: α. είναι εκτεθειμένες στο στρες της χρόνιας εγκεφαλικής διαταραχής του παιδιού και β. πιθανολογείται η σύνδεση πολιτισμικών παραγόντων – οι οποίοι δεν έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με την αιτιολογία- με το αποτέλεσμα της νόσου. Παραμένει ως ερώτημα εάν η εμφάνιση υψηλού ΕΕ προκύπτει ως αποτέλεσμα των επιληπτικών κρίσεων ή εάν το υψηλό ΕΕ διευκολύνει την εμφάνιση τέτοιων κρίσεων.

Η διατριβή μου αποτελείται από δύο μέρη (γενικό- ειδικό) και δυο εκτενή παραρτήματα.

Στο γενικό μέρος προχωρώ σε μια κατ' αρχήν επισκόπηση των έως τώρα επεξεργασιών αναφορικά με το Ε.Ε. (ορισμός, σχέσεις αλληλεπίδρασης γονιού-παιδιού, αξιολόγησή του Ε.Ε. στην έρευνα και στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τους ενήλικες και με τα παιδιά) και την Ε (ορισμός, συμπεράσματα της διεθνούς έρευνας, παράμετροι για την πορεία της νόσου, υποτροπή, χρήση μηχανισμών άμυνας- προσαρμογής).

Στο ειδικό μέρος ασχολούμαι με το υλικό και τη μεθοδολογία της έρευνας μου. Παρουσιάζω κατ' αρχήν τις υπό εξέταση ομάδες, καθώς και τα κριτήρια που οδήγησαν στην επιλογή τους. Αναλύω, επίσης τη μεθοδολογία που ακολούθησα κατά την εκπόνηση της έρευνας. Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου παρουσιάζω και αναλύω τα αποτελέσματα της μελέτης μου, ενώ στο τελευταίο τμήμα, με βάση τα όσα έχουν προηγηθεί, προχωρώ στη συζήτηση- διαπραγμάτευση των σχετικών ευρημάτων.

Η μελέτη μου συμπληρώνεται με την παράθεση δυο εκτενών παραρτημάτων. Στο πρώτο παράρτημα παρουσιάζονται οι επιστολές και τα ερωτηματολόγια που χρησίμευσαν στη διεξαγωγή της έρευνας. Στο δεύτερο παράρτημα παρατίθενται οι πίνακες στατιστικής ανάλυσης που προέκυψαν από την επεξεργασία των υλικών, χωρίς στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Στους στατιστικούς πίνακες που δημοσιεύονται, χρησιμοποιήθηκε, ως είθισται η αγγλική ορολογία, στο πλαίσιο μιας κοινής διεθνούς γλώσσας, η οποία δεν δημιουργεί προβλήματα μεταφρασσιμότητας. Η δημοσίευσή τους, άλλωστε, στο σύνολο τους, επιτρέπει την δυνατότητα αξιολόγησης της έρευνας από κάθε ειδικό.



Ευχαριστίες

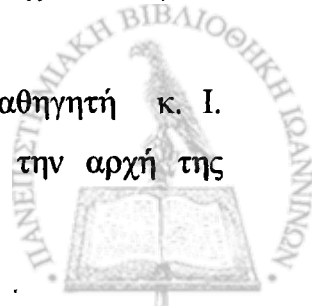
Θα ήθελα, κατ' αρχήν να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, στον επόπτη καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Α. Λιάκο, στην Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής κα Σ. Γιαννίτση και στον καθηγητή Παιδοψυχιατρικής κ. Ι. Τσιάντη, οι οποίοι με εμπιστεύτηκαν και με καθοδήγησαν στη διάρκεια αυτής της μελέτης, καθώς και στον καθηγητή κ Β. Μαυρέα για το ενδιαφέρον του για την εργασία μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ επίσης στον κ. Αθανάσιο Κοβάνη που μ' εμπιστεύθηκε παρά τις παλινδρομήσεις και την αργοπορία να ολοκληρώσω αυτή την έρευνα και μου επέτρεψε να «κινούμαι» και να «υποστηρίζομαι» στη Νευρολογική Κλινική. Στη διάρκεια των χρόνων αυτών με βοήθησαν και τους ευχαριστώ και άλλοι συνάδελφοι όπως η κα Μαργαρίτα Συστρίνη, η κα Μιμίκια Γεωργονίκου τότε ειδικευόμενες στη Νευρολογία και ο κ. Νίκος Τζιάκης τότε ειδικευόμενος στην Παιδοψυχιατρική. Επίσης με στήριξαν ενθαρρύνοντάς με να συνεχίσω οι συνοδοιπόροι μου στο ταξίδι της Παιδοψυχιατρικής από τα χρόνια της ειδικότητας κ. Στέλιος Χριστογιώργος και κ. Γεράσιμος Κολαΐτης.

Ευχαριστώ επίσης την συνάδελφο κ. Κατερίνα Παπανικολάου, η οποία έκανε την αξιολόγηση των μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων του Ε.Ε. Η κα Παπανικολάου είχε ειδικευθεί ανάλογα στην Tavistock Clinic (London) από την Dr. J. Barnes (Ιανουάριος 1999). Στη στατιστική ανάλυση της έρευνας βοήθησαν ο κ. Σπύρος Φερεντίνος, Διδάκτωρ Στατιστικής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο και η κα Μαρία Λέλα, Σύμβουλος Ψυχολόγος. Σημαντική υπήρξε επίσης η βοήθεια από την κα Άννα Νικολαΐδου, γραμματέα, κατά τη συγγραφή αυτής της εργασίας. Η κα Βάλια Γκέντσου και ο κ. Βαγγέλης Καραμανωλάκης συνέβαλαν καθοριστικά, αναλαμβάνοντας τις διορθώσεις και τη φιλολογική επιμέλεια, στην τελική μορφή του κειμένου μου.

Μεγάλη ευγνωμοσύνη θα ήθελα να εκφράσω στην κα Αγγελική Αμφιλοχίου που χρόνια τώρα είναι δίπλα μου φροντίζοντας με την αγάπη της αλλά και τη σημαντική γνώση και φαντασία της για την αξιοποίηση όλων των γραπτών μου, power point ... με τον πιο εντυπωσιακό τρόπο.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καθηγητή κ. Ι. Τσιάντη γιατί ο Λόγος του υπήρξε μέσα μου σημαντικός από την αρχή της



ειδικότητάς μου, ένας Λόγος στον οποίο έχω συχνά ανατρέξει στην κλινική μου πορεία. Ο καθηγητής κ. Τσιάντης υπήρξε για μένα σύμβολο, πρότυπο και εσωτερικός επόπτης. Στη ζωντάνια και τη δημιουργική του σκέψη οφείλει, σε μεγάλο βαθμό, η Παιδοψυχιατρική στην Ελλάδα την εξέλιξή της.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα θεωρητικά εργαλεία της έρευνας.

Βασικές έννοιες.

1.1. ΕΚΠΕΦΡΑΣΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ (E.E.): ΟΡΙΣΜΟΣ, ΙΣΤΟΡΙΑ, ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

A. Ιστορία και ανάπτυξη της έννοιας

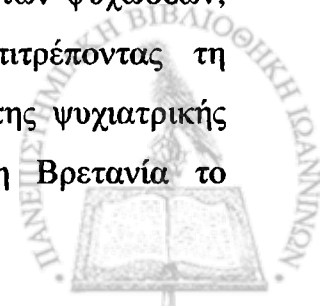
1. Ο ορισμός του Expressed Emotion (E.E.) και η ερευνητική αξιολόγησή του Το E.E. ως αντικείμενο της έρευνας.

Εδώ και πολλές δεκαετίες αρκετοί ερευνητές και κλινικοί ψυχίατροι, κινούμενοι στο πεδίο μελέτης της σχιζοφρένειας, εστίασαν το ενδιαφέρον τους και στην αξιολόγηση της «συναισθηματικής ατμόσφαιρας» της οικογένειας των παιδιών, τα οποία πάσχουν από επιληψία ¹² προκειμένου να εξετάσουν το ρόλο που αυτή διαδραματίζει στην πρόγνωση, τον έλεγχο και τη θεραπεία της διαταραχής. Το υψηλό E.E. εκδηλώνεται ως «κριτικά σχόλια», «επιθετικότητα» και «συναισθηματική υπερ-εμπλοκή» ενός τουλάχιστον μέλους της οικογένειας με κατεύθυνση τον ψυχικά πάσχοντα.

2. Ιστορική αναδρομή-ανασκόπηση.

Στον 19^ο και στον 20^ό αιώνα η λειτουργία των ασύλων οδήγησε στον εγκλεισμό ενός πολύ μεγάλου αριθμού τροφίμων, με συνεχή αυξητική τάση. Στη Γαλλία ο πληθυσμός των τροφίμων αυξήθηκε από τις 10.000 το 1834, στις 43.000 το 1874, για να αγγίξει το ανώτατο του όριο το 1940 με 95.000 περίπου τροφίμους. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στη Μεγάλη Βρετανία όπου, την ίδια περίοδο, ο πληθυσμός των τροφίμων πλησίασε τους 152.000 ¹³

Όλο και περισσότερες φωνές εγείρονταν εναντίον ενός συστήματος, το οποίο παρήγαγε χρόνιους ασθενείς. Η αύξηση των νευροληπτικών φαρμάκων έκανε εφικτές τις προτάσεις για θεσμικές ανατροπές, τροποποιώντας την εξέλιξη των ψυχώσεων, διευκολύνοντας τη ψυχοθεραπευτική τους προσέγγιση και επιτρέποντας τη μακροπρόθεσμη συνέχιση εξωτερικών θεραπειών. Η οικοδόμηση της ψυχιατρικής εμφανίστηκε ως επίτευγμα ουσιαστικώς ευρωπαϊκό: η Μεγάλη Βρετανία το



εμπλούτισε κυρίως με τον πραγματισμό της στο επίπεδο της διαχείρισης και της μεταρρύθμισης των θεσμών, ενώ η κλινική μελέτη, η νοσογραφία και η θεωρητική επεξεργασία αποτέλεσαν γνωρίσματα της γαλλικής μάλλον επιστήμης καθώς και εκείνης των γερμανόφωνων χωρών. Δημιουργήθηκε λοιπόν ένας τρίτος δρόμος, περισσότερο τολμηρός, φορέας αληθινών ανατροπών, δηλαδή ένα σύστημα “open door”.

Η πρόοδος αυτή αποτέλεσε πραγματικό επίτευγμα για την επιστημονική κοινότητα, όμως το κοινωνικό σύνολο δεν ήταν έτοιμο να ενσωματώσει τους ασθενείς αυτούς. Η αποασυλοποίηση τους οδήγησε σ’ ένα «μέσα – έξω», ανάμεσα σε νοσοκομείο και κοινότητα “the revolving door policy”, γεγονός που προκάλεσε εύλογα ερωτήματα αναφορικά με το τι ήταν αυτό που συνέβαλλε θετικά ή αρνητικά στην υπόθεση της προόδου ή της υποτροπής των ασθενών.¹³

Στις ΗΠΑ η Community Mental Health Act, το 1963, ανταποκρίθηκε σε μια ανάλογη συνειδητοποίηση της κοινωνικής διάστασης της Ψυχιατρικής και στην επιδίωξη της, κατά το δυνατόν, διευκόλυνσης της παραμονής του ψυχικά αρρώστου στην κοινωνία. Στο πλαίσιο αυτό και το Medical Research Council (MRC) της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Λονδίνο ξεκίνησε ένα είδος επιδημιολογικής μελέτης για την παρακολούθηση (follow up) των ασθενών, με σκοπό την ανασκόπηση σε βάθος των λεπτομερειών, σε ότι όσον αφορά αφ’ ενός στη συμπεριφορά των ασθενών, και αφ’ ετέρου στην ποιότητα της συναισθηματικής σχέσης με την οικογένειά τους. Διαπιστώθηκε τότε ότι η επανεισαγωγή εξαρτιόταν σε μεγάλο βαθμό με το είδος της ομάδας στην οποία είχε παραπεμφθεί ο ασθενής.

Η πρώτη δομημένη μελέτη για τα αίτια της υποτροπής ξεκίνησε το 1956 από τους Brown, Carstairs και Topping, με άνδρες σχιζοφρενείς.¹⁴ Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι:

1. Οι ασθενείς, οι οποίοι επέστρεψαν να ζήσουν με γονείς ή σύζυγο παρουσίαζαν περισσότερο αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά στη συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτούς που παρέμειναν σε οικοτροφεία στην κοινότητα ή με τα αδέρφια τους, με αποτέλεσμα την επανα-εισαγωγή τους.
2. Οι ασθενείς παρουσίαζαν αρνητικό αποτέλεσμα όταν οι ίδιοι και οι μητέρες τους παρέμεναν άνεργοι, το οποίο μειωνόταν, στις περιπτώσεις που τουλάχιστον οι μητέρες τους είχαν εργασία.

Η δεύτερη μελέτη ξεκίνησε το 1956 από τους Brown, Carstairs, Monk και Wing¹⁴ με σκοπό τη διερεύνηση της πορείας ανδρών σχιζοφρενών μετά την έξοδό



τους απ' το νοσοκομείο και την παραμονή τους για σημαντικό χρονικό διάστημα στην κοινότητα.

Οι μελετητές αποφάσισαν να επισκεφτούν τους ασθενείς αυτούς στην κατοικία όπου διέμεναν και έμειναν έκπληκτοι για το πόσο σύντομα (περίπου 1 λεπτό) ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν τη συναισθηματική ατμόσφαιρα της οικογένειας.

Όρισαν τότε τους εξής παράγοντες αναγνώρισης της συναισθηματικής ατμόσφαιρας:

- το συναίσθημα,
- την επιθετικότητα,
- την κυρίαρχη και άμεση συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς,
- την επιθετικότητα εκφρασμένη από τον ασθενή προς το συγγενή.

Στην παρακολούθηση (follow-up) κατά τη διάρκεια ενός έτους βρέθηκε ότι σε σημαντικό βαθμό το συναίσθημα και η επιθετικότητα συγγένευαν σημαντικά με την υποτροπή του ασθενή.

Η τρίτη μελέτη ξεκίνησε το 1967 από τους Brown, Birley, Wing, Clerke, Lang, Rayfield, Reid και M. Rutter, οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση των νευρωτικών ασθενών στα παιδιά τους, καθώς ο Rutter ήταν τότε αφοσιωμένος στην ολοκλήρωση ενός δείκτη μέτρησης της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Οι μετρήσεις-κλειδιά., που έπρεπε να γίνουν αφορούσαν τις εξής παραμέτρους:

- την επιθετικότητα,
- την συναισθηματική υπερεμπλοκή,
- τον αριθμό των κριτικών παρατηρήσεων (και τη σοβαρότητα της κριτικής),
- τη ζεστασιά,
- τη μη ικανοποίηση.

Αργότερα προστέθηκε και ο αριθμός των θετικών σχολίων.

Τελικά μόνο το κριτικό στοιχείο στην κλίμακα και η μη ικανοποίηση θεωρήθηκαν ως προγνωστικά στοιχεία για την υποτροπή.

3. Εργαλεία Μέτρησης ΕΕ

Το 1972 οι Brown, Rutter και οι συνεργάτες τους δημιούργησαν την Camberwell Family Interview (CFI) πετυχαίνοντας υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και



ακρίβειας. Πρόκειται για μια τρίωρη συνέντευξη, η οποία εστιάζεται στο ψυχιατρικό ιστορικό, στην ευερεθιστότητα, στις συγκρούσεις και στα κλινικά συμπτώματα.

Το Εκπεφρασμένο Συναισθήμα (E.E.) ορίστηκε τότε σαν μια σύνθετη μεταβλητή με παραμέτρους υψηλού και χαμηλού συναισθήματος.

Αργότερα οι Vaughn και Leff (1976)¹⁵ επαναδιαπραγματεύθηκαν και συντόμευσαν την CFI. Εκτοτε έγιναν πολλές μελέτες που χρησιμοποίησαν την CFI-E.E., αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν σαφή, όπως π.χ. η ανάδειξη των παραγόντων της υποτροπής σε μικτή ομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια και κατάθλιψη.

Αρκετές από αυτές τις μελέτες αναπαράχθηκαν στην UCLA, και στην πράξη έκτοτε οι περισσότερες από τις E.E. μελέτες καθοδηγήθηκαν από την τελευταία (Miklowicz και Goldstein 1983, Valone, Goldstein και Norton). Τελικά το 1984 οι Magana και Goldstein διαμόρφωσαν την FMSS (Five Minute Speech Sample),¹⁶ μέθοδος αξιολόγησης του E.E., η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία, και για την οποία θα γίνει ιδιαίτερος λόγος στη συνέχεια.

B. Ψυχαναλυτική θεώρηση του E.E. σαν αντίστοιχο της προβλητικής ταύτισης

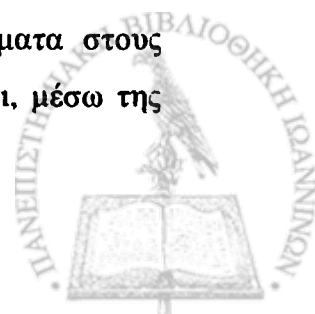
Η ψυχανάλυση έχει ασχοληθεί από τα μέσα του 20ού αιώνα με την έννοια της προβλητικής ταύτισης.

Η προβλητική ταύτιση είναι όρος τον οποίο εισήγαγε η M. Klein το 1946¹⁷ προκειμένου να υποδείξει ένα μηχανισμό, ο οποίος εκφράζεται σε φαντασιώσεις και με τον οποίο το υποκείμενο επιδιώκει να εισαγάγει τον ίδιο του τον εαυτό, εν μέρει ή καθ' ολοκληρίαν, στο εσωτερικό του αντικειμένου για να το βλάψει, να το έχει υπό την κατοχή του και να το ελέγξει. Η κλαϊνική χρήση της έκφρασης «προβλητική ταύτιση» αντιστοιχεί σε μια περιορισμένη ερμηνεία την οποία η ψυχανάλυση υιοθετεί για τον όρο προβολή: απόρριψη προς τα έξω εκείνου που το υποκείμενο αρνείται στον εαυτό του, προβολή του κακού.¹⁸

Η προβλητική ταύτιση θεωρήθηκε και ως εργαλείο αναγνώρισης της δυναμικής της οικογένειας. Φαίνεται να σχετίζεται με την έννοια του E.E. μέσω 2 οδών:

1) οι συγγενείς προβάλλουν στους ασθενείς τα δυσάρεστα συναισθήματά τους, όπως ενοχή, φόβο, οργή, ματαιώση.

2) οι ασθενείς προβάλλουν τα δικά τους ανάλογα συναισθήματα στους συγγενείς, οι οποίοι όμως είναι «μη ικανοί» να τα «εμπεριέξουν». Έτσι, μέσω της



διαδικασίας της προβλητικής αντι-ταύτισης (Grinberg, 1962)¹⁹ τα επιστρέφουν στον ασθενή μαζί με τις δικές τους προβολές.

Όσον αφορά στην έννοια της υπερ-εμπλοκής, σημαντικού συντελεστή του E.E., ο Leff (1992)²⁰ υποστήριξε ότι πρόκειται για ένα σχήμα υπερ-ταύτισης ή συμβίωσης του συγγενή με τον ασθενή και μια ευθεία έκφραση του αισθήματος ενοχής.

Γ. Η επίδραση του αρνητικού E.E. στη νευροφυσιολογία και τον εγκέφαλο.

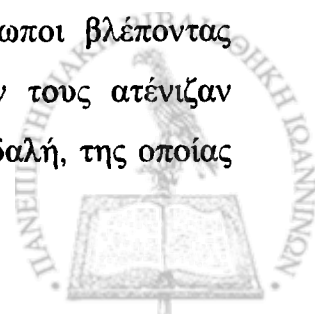
Στη μελέτη τους οι Valone, Goldstein και Norton (1984)²¹ αποτύπωσαν υψηλή ψυχοφυσιολογική δραστηριότητα σε εφήβους ευάλωτους για ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Και οι δύο, δηλαδή και οι έφηβοι αλλά και οι υψηλού E.E. γονείς τους, δραστηριοποιήθηκαν ψυχοφυσιολογικά περισσότερο. Οι έφηβοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη διέγερση όταν προβλέποταν συναντήσεις με τους υψηλού E.E. γονείς τους.

Το 1979 ο Tarrier και οι συνεργάτες του²² στην Αγγλία μέτρησαν τη ψυχοφυσιολογική αντίδραση των σχιζοφρενών σε άφεση καθώς και εκείνη των φυσιολογικών, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδες ελέγχου. Και οι 2 ομάδες είχαν υψηλή εγρήγορση [δηλ. νούμερο από αυθόρμητους κυματισμούς (SF) στο δέρμα τους ανά λεπτό (Sc)], όταν ο συγγενής δεν ήταν παρών. Οι σχιζοφρενείς, όμως, αντιδρούσαν γρήγορα και το SF ήταν ίδιο με της ομάδας ελέγχου, όταν χαμηλού E.E. συγγενείς έμπαιναν στο δωμάτιο.

Σε επόμενη μελέτη ο Tarrier ανακάλυψε επιπρόσθετα, ότι και η μέτρηση της δραστηριότητας των ιδρωτοποιών αδένων ήταν σημαντικά υψηλότερη σε ασθενείς που διέθεταν συγγενείς υψηλού E.E., καθόλη τη διάρκεια της συνεδρίας.

Ο Hibbs και οι συνεργάτες του (1992)²³ μελέτησαν την αυτόνομη δραστηριότητα σε εφήβους με αντιδραστική συμπεριφορά και ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή.

Ο Reginald Adams και οι συνάδελφοί του στο Πανεπιστήμιο του Ντόρτμουθ, χρησιμοποιώντας εικόνες με άγρια πρόσωπα, βρήκαν ότι ανταποκρίνεται ο εγκέφαλος στο φόβο και στην οργή, κυρίως στην περιοχή της αμυγδαλής, περιοχή από την οποία ο εγκέφαλος ελέγχει τα συναισθήματα. Οι άνθρωποι βλέποντας εικόνες με θλιμμένες εκφράσεις ακόμα και όταν οι μορφές δεν τους ατένιζαν καταπρόσωπο, παρουσίαζαν μεγαλύτερη δραστηριότητα στην αμυγδαλή, της οποίας η ένταση αυξανόταν όσο διαρκούσε η οπτική επαφή.



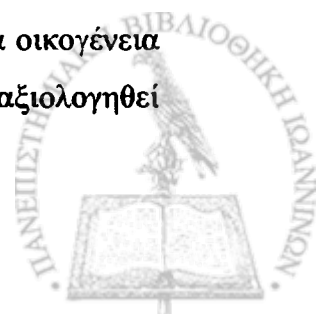
Επιπρόσθετα η αμυγδαλή ανταποκρίνεται τα μέγιστα όταν υπάρχει μεγάλη απειλή. Αυτό σημαίνει είτε ότι η αμυγδαλή συλλαμβάνει τη μέγιστη απειλή και την προκαλούμενη ανάλογη ανασφάλεια, είτε ότι χρειάζεται να εργάζεται σκληρότερα για να αντιλαμβάνεται την ασάφεια που συνοδεύει την απειλή.

Άλλη νεότερη μελέτη στο NIH (2003), η οποία χρησιμοποίησε την απεικόνιση του εγκεφάλου, έδειξε ότι η αμυγδαλή και άλλες μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου δραστηριοποιούνται κατά τη διάρκεια στόχων που συνοδεύονται από αρνητικά συναισθηματικά ερεθίσματα.

Δ. Η αξιολόγηση του Ε.Ε.

Θετικά – αρνητικά ευρήματα

Η αξιολόγηση του Ε.Ε. γίνεται με βάση τη μαγνητοφωνημένη συνέντευξη, η οποία διεξάγεται με το συγγενή, ο οποίος φροντίζει τον πάσχοντα. Η συνέντευξη ονομάζεται Camberwell Family Interview και έχει τη μορφή ημι-δομημένου ερωτηματολογίου επιτρέποντας την ευέλικτη χρήση των ερωτήσεων. Η συμπλήρωση της συνέντευξης περιλαμβάνει πέντε κλίμακες: κριτικά σχόλια, θετικά σχόλια (και τα δύο αφορούν συχνότητες), επιθετικότητα, ζεστασιά και συναισθηματική υπερ-εμπλοκή. Τα κριτικά σχόλια, η επιθετικότητα και η συναισθηματική υπερ-εμπλοκή βρέθηκαν να έχουν τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία, η αξιολόγηση των θετικών σχολίων αλλά και της ζεστασιάς τείνουν κατά συνέπεια να περιοριστούν σημαντικά. Στην περιγραφή της συνέντευξης από την Kuipers (1995)²⁴, αναφέρεται πως τα κριτικά σχόλια είναι συνήθως τα πιο συχνά, αφορούν δυσμενείς παρατηρήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά ή την προσωπικότητα του πάσχοντα, ενώ στην αξιολόγησή τους λαμβάνεται υπόψη και ο τόνος της φωνής. Η επιθετικότητα μπορεί να υπάρχει ανεξάρτητα από τα κριτικά σχόλια, αλλά τις περισσότερες φορές συσχετίζονται μεταξύ τους. Η συναισθηματική υπερ-εμπλοκή είναι, ίσως η πιο σύνθετη κλίμακα, καθώς συνδυάζει υπερ-προστατευτικότητα και υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις (π.χ. δραματοποίηση, ιδιαίτερος τόνος στη φωνή). Το υψηλό Ε.Ε. ορίζεται ως έξι ή περισσότερα κριτικά σχόλια, ή/και ένα μέτριο επίπεδο συναισθηματικής υπερ-εμπλοκής (3 ή περισσότερα από 5), ή/και μια τουλάχιστον μέτρηση επιθετικότητας (η υψηλότερη βαθμολόγησή της είναι το 3). Μια οικογένεια χαρακτηρίζεται με υψηλό Ε.Ε. ακόμη και όταν μόνο ένα μέλος της έχει αξιολογηθεί



ως τέτοιο. Η συγκεκριμένη συνέντευξη έχει χρησιμοποιηθεί και σε ελληνικές μελέτες.²⁵

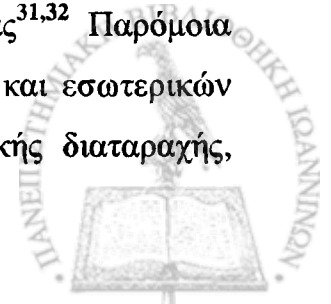
Ευρωπαϊκές μελέτες πάνω στο Ε.Ε. διεξάγονται σε πολλές χώρες περιλαμβάνοντας όλο και περισσότερες ψυχιατρικές νόσους. Συνεπώς, θεωρείται ότι η εκτίμηση του Ε.Ε. μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νέος τρόπος αξιολόγησης αποτελεσμάτων σοβαρών συμβάντων- υποτροπών σε υπάρχοντα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα. Υπάρχει ωστόσο, ένας αριθμός μελετών που δεν επιβεβαίωσε τη σχέση ανάμεσα στο υψηλό Ε.Ε. και την υποτροπή.^{26,27}

Ε. Κριτικές παρατηρήσεις για το Ε.Ε.

Πολλά μέλη της επιστημονικής κοινότητας έχουν διατυπώσει την κριτική τους σχετικά με τη χρήση του Ε.Ε. στο ερευνητικό, αλλά και στο κλινικό πεδίο.¹⁵ Η κριτική τους αφορά τα ακόλουθα σημεία: α/η Ε.Ε. αξιολογεί στάσεις και όχι συμπεριφορές, β/η αξιολόγηση ενός τουλάχιστον μέλους με υψηλό Ε.Ε. κατηγοριοποιεί όλη την οικογένεια ως τέτοια, γ/ και το χαμηλό Ε.Ε. μπορεί να έχει αρνητικές πλευρές, οι οποίες όμως δεν έχουν επαρκώς διερευνηθεί, δ/ η έμφαση στην υποτροπή ως αποκλειστικού δείκτη έκβασης αγνοεί άλλους δείκτες, όπως γενικότερη ποιότητα ζωής του περιβάλλοντος του πάσχοντος, ε/ η χρήση του συνολικού δείκτη Ε.Ε., όπως αυτός προκύπτει από τη συνέντευξη CFI, αγνοεί τη σημασία των πληροφοριών που δίνουν οι κλίμακές της.

Ωστόσο, η κύρια κριτική που ασκήθηκε αφορά στην κατεύθυνση της επίδρασης του Ε.Ε. στην υποτροπή του πάσχοντα. Σύμφωνα με τις ανασκοπήσεις των Kanter και συνεργατών του (1987)²⁸ και στις πρώτες μελέτες των Brown και συνεργατών του²⁹ η συμπεριφορά του πάσχοντα ήταν εκείνη που διέγειρε υψηλό Ε.Ε. ή τουλάχιστον η αλληλεπίδρασή της με τη συμπεριφορά των συγγενών. Παρόμοια, η ανασκόπηση των Hogarty και συνεργατών του (1986)³⁰ έδειξε πως το είδος και ο βαθμός της αποκλίνουσας συμπεριφοράς του πάσχοντα συσχετιζόνταν με το υψηλό Ε.Ε. της οικογένειάς του.

Εμπειρικά ευρήματα δείχνουν επίσης πως η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αλληλεπίδραση στη συμπεριφορά και στη συναισθηματική στάση πάσχοντος-οικογένειας^{31,32} Παρόμοια ο Hooley (1987)³³ αναφέρει πως ο συνδυασμός κριτικών σχολίων και εσωτερικών αιτιολογικών αποδόσεων στον πάσχοντα για τη φύση της ψυχικής διαταραχής, βρέθηκε να συσχετίζεται με την υποτροπή.



ΣΤ. Εμπειρικά Συμπεράσματα

α. Τα εμπειρικά ευρήματα στο ερευνητικό πεδίο του Ε.Ε. των οικογενειών δείχνουν πως η σχέση του με την υποτροπή είναι εξαιρετικά σύνθετη. Η οικογενειακή συναισθηματική ατμόσφαιρα θα πρέπει να ιδωθεί μέσα σ' ένα πλαίσιο και άλλων στρεσογόνων ερεθισμάτων ή συνθηκών.

β. Η ανασκόπηση των σχετικών εμπειρικών ευρημάτων δείχνει πως η αλληλεπίδρασή του Ε.Ε. με άλλους παράγοντες μπορεί σημαντικά να βελτιώσει την προγνωστική του ισχύ και τα ποσοστά ερμηνείας της μεταβλητότητάς του. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν:

1) κλινικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πάσχοντα (φύλο, συμπτωματολογία, επίπεδα λειτουργικότητας, λήψη φαρμακευτικής αγωγής), 2) χαρακτηριστικά των οικογενειών (ηλικία, μέγεθος και δομή, ψυχολογική υπερκόπωση, στρατηγικές αντιμετώπισης, αιτιολογικές αποδόσεις, ερμηνευτικά σχήματα και 3) συνθήκες αλληλεπίδρασης μεταξύ οικογενειών και πασχόντων (είδος και ποσότητα επαφής).³⁴

γ. Η έρευνα του εκπεφρασμένου συναίσθηματος (Ε.Ε.) των οικογενειών μπορεί να φανεί χρήσιμη τόσο στο κλινικό όσο και στο ερευνητικό πεδίο, μόνο όταν αυτό προσεγγιστεί ως ένα από τα δυνητικά αλλά και βασικά στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, το οποίο όταν αλληλεπιδρά με άλλους παράγοντες είναι σε θέση να επιβαρύνει την ευαλωτότητα του πάσχοντα και επομένως την προδιάθεσή του για υποτροπή. Η χρησιμότητα της έρευνας του Ε.Ε. μπορεί να μεγιστοποιηθεί προς τη σωστή κατεύθυνση όταν αυτή ιδωθεί ως ενδεικτικό μόνο μέτρο της οικογενειακής ατμόσφαιρας που μπορεί να σημειοδοτεί άλλες ίσως πιο δυναμικές αλληλεπιδράσεις και εσωτερικές διεργασίες.³⁴

Έτσι η έρευνα του Ε.Ε. οδηγεί σε νέες προβλέψεις, δοκιμάζει νέες ιδέες και προκαλεί νέες μελέτες παρεμβάσεων οι οποίες έχουν το πλεονέκτημα να ελέγχονται εμπειρικά και ερευνητικά. Αυτή λοιπόν φαίνεται να είναι η προοπτική της συνεχιζόμενης έρευνας πάνω στο Ε.Ε. στην Ευρώπη.



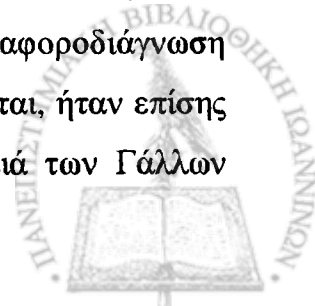
1.2. ΕΠΙΛΗΨΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ, ΟΡΙΣΜΟΣ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

A. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «επιληψία» (epilepsy), με τον οποίο ονομάζεται διεθνώς η συγκεκριμένη νόσος, προέρχεται από την αρχαία ελληνική γλώσσα (ρήμα=επιλαμβάνομαι).³⁵ Οι αρχαίοι Έλληνες την είχαν καταχωρήσει στις ιερές ασθένειες. Μόνον ένας Θεός θα μπορούσε να ρίξει έναν άνθρωπο στο έδαφος, κάνοντάς τον να χάσει την αίσθηση του εαυτού και της πραγματικότητας και επαναφέροντας τον μετά από λίγο.³⁶ Ο Ιπποκράτης, όμως, δεν πίστευε στο ρόλο της θεότητας για τη γένεση της αρρώστιας. Το διατύπωσε χωρίς διαφορούμενα από τις πρώτες ήδη σειρές της πραγματείας του «Περί ιερής νόσου» (400 π.Χ.) «Οπωσδήποτε οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν ότι η μοναδική πηγή από όπου προέρχονται οι ηδονές και οι χαρές, τα γέλια και τα αστεία μας είναι ο εγκέφαλος : το ίδιο και οι λύπες και οι στεναχώριες, οι βαρυθυμίες και τα κλάματα. Ο εγκέφαλος όμως είναι και η αιτία που τρελλαινόμαστε και παραφρονούμε. Όλα αυτά τα παθαίνουμε όταν ο εγκέφαλος δεν είναι υγιής, είναι πιο θερμός ή πιο ψυχρός, πιο υγρός ή πιο ξερός ή γενικά έχει παθει κάτι αντίθετο με τη φύση του, κάτι στο οποίο δεν ήταν συνηθισμένος».³⁷

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα το φαινόμενο της επιληψίας ερμηνεύονταν με διάφορους μυστικιστικούς, μαγικούς και θρησκευτικούς συμβολισμούς.³⁸ Οι επιληπτικοί ασθενείς ήταν αυτοί που τους «κατείχαν δυνάμεις», στιγματισμός ο οποίος επιδείνωνε τους ήδη υπάρχοντες φόβους, αγωνίες, ενοχές. Πολλά άλλωστε από τα ψυχοκοινωνικά θέματα που επιβαρύνουν τους επιληπτικούς ασθενείς έχουν τις ρίζες τους στις έννοιες που σχηματίστηκαν εκείνες τις εποχές και εξακολουθούν να υφίστανται σε κάποιους πολιτισμούς.

Η γνώση και ιδιαίτερα η αποδοχή της ιατρικής βάσης της επιληψίας έχει την αρχή της στην Αναγέννηση, αλλά κυρίως αναπτύχθηκε στα μέσα του 19ου αιώνα. Ο νευρολόγος Hughlings Jackson, διατύπωσε τον πρώτο ορισμό για τη νόσο το 1873. Ο σύγχρονος του Gowers, συνέχισε τη διερεύνηση των ποικίλων κλινικών συμπτωμάτων και ασχολήθηκε με το διαχωρισμό των επιληπτικών κρίσεων μετατροπής από τις μη επιληπτικές – υστερικές μετατροπές.³⁹ Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ της επιληψίας και της «ύστερο – επιληψίας». όπως αποκαλείται, ήταν επίσης έργο του Γάλλου νευρολόγου Jean Martin Charcot. Με τη δουλειά των Γάλλων



ιατρών Briquet⁴⁰ και Morel⁴¹ αναγνωρίστηκε ότι οι ψυχολογικές διαταραχές μπορεί να συμβούν σαν μέρος της κρίσης αυτής καθ' εαυτής ή σαν επόμενη κατάσταση που περιλαμβάνει συμπεριφερολογικές και γνωσιακές λειτουργίες.

Η κατανόηση της επιληψίας προχώρησε το 1930 με την ανακάλυψη της φαινοβαρβιτάλης και τη χρήση του ΗΕΓ, που πρώτα αναπτύχθηκε από τον Hans Berger. Τότε έγινε σαφές ότι η τοποθέτηση των επιληπτικών εκφορτίσεων στον εγκέφαλο ήταν το γεγονός που καθόριζε το χαρακτήρα των κρίσεων. Παρ' όλα αυτά η ίδια κλινική εντύπωση εξακολούθησε να ισχύει, ότι δηλαδή οι ασθενείς με επιληψία υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές.

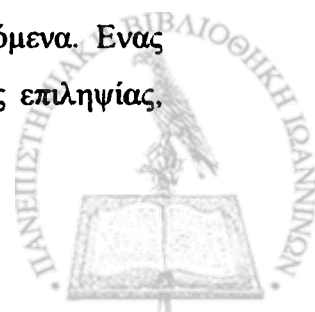
Η ανακάλυψη της εστίας στον κροταφικό λοβό το 1949, μαζί με την έννοια του μεταιχμιακού συστήματος οδήγησαν στη θεωρία ότι υπάρχουν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται με τις επιληπτικές διαταραχές σε ειδικές περιοχές του εγκεφάλου.

Ασθενείς με επιληψία θεωρούνται ψυχικά υγιείς, αλλά η υπόθεση που υιοθετήθηκε είναι ότι εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μπορεί να οδηγήσουν σε επιληπτικές κρίσεις με ανάλογες ψυχολογικές επιπτώσεις.

Η τρέχουσα βιβλιογραφία ασχολείται τόσο με βιολογικούς παράγοντες (αιτιολογία, εστία) και με το ρόλο των φαρμάκων, όσο και με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (φόβος κρίσεων, στίγμα). Οι παράγοντες αυτοί θεωρείται δεδομένο ότι πρέπει να συνεξετάζονται όταν ασχολούμαστε με την ψυχοπαθολογία της επιληψίας.

B. Ορισμός

Είναι πολύ δύσκολο να δοθεί ο ορισμός της επιληψίας, επειδή η νόσος εκδηλώνεται με πολλές διαφορετικές μορφές. Πολλοί ορισμοί έχουν προταθεί αρχίζοντας από την καθαρά μηχανιστική άποψη (επαναλαμβανόμενη εγκεφαλική δυσρυθμία) και καταλήγοντας με την ψυχαναλυτική άποψη (εκδήλωση ασυνείδητης επιθυμίας για απώλεια συνείδησης). Αλλά δεν μπορεί να υπάρξει ορισμός αρκετά ευρύς και συγχρόνως αρκετά ειδικός για διαταραχές της συνείδησης όντας βασικά τόσο διαφορετικές μεταξύ τους. Η επιληψία όμως μπορεί να οριστεί ως μία παροδική επαναλαμβανόμενη διαταραχή της συνείδησης, η οποία σταματά αυτόματα και της οποίας συχνά προηγούνται ή ακολουθούν κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα. Ένας τέτοιος ορισμός μπορεί να συμπεριλάβει τις περισσότερες περιπτώσεις επιληψίας, αλλά και περιπτώσεις που θα πρέπει να διαχωρίζονται από αυτήν.⁴²



Ο ορισμός της επιληψίας που αναφέρεται σαν νευροψυχιατρική διαταραχή στην μελέτη του Rutter στο «Isle of Wight»⁴³ είναι: «μια κατάσταση στην οποία έχει υπάρξει τουλάχιστον ένας φανερός σπασμός ήδη από την ηλικία των πέντε ετών και κατά την οποία το παιδί είχε ένα φανερό σπασμό τους δώδεκα μήνες πριν από τη συνέντευξη ή έπαιρνε σταθερή αντιεπιληπτική αγωγή».

Ενας φανερός σπασμός σημαίνει μια κρίση με παροξυσμικές κινητικές ανωμαλίες και ολική ή μερική απώλεια της συνείδησης, η οποία πιθανόν οφείλεται σε προσβολή από κάποιο κέντρο της εγκεφαλικής λειτουργίας. Η προσβολή αυτή, ενδεχομένως να συσχετίζεται με αποτυχία της εγκεφαλικής λειτουργίας ή με συναισθηματικούς λόγους.

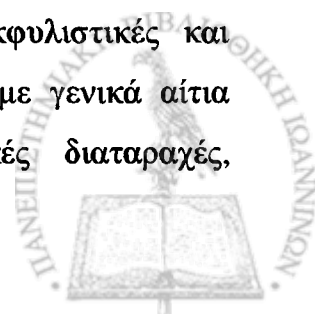
Η Διεθνής Ταξινόμηση (Gastaut 1970) χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης. Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες κλινικής ταξινόμησης: γενικευμένες κρίσεις- και μερικές κρίσεις, σύμφωνα με την τροποποίηση στο «Brain's Diseases of The Nervous System», 8th εκδόση, Walton 1977. Γενικευμένες κρίσεις αφορούν αμφοτερόπλευρες συμμετρικές κρίσεις χωρίς εστιακή έναρξη και περιλαμβάνουν αφαιρέσεις (petit mal), αμφοτερόπλευρες μυοκλονίες, βρεφικούς όπασμούς, κλονικές κρίσεις, τονικές κρίσεις, τονικοκλονικές κρίσεις (grand mal), ακινητικές κρίσεις.

Μερικές κρίσεις είναι αυτές που αρχίζουν εστιακά με συμπτωματολογία αυτόνομου νευρικού συστήματος είτε στοιχειώδη (επιληψία τύπου Jackson) είτε σύνθετη (επιληψία του κροταφικού λοβού) ή και αταξινόμητες, οι οποίες όμως εξελίσσονται σε γενικευμένες τονικοκλονικές συσπάσεις.

Γ. Αιτιολογία

Ενας ικανοποιητικός τρόπος ταξινόμησης των περιπτώσεων επιληψίας είναι εκείνος που βασίζεται στην αιτιολογία.

Σχετικά με την αιτιολογία της επιληψίας είναι δυνατόν να τη διαχωρίσουμε σε δύο μεγάλες ομάδες: την ιδιοπαθή και τη συμπτωματική. Μερικές σημαντικές αιτίες της συμπτωματικής επιληψίας σχετίζονται με τοπικά αίτια (αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, ενδοκρανιακοί όγκοι και εγκεφαλικά αποστήματα, φλεγμονώδεις και απομυελινωτικές καταστάσεις, τραύμα, συγγενείς ανωμαλίες, εκφυλιστικές και συγγενείς μεταβολικές παθήσεις, αγγειακές παθήσεις), αλλά και με γενικά αίτια (δηλητήρια, ανοξία, διαταραγμένος μεταβολισμός, ενδοκρινικές διαταραχές,



καταστάσεις που παρατηρούνται ιδιαίτερα στα παιδιά (οξείες φλεγμονές, πυρετικοί σπασμοί, ραχίτιδα).

Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης έγινε χρήση δύο ομάδων: η α' περιλαμβάνει παιδιά με τυπικές αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας (petit mal), ενώ η β' ομάδα παιδιά με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς (grand mal).

Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των κρίσεων επιληψίας του 1981 οι αφαιρέσεις ταξινομήθηκαν σε απλές και σύνθετες.

Οι απλές χαρακτηρίζονται από απότομη και σύντομη απώλεια της επαφής του ατόμου με το περιβάλλον. Στις σύνθετες αφαιρέσεις ή αυτοματισμούς το τυπικό ΗΕΓ-μα χαρακτηρίζεται από γενικευμένες εκφορτίσεις, αιχμή κύματος μετωπιαίου 2,5-4 κ/δ συμμετρικό, σύγχρονο, υψηλότερου δυναμικού.

Τα μετωπιαία αφαιρετικά σύνδρομα επελέγησαν λόγω των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζουν:

1. Είναι μια ομοιογενής ομάδα.
2. Η διάγνωση βασίζεται σε σαφή κριτήρια εύκολα, συγκρίσιμα.
3. Τα παιδιά δεν παρουσιάζουν σαφή νευρολογική σημειολογία, ούτε οργανικότητα.
4. Η θεραπεία είναι κλασική, με φάρμακα όπως βαλπροϊκό νάτριο ή εθουσουλμίδη, τα οποία δεν επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού.
5. Η έναρξη των κρίσεων παρατηρείται κυρίως στην παιδική ηλικία.

Ως συγκριτική ομάδα στο υλικό μας χρησιμοποιήθηκαν γονείς των οποίων τα παιδιά παρουσίαζαν τονικοκλονικές κρίσεις.

Δ. Κρίσεις επιληπτικού τύπου ψυχογενούς αιτιολογίας.⁴⁴

Οι "ψυχογενείς κρίσεις" (psychogenic seizures) περιλαμβάνουν τις επιληπτικές κρίσεις, εκείνες που προκαλούνται από το διάβασμα, το άγχος και άλλες αιτίες εγκεφαλικής φύσης. "Ψευδοκρίσεις" (pseudo seizure) είναι όρος που δηλώνει την προσπάθεια άρνησης και μη αξιοπιστίας των γεγονότων. Ο όρος «ψυχογενείς μη-επιληπτικές κρίσεις» (psychogenic non epileptic seizures - PNES) περιγράφει ένα τύπο συμπεριφοράς που μιμείται τις επιληπτικές κρίσεις, και χρειάζεται με μεγάλη προσοχή να διαγνωσθεί και να διαφοροποιηθεί από αυτές.

Ο Williams,⁴⁵ ο Finlayson,⁴⁶ ο Holmes⁴⁷ και οι συνεργάτες τους φώτισαν το θέμα των PNES κρίσεων σε παιδιά και εφήβους στα τέλη του 1970, όμως έκτοτε ελάχιστα στοιχεία παρακολούθησης υπάρχουν.⁴⁸⁻⁵¹



Ο Metrick και οι συνεργάτες του ⁵⁰ εξέτασαν 27 παιδιά που παρουσίασαν μετά τη διαγνωστική φάση κρίσεις με μη-επιληπτικά δεδομένα.

Η μελέτη τους εστιάστηκε σε διαφόρους τύπους μη-επιληπτικών κρίσεων που ήταν αποτέλεσμα έντονων ψυχολογικών γεγονότων.

Βρέθηκε ότι αρκετά παιδιά είχαν διαγνωσθεί σαν επιληπτικά, χωρίς αξιόλογα ιατρικά δεδομένα, με αρκετά όμως αξιολογίσιμα στοιχεία στο ψυχολογικό ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό τους. Στις αιτίες που συζητιούνται κατά τη λήψη του ιστορικού περιλαμβάνονται διάφορα άγχη, ανάγκη για προσοχή, συμπεριφορά ασθένειας, οικογενειακή δυσαρμονία με έντονες συγκρούσεις και ενίοτε κακοποίηση.

Στη μελέτη των Irvin, Edwards Robinson⁴⁴ βρέθηκε υψηλός αριθμός περιστατικών με διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη και άγχος.

Στην περίπτωση αυτή ανάλογες παρέμβασεις από ειδικούς ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να εμποδίσουν τις οικογένειες από το να παγιδευτούν σε κλασσικές ιατρικές προσεγγίσεις. Ο αρχικός στόχος θα ήταν οι ασθενείς να «εμπεριεχθούν», οι δε κρίσεις τους να αντιμετωπισθηθούν ανάλογα χωρίς ένοχη και ντροπή σχετικά με τη μη οργανική τους προέλευση και με διάθεση κατανόησης και επεξεργασίας του ψυχολογικού υποστρώματος που τις υποκινεί.

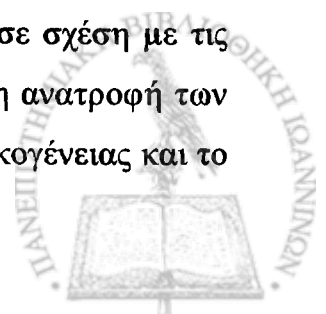
Ε. Άλλες παράμετροι όσον αφορά την επιληψία στα παιδιά

Η επιληψία δημιουργεί ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Η πορεία της νόσου επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες,⁵²

Ως τέτοιοι ορίστηκαν από τους μελετητές οι εξής παράμετροι:

- προσωπικότητα μητέρας- κοινωνική κατάσταση,
- αριθμός παιδιών,
- οικονομικό εισόδημα οικογένειας,
- τρόπος ανατροφής,
- κοινωνική προσαρμογή παιδιών και παιγνίδια,
- κατοικία/χώρος διαμονή,
- συμμόρφωση στη θεραπεία.

Τα αποτελέσματα των ερευνών ⁵² έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ανώτερης κοινωνικής τάξης και μόρφωσης των γονιών σε σχέση με τις κρίσεις στα παιδιά. Από την άλλη πλευρά η εργασία της μητέρας, η ανατροφή των παιδιών από γιαγιά, το μέγεθος των διαμερισμάτων, η ενότητα της οικογένειας και το



είδος των σχέσεων μεταξύ αδελφών δεν έδειξε καμία επίδραση στο αποτέλεσμα της αντιεπιληπτικής θεραπείας.

Οι δύο παράγοντες που διαδραμάτισαν ρόλο πιθανολογούμε πως ήταν οι τρόποι ανατροφής από τη μητέρα και η προσωπικότητά της. Παιδιά μητέρων με ελεύθερη και δημοκρατική διαπαιδαγώγηση παρέμειναν χωρίς κρίσεις στο μέλλον, αντίθετα από τα παιδιά μητέρων με υπερεγωτικές-κυριαρχικές τάσεις. Σε σχέση με την ανάλυση της προσωπικότητας της μητέρας, σημειώθηκαν στοιχεία όπως άγχος, επιθετικότητα, και αδυναμία στο χαρακτήρα της στοιχεία τα οποία συνδυάστηκαν με στατιστικά σημαντική αντίσταση στη θεραπεία.

Τα αποτελέσματα που συνάγονται είναι τα εξής:

1. Φαίνεται να υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών της οικογένειας και της σοβαρότητας της 'Ε'.
2. Η συμμόρφωση στη θεραπεία των παιδιών εξαρτάται από την προσωπικότητα και την νοημοσύνη της μητέρας
3. Η σοβαρότητα της νόσου του παιδιού επηρεάζει τον τρόπο διαπαιδαγώγησής του εκ μέρους των γονιών.
4. Οι παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να έχουν μια πραγματικά καλή επίδραση στην εξέλιξη της θεραπείας.

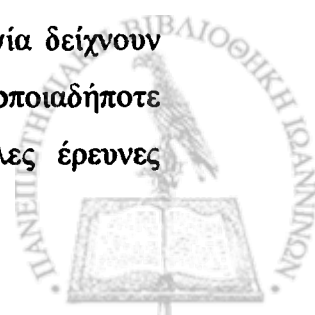
ΣΤ. Συμμόρφωση στη θεραπεία

«Συμμόρφωση» είναι η κατάσταση σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά του ασθενή συμπίπτει με τις ιατρικές ή άλλες συμβουλές που έχουν σαν σκοπό την υγεία του.

Η συμπεριφορά συμμόρφωσης εξαρτάται από την ειδική κλινική κατάσταση, τη φύση της ασθένειας και το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Λόγοι μη συμμόρφωσης του ασθενή μπορεί να είναι η δυσφορία από το είδος ή το οικονομικό κόστος της θεραπείας, στάσεις που απορρέουν από προσωπικές κρίσεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης θεραπείας, αμφιθυμία, μη αποτελεσματικοί μηχανισμοί άμυνας, όπως η άρνηση της ασθένειας και της ψυχικής διαταραχής.

Σε σχέση με τον εφηβικό πληθυσμό οι γνώμες των ειδικών δίστανται με βάση τις σχετικές έρευνες: αφενός διαπιστώθηκε ότι έφηβοι με επιληψία δείχνουν καλή συμμόρφωση στη θεραπεία τους επειδή γνωρίζουν ότι οποιαδήποτε παραμέληση θα μπορούσε να επαναφέρει τις κρίσεις.⁵³ Από άλλες έρευνες



διαπιστώθηκε ότι έφηβοι με επιληψία δείχνουν φτωχή συμμόρφωση, είτε στην πλειοψηφία τους (Chandra και οι συνεργάτες του),⁵⁴ είτε σε ένα σημαντικό ποσοστό, της τάξης του 33% .^{55,56}

Σε πρόσφατη μελέτη του 2005, αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στη μη συμμόρφωση και την αιτία της επιληψίας, τη διάρκεια, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Ειδικά, δε, όσον αφορά στον αριθμό των φαρμάκων δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τη μη συμμόρφωση. Αντίθετα στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Buck⁵⁷, η μονοθεραπεία θεωρήθηκε παράγοντας που προϋδεάζει το θεραπευτή για τη μη συμμόρφωση.

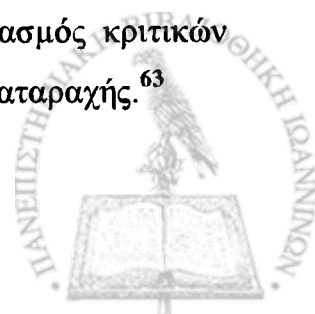
Ανεξάρτητα από όλα αυτά, είναι αναγκαία η εξασφάλιση της συμμόρφωσης στην αγωγή των επιληπτικών παιδιών-εφήβων και των οικογενειών τους, σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές θεραπείες,⁵⁸ την ομαδική εκπαίδευση,⁵⁹ την ιατρική εκπαίδευση ιδιαίτερα με γραπτές οδηγίες⁶⁰ και την υποστήριξη στους ίδιους τους γονείς^{56, 61-62}. Παράλληλα, είναι σημαντική η μείωση της πολυπλοκότητας στη θεραπεία και η ενίσχυση –μέσω οικογενειακού προγραμματισμού-, των νεαρών και πιο ευαισθητοποιημένων μητέρων ολιγομελών οικογενειών. Οι προηγούμενοι παράγοντες είναι εκείνοι που σχετίζονται με την καλή συμμόρφωση στη θεραπεία.

Το στοιχείο που αναδείχθηκε στη δική μου μελέτη είναι πως πολυμελείς οικογένειες, μητέρες χωρίς μόρφωση, μέσης ηλικίας καθώς και ιστορικό οικογενειακής δυσαρμονίας μεταξύ των συζύγων αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη μη συμμόρφωση των παιδιών στη θεραπεία.

Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημασία του ρόλου των γονιών και ιδιαίτερα των μητέρων στη συμμόρφωση της θεραπείας, και επομένως στην πορεία της νόσου.

1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Υποτροπή στην πλειοψηφία των σχετικών ερευνών ορίζεται η επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας ή η έξαρσή της ή η αναγκαστική και επιβαλλόμενη αλλαγή στη δοσολογία της φαρμακευτικής αγωγής. Στην παρούσα μελέτη, ανάμεσα στους παράγοντες που επιφέρουν υποτροπή θα μελετηθούν και ο συνδυασμός κριτικών σχολίων και εσωτερικών αιτιολογικών αποδόσεων για τη φύση της διαταραχής.⁶³



Η σχέση μεταξύ Ε.Ε. και συμπτωματικής υποτροπής έχει επαρκώς αποδειχθεί σε δείγματα με σχιζοφρενείς, καταθλιπτικούς ασθενείς, διπολικούς και παχύσαρκους.

1.4. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΑΜΥΝΑΣ - ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ("COPING MECHANISMS")

A. Στρεσογόνα ερεθίσματα και μηχανισμοί αντίδρασης.

Πρόκειται για διάφορους τύπους ψυχικών εγχειρημάτων, τα οποία εξειδικεύονται ως αμυντικές τεχνικές. Οι προεξάρχοντες μηχανισμοί τους διαφέρουν και αυτό εξαρτάται από τον τύπο της πάθησης, τη συγκεκριμένη γενετική φάση ή το βαθμό επεξεργασίας της αμυντικής ψυχικής σύγκρουσης. Μολονότι υπάρχει συναίνεση γύρω από τη θέση ότι οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούνται από το Εγώ είναι γενικοί, παραμένει σε εκκρεμότητα το θεωρητικό ερώτημα, κατά πόσον δηλαδή η λειτουργία τους θέτει πάντα ως προϋπόθεση την ύπαρξη ενός οργανωμένου Εγώ, το οποίο αποτελεί και το πεδίο δράσης τους.¹⁸

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή των παιδιών σε έντονα στρεσογόνα ερεθίσματα. Μερικά από αυτά τα ερεθίσματα είναι χρονικά περιορισμένα, ενώ άλλα περιλαμβάνουν μια σειρά από συνεχόμενες προκλήσεις για τα παιδιά και τις οικογένειές τους. Επίσης πολλά από αυτά αποτελούν σαφείς στρεσογόνες καταστάσεις για όλη την οικογένεια, ενώ άλλα δρώντας με έναν λανθάνοντα τρόπο, «φανερώνονται» από την συμπτωματολογία, η οποία αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της ενδοψυχικής σύγκρουσης που προκαλείται. Συχνά αντιπροσωπεύουν καταστάσεις στις οποίες τα παιδιά έχουν πολύ μικρό έλεγχο της κατάστασης και στα οποία απαντούν με ποικίλο τρόπο, ανάλογα με τους προστατευτικούς παράγοντες, παράγοντες κινδύνου και παράγοντες πρόληψης.

B. Μοντέλο προσαρμογής στις στρεσογόνες καταστάσεις⁶⁴

Αξιοσημείωτη πρόοδο έχει σημειωθεί για τα αποτελέσματα των στρεσογόνων καταστάσεων σε παιδιά και εφήβους εστιασμένη στην αναγνώριση των παραγόντων που συνεισφέρουν στην ανθεκτικότητα (resilience). Η τελευταία ορίζεται ως το επίτευγμα θετικών αναπτυξιακών αποτελεσμάτων σε σχέση με τη διαφορετικότητα αλλά και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, σε σχέση με τα άτομα φροντίδας και την υποστήριξη από εξωοικογενειακές κοινοτικές δομές.^{65,66,67,68}



Ενα στρεσογόνο πλαίσιο αναφέρεται σε μια διαδικασία κατά την οποία τα άτομα αντιμετωπίζουν αντίξοα γεγονότα καθώς αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (stressors), μεταφράζουν αυτά τα γεγονότα σαν απειλητικά για την ύπαρξή τους (appraisals), και χρησιμοποιούν μηχανισμούς αντιμετώπισης (coping strategies) καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (social resources) για να χειριστούν ή για να προσπαθήσουν να αλλάξουν την κατάσταση.^{69,70} Η διαδικασία της προσαρμογής χρειάζεται χρόνο και έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στις πεποιθήσεις του ατόμου, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του, καθώς και στη δυνατότητά του να αντιμετωπίζει στρεσογόνα γεγονότα στο μέλλον.

Ενα σημαντικό ποσοστό παιδιών αντιμετωπίζουν χρόνια νόσο. Τα μέχρι τώρα δεδομένα αποδεικνύουν ότι παρόλο που υπάρχει μια τεράστια ποικιλία απαντήσεων στη χρόνια νόσο, αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν διπλάσια επίπτωση για ψυχιατρική διαταραχή σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Διαταραχές συνήθως παρουσιάζονται στις ασθένειες με εσωτερικευμένα (internalizing) συμπτώματα, καθώς και σε παιδιά με νευρολογικές ή αισθητηριακές ασθένειες.

Η σωματική νόσος οπωσδήποτε επηρεάζει τις διαδικασίες της εξέλιξης με την πιθανότητα να ανασταλεί ή να επιβραδυνθεί, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, η όλη διαδικασία της ομαλής εξέλιξης του παιδιού. Αυτή εξαρτάται βεβαίως και από άλλους παράγοντες όπως τους γενετικούς και τις ατομικές διαφορές στην ιδιοσυγκρασία και το χαρακτήρα, οι οποίες ακολουθούν τα παιδιά από τη γέννηση τους. Εξαρτάται ακόμη από το είδος και την ποιότητα των σχέσεων του παιδιού με το περιβάλλον του πριν αρρωστήσει, αλλά και κατά τη διάρκεια. Συνοψίζοντας, το αποτέλεσμα της χρόνιας νόσου στο παιδί φαίνεται ότι εξαρτάται από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση διαφόρων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.⁷¹

1.5. ΟΡΙΣΜΟΣ «ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ»

Ο όρος αλληλεπίδραση (interaction) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Bowlby στην εργασία του «Η φύση της σχέσης του παιδιού με τη μητέρα του», σύμφωνα με την οποία το παιδί αναπτύσσει εσωτερικά μοντέλα διεργασίας των σχέσεών του με τα πρόσωπα δεσμού.⁷²

Η σχέση μητέρας και παιδιού εμφανίζεται ως δυαδικό σύστημα επαφής. Μητέρα και παιδί αποτελούν ένα ζεύγος δύο βασικά διαφορετικών όντων. Στη σχέση συμμετέχουν τόσο η μητέρα με προσωπικότητα ενήλικα, ήδη σχηματισμένη, όσο και το παιδί, με προσωπικότητα σε κατάσταση διαμόρφωσης. Η μητέρα (ή το άτομο που

την αντικαθιστά) είναι το μόνο πρόσωπο το οποίο παίζει ουσιαστικό ρόλο στη σχέση του παιδιού με το περιβάλλον. Ο πατέρας, η αδελφή εισέρχονται στην παραπάνω σχέση αργότερα. Η εισόδός τους γίνεται μέσω της μητέρας, της οποίας η σχέση με το παιδί χρησίμευσε ως πρότυπο για τη δημιουργία σχέσεων με άλλα άτομα. Στο διπολικό αυτό σύστημα, η αλληλεπίδραση δεν ασκείται μόνο από τη μητέρα προς το παιδί, αλλά και αντίστροφα. Το παιδί επιδρά στη μητέρα, διαφοροποιώντας από τη στιγμή της γέννησής του την προσωπικότητά της.

Από διάφορους παράγοντες οι οποίοι προέρχονται από το παιδί, τη μορφολογία και τη συμπεριφορά του, θα εξαρτηθεί και η στάση της μητέρας του προς αυτό. Συνεπώς η βαθύτερη στάση της μητέρας δεν θα είναι ίδια απέναντι σε ένα παιδί φυσιολογικό με εκείνη, την οποία η ίδια μητέρα έχει ή θα είχε απέναντι σε ένα παιδί το οποίο εμφανίζει π.χ. σωματική αναπηρία ή χρόνια νόσο.⁷³

1.6 ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΟΝΙΟΥ-ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ Ε.Ε.⁷⁴

Είναι γνωστό ότι υπάρχει μια αξιόπιστη και σταθερή συνάφεια ανάμεσα στην αλληλεπίδραση γονιού- παιδιού και Ε.Ε. και επίσης ότι υψηλά επίπεδα γονεϊκής επίκρισης κατά τη μέτρηση του τελευταίου είναι ενδεικτικά προβληματικής αλληλεπίδρασης και σχέσης των δυο εταίρων.

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η ψυχοπαθολογία στη σχέση μητέρας- παιδιού, όπως επίσης και η επιθετικότητα των γονιών, σύμφωνα με αναφορές των ιδίων, η αρνητικότητα και η σύγκρουση στην οικογένεια αποτελούν προγνωστικό δείκτη του υψηλού μητρικού Ε.Ε. (Hibbs et al, 1991, Hibbs, Hamburger, Kruesi και Lenane, 1993)^{75,76} Σε αντίθεση, το χαμηλό Ε.Ε. έχει συνδεθεί με απουσία ψυχοπαθολογίας και με ένα πιο λειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον (Hibbs et al 1993)⁷⁶

Τα συμπεράσματα αυτά υπήρξαν αποτέλεσμα της χρήσης του διαγνωστικού εργαλείου FMSS, το οποίο θεωρήθηκε, γενικά, ένας χρήσιμος δείκτης αξιολόγησης της αλληλεπίδρασης γονιού- παιδιού.

Σημειώνουμε, πάντως, ότι τα δύο βασικά στοιχεία του Ε.Ε., η επίκριση και υπερπροστασία, χρησιμοποιούνται θεωρητικά για να σκιαγραφήσουν διαφορετικές γονεϊκές στάσεις, στην πράξη, όμως, καταμετρούν διαφορετικές συμπεριφορές. Η διασαφήνιση των αποτελεσμάτων θα απαιτούσε την προσθήκη στις σχετικές μελέτες ειδικών αναλύσεων της συμπεριφοράς του είδους της γονεϊκής επίκρισης και της υπερπροστασίας, πραγματοποιημένες από ανεξάρτητους παρατηρητές.



Συνολικότερα, τα τελευταία χρόνια δημοσιοποιήθηκε ένας σοβαρός προβληματισμός αναφορικά με το Ε.Ε. και ιδιαίτερα την υπόθεση βάση της οποίας στηρίχθηκε η αξιοπιστία του, ότι, δηλαδή, το πως οι γονείς μιλούν για το παιδί τους στο μαγνητόφωνο είναι ενδεικτικό του τρόπου που το χειρίζονται σε καθημερινή βάση (Chambless, Bryan, Aiken, Steketee Holley, 1999).^{77,78} Με άλλα λόγια, είναι αντίστοιχος ο τρόπος που οι γονείς εκφράζονται για τα παιδιά τους και ο τρόπος που εκφράζονται στα παιδιά τους; Είναι πιθανόν κάποιοι γονείς να ακούγονται επικριτικοί για τα παιδιά τους εν τη απουσία τους, σε δηλώσεις τους, - μπροστά σ'ένα μαγνητόφωνο και μπροστά στον εξεταστή, σε έναν άλλον, όπως τον αντιλαμβάνονται, επικριτικό ενήλικα-, όμως οι ίδιοι να μην είναι σε θέση να εκφράσουν οποιαδήποτε μορφή αντίθεσης ή σύγκρουσης στην άμεση σχέση μαζί τους; (Wamboldt, Gavin, Roeslet Brugma, 1995)^{79,80}

Θέματα αξιοπιστίας τίθενται επίσης και για τον παράγοντα της υπερπροστασίας. Ένα από τα ερωτήματα που τίθενται ως προς την υπερπροστασία αφορά το κατά πόσον αυτή η μέτρηση είναι αντιπροσωπευτική σε «ειδικού» τύπου σχέσεις, όπως λ.χ. εκείνη με εφήβους.

Κάτω από από μια ευρεία προοπτική θα φιλοδοξούσα τα ευρήματα της μελέτης μου να απεικόνιζαν την σημασία της αξιολόγησης των στοιχείων του Ε.Ε. ξεχωριστά ώστε να μπορούσαν να συσχετισθούν με τις οικογενειακές σχέσεις και την ψυχοπαθολογία του παιδιού. Τα ευρήματα όμως της παρούσας μελέτης δεν ήταν αρκετά για να δώσουν οριστικές απαντήσεις σ'αυτές τις σημαντικές ερωτήσεις σ'ένα εξαιρετικά πολύπλοκο πεδίο. Θα μπορούσαν όμως να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης μιας επόμενης έρευνας.





2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. ΤΟ Ε.Ε. ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Οι πρώτες έρευνες

Η έρευνα για το Εκπεκφρασμένο Συναίσθημα των οικογενειών προς ψυχικά πάσχοντα μέλη τους είχε ως αφετηρία την παρατήρηση των Brown και συνεργατών του (1958)⁸¹ πως: «πάσχοντες από σχιζοφρένεια είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν όταν διέμεναν με τους γονείς ή τις συζύγους τους απ' ότι όταν διέμεναν με αδέρφια ή σε ανεξάρτητες δομές στέγασης». Οι ερευνητές ενδιαφέρθηκαν να συσχετίσουν τη συναισθηματική ατμόσφαιρα της οικογενειακής εστίας με την πορεία της ψυχικής διαταραχής του μέλους τους, υιοθετώντας ως δείκτη έκβασης (outcome-indicator) την υποτροπή. Ας σημειωθεί πως η υποτροπή, στην πλειοψηφία των σχετικών ερευνών, ορίζεται ως επανεμφάνιση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας ή ως έξαρσή της ή ως αλλαγή στη δοσολογία της φαρμακευτικής αγωγής.

Ο Brown και οι συνεργάτες του εφάρμοσαν προδρομικό ερευνητικό σχέδιο με δείγμα, το οποίο περιελάμβανε 128 άνδρες με σχιζοφρένεια και ένα συγγενή τους με τον οποίο κράτησαν τη μεγαλύτερη επαφή. Έχοντας ως βάση τις συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε τρεις διαφορετικούς χρόνους μετά την έξοδο από το ψυχιατρείο, οι συγγενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μια ομάδα χαρακτηρίστηκε με «υψηλή συναισθηματική εμπλοκή», ενώ η άλλη με «χαμηλή». Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν πως τα επίπεδα των υποτροπών συσχετίζονταν σημαντικά με τη «συναισθηματική ατμόσφαιρα» της οικογένειας, ενώ η περιορισμένη «πρόσωπο με πρόσωπο» επαφή βρέθηκε να λειτουργεί προστατευτικά γι' αυτούς, οι οποίοι επέστρεψαν να μείνουν με οικογένειες υψηλής συναισθηματικής έκφρασης.

Η σημαντική συμβολή του Brown και των συνεργατών του στην έρευνα του Ε.Ε. εμπλουτίστηκε και με τις προδρομικές μελέτες των Βρετανών ερευνητών Vaughn και Leff,^{15,82} οι οποίοι με σαφήνεια κατέγραψαν το συσχετισμό ανάμεσα στο Ε.Ε. των οικογενειών, στη χρονική διάρκεια προσωπικής επαφής μεταξύ ενός συγγενή και του πάσχοντος μέλους, στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και στα επίπεδα υποτροπής του πάσχοντος. Τα εμπειρικά ευρήματα των μελετών τους έδειξαν μια ευρεία διακύμανση στα επίπεδα των υποτροπών εκείνων που διέμεναν σε οικογένειες με υψηλό Ε.Ε.: 15% για αυτούς που είχαν χαμηλή προσωπική επαφή με

την οικογένεια και λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, 42% για αυτούς που είχαν μικρή προσωπική επαφή και δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και 92% για αυτούς που είχαν υψηλή προσωπική επαφή και συγχρόνως δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.

B. Μεταγενέστερες έρευνες

Τις πρώτες κλασικές έρευνες για το E.E. των οικογενειών τις ακολούθησε ένας αριθμός μελετών που εξέτασαν το είδος της σχέσης ανάμεσα στο E.E. και στην υποτροπή, συνήθως 9 έως 12 μήνες μετά την επιστροφή του πάσχοντος στην οικογενειακή εστία. Η Kuipers (1995)²⁴ μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του '90 αρίθμησε πάνω από 30 τέτοιες μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Αρκετές από αυτές βρέθηκαν να επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στο υψηλό E.E. των οικογενειών και την υποτροπή των πασχόντων^{15,83,84,85}

Μια άλλη μετα-ανάλυση 24 μελετών -σε παγκόσμιο επίπεδο-, η οποία διεξήχθη από τους Bebbington και Kuipers (1994)⁸⁶, καταλήγει στο συμπέρασμα πως σε «γενικές γραμμές τα εμπειρικά ευρήματα δείχνουν ότι το E.E. των οικογενειών έχει πολύτιμη προγνωστική αξία για τη διαδρομή της σχιζοφρένειας και ότι είναι δυνατό να εντοπιστούν *στρεσογόνα* οικογενειακά περιβάλλοντα σε περιβάλλοντα με διαφορετικές κουλτούρες». Υπάρχει ωστόσο, ένας αριθμός μελετών, οι οποίες δεν επιβεβαίωσαν τη σχέση ανάμεσα στο υψηλό E.E. και την υποτροπή^{26,27,85}

Γ. Η έρευνα για το E.E. στην Ευρώπη

Τα αποτελέσματα των αυξανόμενων ερευνών για το E.E. στην Ευρώπη τα τελευταία 5 χρόνια ενισχύουν τη σημασία της μέτρησης-ανάλυσης, και αποδεικνύουν ότι δεν αποτελεί ειδική έννοια μιας συγκεκριμένης κουλτούρας και άρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από πολλούς και σε όλες τις γλώσσες. Παράλληλα, βέβαια, το E.E. παραμένει ένας ισχυρός δείκτης αφενός πρόβλεψης για την υποτροπή στη σχιζοφρένεια και αφετέρου αναγνώρισης του στρεσογόνου περιβάλλοντος στις διάφορες κουλτούρες. Αυτή η συνεχιζόμενη και παραγωγική έρευνα γεννά καινούργια ερωτήματα που αναμένουν απάντηση.



Δ. Ευρωπαϊκές μελέτες για τη σχιζοφρένεια από το 1987

Συγγραφείς	N	Χώρα προέλευσης	9ΜΗΝΗ % ΥΠΟΤΡΟΠΗ (ΣΥΝΟΛΟ N)	
			Υψηλό Ε.Ε.	Χαμηλό Ε.Ε.
Gutierrez et al (1988) ^a	32	Ισπανία	54(11)	10(21)
Arevalo & Vizcarro (1989) ^a	31	Ισπανία	44(18)	38(13)
Ivanovic & Valctic (1989)	60	Βελιγράδι, Γιουγκοσλαβία	65(29)	7(31)
Rostworowska et al (1989)	36	Πολωνία	60(25)	30(11)
Budzyna – Dawidowski et al (1989)				
Barrelet et al (1990)	36	Σουηδία	33(24)	0(12)
Buchremer et al (1991) ^a	99	Γερμανία	37(59)	28(40)
Stirling et al (1991) ^b	33	Μάντσεστερ,Μ. Βρετανία	31(16)	47(17)
		Πρώτη εισαγωγή		
Berrando et al (1992) ^c	42	Μιλάνο, Ιταλία	14(24)	4(18)
Cohen, Niedermicic & Watzl (1992)	64	Γερμανία	Ιδιαίτερες διαφορές 12 μήνες μετά από την έξοδο	
Montero et al (1992)	60	Ισπανία	40(30)	12(30)
Mozny & Votyprkova (1992)	125	Τσεχοσλοβακία	56(69)	23(56)

a= πίνακας από Kavanagh (1992) σ. 602

b=υποτροπή 12 μήνες μετά από την έξοδο

c=υποτροπή = εισαγωγή σε νοσοκομείο και διακοπή για EOI > 7.4.

Αναφέρονται επίσης η μελέτη της ομάδας των Stirling, Tantam, Thomas, Newby & Montague στη Βρετανία (1991),²⁴ που ήταν από τις λίγες που δεν απέδειξε συσχέτιση μεταξύ Ε.Ε. και υποτροπής και μια από τις πρόσφατες ελληνικές μελέτες των Mavreas, Tomaras, Karydi, Economou & Stefanis (1992).²⁵

Η ευρωπαϊκή έρευνα εστίασε ακόμη στη μανιοκατάθλιψη, στις διαταραχές διατροφής και σε μια σειρά από άλλες μη ψυχιατρικές καταστάσεις. Αναφέρονται μελέτες των Bressi & Invernizzi (1991) από την Ιταλία με ασθενείς που έκαναν μεταμόσχευση ήπατος και με καρκίνο μαστού, καθώς επίσης και σε ασθενείς που παρουσίασαν καρδιολογικά προβλήματα⁸⁷



Οι Flanagan, Wagner (1991) στο Manchester, Αγγλία εξήτασαν το Ε.Ε. σε 30 συγγενείς παχυσάρκων ασθενών στην αρχή ενός νέου διαιτητικού προγράμματος.⁸⁸

Οι Van Furth (1991) στην Ουτρέχτη της Ολλανδίας, εξήτασαν τον πληθυσμό 63 ανορεκτικών και βουλιμικών ασθενών.⁸⁹

Τα αποτελέσματα των 2 τελευταίων ερευνών έδειξαν ό,τι και ο G. Brown (1985) είχε υποστηρίξει, ότι δηλαδή, το Ε.Ε. ανιχνεύει περισσότερο «κανονικές» παρά «παθολογικές» οικογενειακές αλληλεπιδράσεις.⁹⁰

Οι Hooley & Teasdale (1989) ανέλυσαν το Ε.Ε. μεταξύ συζύγων, εκ των οποίων ο ένας παρουσίαζε μονοπολική κατάθλιψη και κατέληξαν στο ότι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης στην περίπτωση αυτή ήταν η αντίληψη του ίδιου του ασθενή για την επίκριση που δέχεται από το σύντροφό του.⁹¹

Οι Priebe, Wildgrube, Muller-Oerlinghausen (1989, 1992a)^{92,93} εξήτασαν 21 συγγενείς ασθενών με διπολική διαταραχή και σχιζοσυναισθηματική ψύχωση. Ο Priebe και οι συνεργάτες του (1992b) μελέτησαν επίσης το Ε.Ε. σε 32 ασθενείς με στεφανιαία νόσο.⁹³

Οι Marks, Wieck, Seymour, Checkley & Humar στη Μ.Βρετανία, μελέτησαν το Ε.Ε. 25 συζύγων γυναικών με προηγούμενο επεισόδιο ψύχωσης λοχειάς ή σοβαρής κατάθλιψης λοχειάς.⁹⁴

Οι Sensky, Stevenson, Magrill & Petty (1991) μελέτησαν 40 οικογένειες με έφηβο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.⁹⁵

Οι Bledin, MacCarty, Kuipers & Woods (1991) ασχολήθηκαν με τις κόρες ασθενών με νοητική υστέρηση.⁹⁶

Ο Vaughn (1992) μελέτησε το Ε.Ε. σε συγγενείς ασθενών με ελκώδη κολίτιδα αν και δεν βρέθηκαν στοιχεία ανάμεσα στο Ε.Ε. και στην πορεία της ασθένειας.⁹⁷

Όλες οι προηγηθείσες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το υψηλό Ε.Ε. αποτελεί δείκτη της ύπαρξης προβλημάτων στις σχέσεις, γεγονός που μας οδηγεί να σκεφθούμε χρήσιμους τρόπους παρέμβασης-ανακούφισης στο μέλλον για όλες αυτές τις ομάδες.⁹⁸



2.2.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

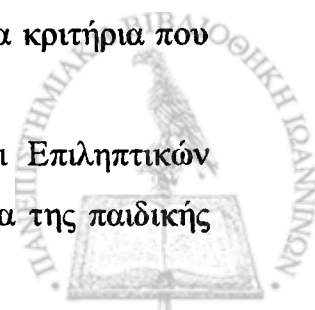
A. Αφαιρέσεις

Οι αφαιρέσεις είναι η σχετικώς σπάνια μορφή πρωτογενούς γενικευμένης επιληψίας, η οποία εμφανίζεται σε προηγουμένως φυσιολογικά παιδιά με γενετική προδιάθεση. Η έναρξή τους χρονολογείται από την ηλικία των 3 έως 12 ετών και το αποκορύφωμά τους (peak) παρουσιάζεται περίπου στην ηλικία των 6 έως 7 χρόνων. Παρατηρούνται και στα δύο φύλα και συνήθως σταματούν στην εφηβεία. Είναι πολύ συχνές στη διάρκεια της ημέρας, συμβαίνουν απότομα, χωρίς προειδοποίηση ή επίσπευση από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι αφαιρέσεις συχνά μπορούν να αναγνωριστούν με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το οποίο παρουσιάζει τυπικές γενικευμένες εκφορτίσεις αιχμών κυμάτων, είναι δηλαδή συνακόλουθες με μια αμφίπλευρη, συγχρονισμένη και συμμετρική (κυματιστή και ταυτόχρονα καρφωτή) (spike-wave) εκφόρτιση στο ΗΕΓ με συχνότητα συνήθως 3 ανά sec.

Η κρίση αφαίρεσης είναι συνήθως στιγμιαία και διαρκεί μόνο λίγα δευτερόλεπτα. Το παιδί γίνεται ανέκφραστο, τα μάτια του στρέφονται προς τα κάτω, μπορεί να παρουσιάσει σύντομο σπασμοδικό τίναγμα των άκρων (μυοκλονία), η δε απώλεια της συνείδησης και η διαταραχή της προσοχής του διαταράσσονται μόνο στιγμιαία. Οι αφαιρέσεις μπορούν να παρουσιάζονται 20-30 φορές την ημέρα και συχνά πυκνώνονται από τη συναισθηματική φόρτιση. Οι αφαιρέσεις εξαφανίζονται ξαφνικά και στο 80% των περιπτώσεων ελέγχονται με ειδική αντιεπιληπτική αγωγή. Μια επανάληψη που διαρκεί δεν είναι σπάνια στο 40% των περιπτώσεων με ασθενείς στην εφηβεία ή αργότερα στην ενήλικη ζωή με απλή μορφή, όπως ήπια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση. Μόνο λίγοι ασθενείς επαναλαμβάνουν τις αφαιρέσεις και στην ενήλικη ζωή. Πάντως, η ελλιπής κοινωνική προσαρμογή είναι συχνό φαινόμενο στο σύνολο των ασθενών. Ο πρώτος που περιέγραψε τη μορφή αυτή είναι ο Tissot (1770).⁹⁹

Οι αναφορές που έχουμε από τη βιβλιογραφία σε σχέση με την πρόγνωση της επιληψίας και το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής αγωγής στα διάφορα στάδια της νόσου, δεν είναι εύκολο να συγκριθούν, καθώς οι μελέτες διαφέρουν όσον αφορά στη μεθοδολογία, στη μελέτη των πληθυσμών, στη σοβαρότητα της νόσου, στον τύπο των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, καθώς και στις μεθόδους και τα κριτήρια που ακολουθούνται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.¹⁰⁰

Οι αφαιρέσεις στη Διεθνή Ταξινόμηση των Επιληψιών και Επιληπτικών Συνδρόμων (Commission 1985) θεωρούνται ως ήπια μερική επιληψία της παιδικής



ηλικίας (benign partial) με «centro-temporal spikes» (BECT) και συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των ιδιοπαθτικών μερικών επιληψιών.

Πρόκειται για μια ενότητα που περιλαμβάνει ιδιαίτερη κλινική εικόνα και χαρακτηριστικές ηλεκτροεγκεφαλογραφικές εκδηλώσεις. Κλινικά συνίσταται σε τυπικές, σύντομες, ημιεκφραστικές κρίσεις οι οποίες τείνουν να γενικεύονται όταν εμφανίζονται σε νυκτερινές ώρες. Τα ευρήματα ΗΕΓ περιλαμβάνουν σιγανά, δυσφασικά, υψίσυχα «centro-temporal spikes» που ενεργοποιούνται με τον ύπνο.

Αυτές οι κρίσεις συνήθως εμφανίζονται την πρώτη δεκαετία και εξαφανίζονται τη δεύτερη, ενώ συνήθως παρουσιάζονται σε παιδιά που ως εκείνη την ώρα υπήρξαν καθόλα υγιή. Οι κρίσεις είναι ήπιες, διαφέρουν ως προς τη συχνότητα και συνήθως ανταποκρίνονται στην αντιεπιληπτική αγωγή.

Η πρόγνωση στις αφαιρέσεις είναι καλή και συνήθως υπάρχει ίασις. Σε όλους τους ασθενείς το ΗΕΓ γίνεται κανονικό και οι κρίσεις σταματούν χωρίς υποτροπή όταν ολοκληρωθεί η αγωγή (Lehrman K).

Πάντως είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς πόσο θα κρατήσει η δραστήρια περίοδος και επίσης να απαντήσει στο ερώτημα αν ο ασθενής θα πρέπει να μείνει χωρίς θεραπεία ή θα πρέπει να ακολουθήσει επιθετική φαρμακευτική αγωγή από την έναρξη.¹⁰¹

B. Τονικο-κλονικές κρίσεις

Η μεγάλη επιληπτική κρίση (grand mal) προέρχεται από μια εστιακή εγκεφαλική βλάβη στον κροταφικό λοβό ή κάπου αλλού. Μπορεί να είναι σύμπτωμα διάχυτης εγκεφαλικής βλάβης, σε πολλές όμως περιπτώσεις δεν εντοπίζεται η αιτία και τότε η κρίση θεωρείται ως ιδιοπαθής. Αυτό συμβαίνει συχνότερα σε νεότερα άτομα. Στους περισσότερους ασθενείς με ιδιοπαθή μεγάλη επιληψία, οι κρίσεις αρχίζουν στην παιδική ή στην αρχή της εφηβικής ηλικίας.

Η τυπική μεγάλη κρίση μπορεί να αρχίζει με αύρα (προειδοποίηση) και στη συνέχεια ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια συνείδησης, πτώση, σύσπαση των μυών (τονική φάση), σύσφιξη των οδόντων, δάγκωμα της γλώσσας, κυάνωση, αφρώδη σάλια από το στόμα. Σε δευτερόλεπτα οι μύες χαλαρώνουν και αρχίζουν να παρουσιάζονται ρυθμικά επαναλαμβανόμενα τινάγματα των άκρων και του κορμού (κλονική φάση) με απώλεια ούρων ή κοπράνων. Έπειτα πέφτει σε βαθύ ύπνο και ακολουθεί σύγχυση, κεφαλαλγία και μυαλγίες, οι οποίες επιμένουν για μερικές ώρες.⁴²



2.3. ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Παιδοψυχιατρική βιβλιογραφία για το Ε.Ε

Το Ε.Ε. είναι ένα εργαλείο μέτρησης των συναισθηματικών στάσεων (επίκριση, ζεστασιά- θαλπωρή, συναισθηματική υπερεμπλοκή) των συγγενών ή των άμεσα εμπλεκόμενων ατόμων απέναντι σ' ένα πρόσωπο το οποίο παρουσιάζει κάποιες διαταραχές. Πρόκειται για ένα εργαλείο που έχει εκτενώς μελετηθεί όπως προαναφέρθηκε στην ενήλικη ψυχοπαθολογία. Τα πρώτα ευρήματα κλείνουν προς τη θέση ότι συγγενείς με υψηλό Ε.Ε. απετέλεσαν το μοναδικό σημαντικό παράγοντα στην πρόβλεψη της κλινικής επιδείνωσης ή υποτροπής στη σχιζοφρένεια του ασθενούς^{29,89,15} και επιβεβαιώθηκαν για την ίδια διαταραχή^{102,83} όπως και για άλλες διαταραχές ενήλικων ασθενών (κατάθλιψη,¹⁰³ διπολική διαταραχή,¹⁰⁴ παχυσαρκία.¹⁰⁵). Ως αποτέλεσμα των μελετών υπήρξε μια σειρά από παρεμβάσεις στις οικογένειες των ψυχιατρικών ασθενών, με σκοπό να μειωθούν τα επίπεδα του Ε.Ε.^{105,106,107,108} Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις αναφορικά με το ότι οι δύο διαστάσεις του Ε.Ε. συνδέονται με διαφορετικούς τύπους ψυχοπαθολογίας, όπως έχει ήδη αναφερθεί.^{109,110} Το ερώτημα που παραμένει αναπάντητο είναι το κατά πόσο το Ε.Ε. ή τα στοιχεία του προβλέπουν ειδικές διαταραχές ή εάν η δομή του είναι περισσότερο συνδεδεμένη σφαιρικά με την παιδική ψυχοπαθολογία.

Η ανάπτυξη του Ε.Ε. αποτέλεσε ένα σημαντικό εργαλείο για τη μέτρηση των οικογενειακών σχέσεων καθώς με αυτό τον τρόπο μετρώνται τα επίπεδα των σχέσεων που βασίζονται στον τρόπο ομιλίας, το ανάλογο συναίσθημα κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καθώς και την αναφερόμενη συμπεριφορά.^{82,111,112}

Όσον αφορά στον παιδικό πληθυσμό, πρώιμα ευρήματα σχετικά με τον πιθανό ρόλο του Ε.Ε. στα παιδιά, έτσι όπως αυτά αναδείχθηκαν από τις μελέτες, έδειξαν ότι δεν χρησιμοποιήθηκε το Ε.Ε. με αυτή τη μορφή, δηλαδή, ως πλήρης κλίμακα, αλλά κατά προτίμηση τα επί μέρους στοιχεία του, επιθετικότητα και ζεστασιά. Για παράδειγμα, ο Rutter και οι συνεργάτες του¹¹³, καθώς και οι Quinton και Rutter¹¹⁴ βρήκαν να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην έλλειψη της πατρικής ζεστασιάς και επιθετικότητας (απέναντι στη σύζυγο ή το παιδί) και της διαταραχής διαγωγής στο παιδί. Οι Richmann, Stevenson, Graham (1982)¹¹⁵ ανακοίνωσαν ίδια ευρήματα σε ένα δείγμα από τρίχρονα παιδιά. Μια μέτρηση όσον αφορά την αλληλεπίδραση βασισμένη στο Ε.Ε. και κυρίως στα πατρικά συναισθήματα, όπως

αυτή χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα εφήβων, δεν φάνηκε να προβλέπει ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία και ψυχιατρική διαταραχή στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.^{116,117}

Δύο τελευταίες μελέτες χρησιμοποίησαν το διαχωρισμό του E.E. σε υψηλό και χαμηλό για παιδιά και εφήβους. Ο Schwartz και οι συνεργάτες του¹¹⁸; βρήκαν ότι η υψηλή μητρική επίκριση συνδεόταν με την παρουσία μητρικής καταθλιπτικής νόσου και με μια τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή στο παιδί π.χ. κατάθλιψη, διαταραχή διαγωγής ή χρήση ουσιών. Ιδια δεδομένα αναφέρονται από την Hibbs και τους συνεργάτες της⁷⁵ σε δείγματα παιδιών με αντιδραστική διαταραχή και ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή.

Εντούτοις, παρά την αποδεδειγμένη σχέση υψηλού γονικού E.E. και ψυχοπαθολογίας στο παιδί, λίγα γνωρίζουμε για το ρόλο των επιμέρους στοιχείων του E.E. (επικριτικά και θετικά σχόλια, επιθετικότητα, συναισθηματική υπερεμπλοκή και ζεστασιά). Μια αντίστοιχη μελέτη θα απαιτούσε λεπτομερή εφαρμογή της δομής του E.E. και όχι μόνο τη διαφοροποίηση του σε υψηλό και χαμηλό.

Ο Vostanis και οι συνεργάτες του,¹¹⁹ απέδειξαν ότι οι συντελεστές του E.E. σχετίζονται με ειδικές καταστάσεις, όπως η συναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή διαγωγής στα παιδιά. Συγκεκριμένα, η μητρική ζεστασιά φάνηκε να σχετίζεται αρνητικά με τη διαταραχή διαγωγής και με τη συναισθηματική διαταραχή, ενώ η μητρική επίκριση φάνηκε να σχετίζεται θετικά με τη διαταραχή διαγωγής. Η ζεστασιά δηλαδή και η επίκριση, στοιχεία της κλίμακας του E.E., βρέθηκαν να συνδέονται ισχυρά με τη συμπεριφορά του παιδιού παρά τις αντιλήψεις των γονιών για το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι Caspi (2004)¹²⁰ εξήτασαν στο Λονδίνο 565 ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων και βρήκαν ποιό από τα δίδυμα στην οικογένεια έπαιρνε περισσότερη ζεστασιά. Αυτά που είχαν γονείς με υψηλό E.E. είχαν περισσότερα αντικοινωνικά προβλήματα.

Τελευταία ευρήματα υποστηρίζουν την αξία του E.E. στην πρόβλεψη του αποτελέσματος της σοβαρής παιδικής κατάθλιψης¹²¹ και ψυχογενούς ανορεξίας¹²² όπως επίσης και τη χρησιμότητά του ως μέτρου αλλαγής στην οικογενειακή θεραπεία.¹²³

Και αυτά τα παραπάνω σημαντικά αποτελέσματα δεν οδηγούν απαραίτητα σ' έναν αιτιολογικό ρόλο του E.E. Παρόλα αυτά έχουν εφαρμογές στη θεραπεία για τα παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές διαγωγής. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να μελετηθεί περισσότερο και με διαχρονικές μελέτες η δυνατότητα του E.E. να προβλέπει τέτοιες κλινικές καταστάσεις.

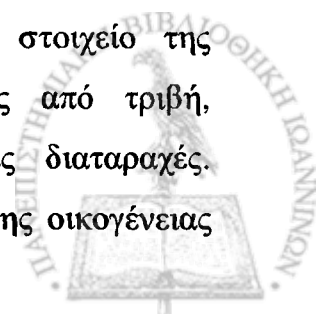


Άλλες μελέτες για το ρόλο του Ε.Ε. αφορούν στην ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, καθώς είναι σημαντικός ο αριθμός των περιστατικών που δεν ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους (drop outs). Από τη μελέτη του Sz mukler και των συνεργατών του,¹²⁴ φάνηκε ότι το γονεϊκό Ε.Ε. (ειδικότερα τα επικριτικά σχόλια), καθώς και ο τύπος της θεραπείας (οικογενειακή ή ατομική), επιδρούν στο αποτέλεσμα των πολλών περιστατικών, που δεν ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους (drop outs). Στην περίπτωση αυτή το Ε.Ε. φαίνεται ότι επηρεάζεται και από την κοινωνική τάξη. Υπήρξαν επίσης σημαντικοί συσχετισμοί του Ε.Ε. με τη συμπτωματολογία του ασθενή και την κοινωνική προσαρμογή του, καθώς και μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στο Ε.Ε. και στη διαφορετικότητα των απόψεων του γονεϊκού ζευγαριού.

Όσον αφορά στη σχέση του μητρικού Ε.Ε. και του μεταβολικού ελέγχου των παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη, από την έρευνα της Λιακοπούλου και άλλων,¹²⁵ προκύπτει ότι το υψηλό μητρικό Ε.Ε. δεν συσχετίστηκε με την ψυχοπαθολογία των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη. Το υψηλό Ε.Ε., και πιο συγκεκριμένα η μητρική υπερεμπλοκή, συνδέεται με φτωχό μεταβολικό έλεγχο στα υπό εξέταση παιδιά.

Το γονεϊκό Ε.Ε. χρησιμοποιείται για να εκτιμηθούν οι σχέσεις των παιδιών-εφήβων με τη φυσική νόσο. Διαπιστώθηκε ότι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη πέτυχαν καλύτερο μεταβολικό έλεγχο όταν οι γονείς τους έδειξαν μεγαλύτερη υπερεμπλοκή.¹²⁶ Άλλη μελέτη έδειξε ότι οι μητέρες παιδιών με άσθμα ηλικίας 7-13 ετών εμφανίζονται πολύ επικριτικές απέναντι στα παιδιά τους.¹²⁷ Επίσης φάνηκε ότι η μητρική επίκριση προς τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής συνδέεται με γενικότερη σύγκρουση στην οικογένεια,¹¹⁰ ενώ άλλη μελέτη με διαταραχή διαγωγής και ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή έδειξε ότι υψηλό Ε.Ε. συνδεόταν με μεγαλύτερη συγκρουσιακή κατάσταση στην οικογένεια και αυτονόητα μη ικανοποιητικό συναισθηματικό περιβάλλον.¹²⁸ Το Ε.Ε. των γονιών σε σχέση με τα παιδιά τους έχει ήδη αποδειχθεί προηγουμένως ότι είναι ισχυρά συνδεδεμένο με ένα αριθμό ψυχιατρικών διαταραχών¹¹⁹ στο παιδί. Έχει παίξει επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των θεραπειών στις ψυχιατρικές διαταραχές.^{129,130}

Γενικά, οι οικογενειακές σχέσεις θεωρούνται σημαντικό στοιχείο της ψυχολογικής προσαρμογής.¹³¹ Αλληλεπιδράσεις χαρακτηριζόμενες από τριβή, σύγκρουση, και έλλειψη ζεστασιάς σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές.^{132,133,118,110} Αντίθετα, η βελτίωση στην αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας



φαίνεται να επιφέρει και βελτίωση στην κλινική κατάσταση των ψυχιατρικών διαταραχών.^{130,122,134}

Με τις παραπάνω διαπιστώσεις συμφωνούν και οι ερευνητές από την Πανεπιστημιακή Κλινική Hamburg-Eppendorf¹³⁵ τονίζοντας ότι το E.E. αποτελεί έναν προγνωστικό δείκτη για την κατάθλιψη και τις διαταραχές διατροφής στην παιδική ηλικία και εφηβεία, όχι όμως και για τις διαταραχές διαγωγής και ADHD. Δεν αναφέρονται μελέτες πάνω στο E.E. και στην επίδρασή του στις αγχώδεις διαταραχές και περιέργως σε δείγμα παιδιών και εφήβων αναφέρονται μόνο δύο μελέτες περιπτώσεων συσχετισμού E.E. και σχιζοφρένειας. Μια άλλη μελέτη στο Βερολίνο από τους Jacobsen, Hibbs, Ziegenhain (2000)¹³⁵, με εφήβους και σε follow-up 6 χρόνων, έδειξε ότι το μητρικό υψηλό E.E. ήταν σημαντικά συνδεδεμένο με μη οργανωμένο και συγχυτικό μοντέλο σχέσης προσκόλλησης (attachment pattern) στην ηλικία των έξι ετών και ότι επίσης ένα τέτοιο μοντέλο συνδεόταν με επιθετική και εισβάλλουσα μητρική συμπεριφορά. Αυτό φαίνεται ότι συνδεόταν με άλυτο πένθος και τραύμα στους γονείς και με υπερβολικό αίσθημα αβοήθητου (helplessness) στον γονέα ή κηδεμόνα.

Γενικά στις παιδοψυχιατρικές ομάδες φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στις διαταραχές του παιδιού και στην πατρική επίκριση, καθώς και ανάμεσα στην αγχώδη διαταραχή και την πατρική υπερεμπλοκή.

Η σχέση μεταξύ E.E. και διαταραχών διαγωγής καθορίζεται σχεδόν αποκλειστικά από την E.E. και την επικριτική της διάσταση και όχι από τη συναισθηματική υπερεπένδυση.^{137 136}

Πρόσφατες προσπάθειες να εξεταστεί το E.E. σε σχέση με την ψυχοπαθολογία του παιδιού επικύρωσαν ότι το υψηλό E.E. αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου συνδυαζόμενο και με τις εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες διαστάσεις της συμπεριφοράς σε ειδικές διαταραχές.¹³⁸ Οι McCarty και Weisz (2002),²³ έδειξαν ότι η κριτική στάση των γονιών είναι θετικά συνδεδεμένη με την ψυχοπαθολογία του παιδιού.

Μελέτες σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους συνέδεσαν το υψηλό μητρικό E.E. με την παιδική κατάθλιψη,¹³⁹ με το άγχος και με την εναντιωματική διαταραχή^{128,140,109} Πράγματι, ο Schwartz και οι συνεργάτες του, το 1990, διαπίστωσαν ότι παιδιά με υψηλό μητρικό E.E. παρουσίαζαν τριπλάσια επίπτωση για διαταραχή διαγωγής ή συναισθηματική διαταραχή ή χρήση ουσιών, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSMIII.¹¹⁸ Ο Hirshfeld (1997)¹⁴⁰ μελέτησε παιδιά με



προβλήματα συμπεριφοράς των οποίων οι μητέρες υπέφεραν από αγχώδη διαταραχή. Η μητρική κριτική στάση ήταν σημαντικά συνδεδεμένη με ένα μεγάλο αριθμό από εσωτερικευμένες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Ο Marshall και οι συνεργάτες του (1990)¹⁴¹, πρότειναν ότι το αρνητικό κλίμα στην οικογένεια σαν αντανάκλαση των μετρήσεων του Ε.Ε., θα μπορούσε να καθορίσει ανεξάρτητα το μακροχρόνιο αποτέλεσμα στην ADHD.

Αν και οι μελέτες εντόπισαν μια σχέση ανάμεσα στο γονεϊκό Ε.Ε. και στην διαταραχή διαγωγής στο παιδί, παρόλα αυτά παραμένει η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της φύσης αυτής της σχέσης καθώς και της σταθερότητάς που αυτή εμφανίζει για μεγάλες χρονικές περιόδους.¹⁴¹

Τα δεδομένα μελετών προτείνουν ότι το Ε.Ε. δεν είναι μια σταθερή μεταβλητή. Υπάρχει κάποια μαρτυρία ότι υψηλό Ε.Ε. των γονιών μεταβάλλεται από μια κατάσταση σε ένα χαρακτηριστικό. Είναι γεγονός από τη βιβλιογραφία ότι δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν τη σταθερότητα του Ε.Ε. στα παιδιά.

Β. Ειδική Βιβλιογραφία για το συνδυασμό Ε.Ε. και 'Ε'

Η συνεισφορά των επιπέδων της οικογενειακής λειτουργίας με σκοπό την ψυχολογική προσαρμογή και στήριξη των παιδιών με επιληψία προσδιορίζεται με δυσκολία.

Παρ'ότι δεν είναι γνωστό, εάν το υψηλό Ε.Ε. είναι το αποτέλεσμα επιληπτικών κρίσεων ή εάν υψηλό Ε.Ε. διευκολύνει την εμφάνιση κρίσεων, μία μελέτη παρέμβασης με στόχο τη μείωση του γονεϊκού Ε.Ε. σε σχέση με τη συχνότητα των κρίσεων παιδιών και εφήβων, προφανώς είναι πολύ χρήσιμη.

Σύμφωνα με την έρευνα του Brown και των συνεργατών του,¹⁴² σε παιδιά και εφήβους με επιληψία, τα οποία ζουν με τον ένα ή και με τους δύο γονείς, ο βαθμός ελέγχου των κρίσεων εξαρτάται από το γονεϊκό Ε.Ε. Στην προκείμενη μελέτη οι πατέρες τείνουν να εκφράζουν υψηλό Ε.Ε. με επικριτικά σχόλια, ενώ οι μητέρες με συναισθηματική υπερπροστασία. Προβάλλει η υπόθεση ότι οι μητέρες κάνουν περισσότερα σχόλια για τα παιδιά τους, όταν αυτά νοσήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία απότι εάν είχε εμφανιστεί η νόσος σε μικρότερες ηλικίες. Η σημασία της παρατήρησης δεν είναι ιδιαίτερα σαφής.

Γενικότερα παραμένει ασαφές, εάν υψηλό Ε.Ε. είναι το αποτέλεσμα των κρίσεων ή εάν υψηλό Ε.Ε. διευκολύνει την εμφάνιση των κρίσεων, καθώς είναι γνωστό ότι ο χειρισμός των επιπέδων αφύπνισης μπορεί να αλλάξει τη συχνότητα



των κρίσεων. Επομένως, η μείωση των υψηλών επιπέδων του Ε.Ε. μπορεί να είναι ευεργετική για τους ασθενείς με επιληψία, αναφορικά με την υποτροπή και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου.

Η επιληψία ενός παιδιού επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις, καθώς είναι γνωστό, ότι συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας του παιδιού και της οικογενειακής δομής.¹⁴³

Βιολογικοί παράγοντες συνδεόμενοι με την επιληψία, η παρουσία δομικών εγκεφαλικών ανωμαλιών, η συχνότητα των κρίσεων και η διάρκεια της επιληψίας υποστηρίζεται ότι ευθύνονται για τις δυσκολίες της ψυχολογικής προσαρμογής του παιδιού.^{43,144,145}

Εξίσου σημαντικοί είναι και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ένας αριθμός μελετών διερεύνησε τη σχέση μεταξύ οικογενειακών σχέσεων και παιδικής επιληψίας.^{144, 145, 146, 147,148} Επισημάνθηκαν τόσο οι προστατευτικές όσο και οι απορριπτικές γονεϊκές στάσεις απέναντι στα παιδιά με επιληψία^{144,145,149} και τα ευρήματα έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζουν αυξημένη εξάρτηση σε συνδυασμό με την εξαιρετικά κυρίαρχη θέση την οποία προσλαμβάνουν οι μητέρες τους.^{145,148, 150} Γενικά, όλα τα μέλη της οικογένειας βιώνουν έντονο στρες, όταν η διαταραχή είναι χρόνια.¹⁵¹

Εντούτοις, οι προαναφερθέντες οικογενειακοί παράγοντες δεν είναι ειδικοί για την επιληψία και μπορεί να παρατηρηθούν σε οποιαδήποτε φυσική νόσο.¹⁵² Από τη μελέτη των M. Hodes και E. Garralda ανακοινώθηκαν δύο ευρήματα σχετικά με τη μητρική Ε.Ε. και την προσαρμογή των παιδιών με επιληψία:

A. Παρόλο ότι η μητρική υπερπροστασία σε ένα παιδί με επιληψία είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερη από ότι στα αδέλφια του, βρέθηκε ότι αυτό έχει μικρή σημασία για την ψυχολογική προσαρμογή του.

B. Ανάμεσα στα παιδιά με επιληψία, τα οποία δεν εμφανίζουν μεγάλη ιατρική ή αναπτυξιακή διαταραχή, υπάρχει μια μικρή ομάδα που παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες συμπεριφοράς καθώς και μαθησιακές δυσκολίες, κυρίως όταν οι μητέρες της ομάδας εκφράζουν επίκριση για αυτά σε υψηλά επίπεδα.¹⁴⁴

Σε σχέση με τη συμμόρφωση στη θεραπεία των παιδιών με επιληψία, τα αποτελέσματα των Otero and Hodes¹⁵³ έδειξαν ότι η καλή συμμόρφωση συνδέεται με χαμηλή μητρική επιθετικότητα και επίκριση. Και τα παιδιά και οι μητέρες με καλή συμμόρφωση παρουσίαζαν λιγότερα ψυχιατρικά συμπτώματα. Για τα παιδιά με



επιληψία φαίνεται να υπάρχει φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία και τις συνδεόμενες ψυχολογικές διαταραχές και προτείνεται παιδιατρική και ψυχολογική παρέμβαση.

Εμφανίζεται ένας αριθμός από πιθανές εξηγήσεις για τα παραπάνω δεδομένα. Κατ'αρχήν φτωχότερη συμμόρφωση οδηγεί σε εμμονή της κατάθλιψης, η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, και ιδιαίτερα αυξημένη αντικοινωνική συμπεριφορά. Η κατάσταση αυτή με τη σειρά της δημιουργεί μεγαλύτερο αριθμό κριτικών σχολίων στις μητέρες, οι οποίες ενδέχεται να καταλήξουν να βιώνουν ακόμα εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης ως αποτέλεσμα του βάρους της φροντίδας του παιδιού τους.

Μια πλευρά αυτού του μηχανισμού είναι ότι, όσο πιο συχνές κρίσεις και υψηλότερα επίπεδα αντικοινωνικής διαταραχής παρουσιάζονται, τόσο οι προσπάθειες για θεραπεία και παρακολούθηση από Παιδιατρική Κλινική γίνονται δυσκολότερες. Ο αριθμός των παιδιατρικών παρακολουθήσεων από μόνος του δεν είναι αρκετός ως παράγοντας συμμόρφωσης στη θεραπεία.¹⁵⁴

Μια άλλη εξήγηση που μπορεί να δοθεί, είναι ότι οι μητέρες οι οποίες είναι ψυχολογικά επιβαρυνμένες και χωρίς ανάλογη υποστήριξη εμφανίζονται περισσότερο κριτικές και λιγότερο στοργικές απέναντι στα παιδιά τους, άρα και λιγότερο αποτελεσματικές στο μητρικό τους ρόλο.¹⁵⁵

Από τις μελέτες έχει ήδη βρεθεί ότι η γονεϊκή κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας, ο οποίος συνδέεται με το Ε.Ε. και ιδιαίτερα με τα κριτικά σχόλια απέναντι στο παιδί.¹²⁰ Εντούτοις, το εύρημα σε follow-up μητέρων με λιγότερα καταθλιπτικά και νευρωσικά συμπτώματα σχετίζεται με παιδιά που έχουν υψηλή παρακολούθηση, γεγονός που αποδεικνύει ότι οι μητέρες τους ανταποκρίνονταν καλύτερα στις απαιτήσεις τους.

Παρ'όλα αυτά, υπάρχει η ένδειξη με βάση τις μελέτες θεραπειών των διαφόρων διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπείας της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, ότι η οικογενειακή δυσαρμονία και η έλλειψη συνάφειας μεταξύ των μελών συνδέεται με drop-out στη θεραπεία και με φτωχότερη πρόγνωση.¹²⁹ Επομένως, η αλληλεπίδραση στην οικογένεια είναι σημαντική ως παράγοντας για τη συμμόρφωση στην παιδική επιληψία.¹²⁵



2.4 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Ο σκοπός της έρευνας.

1) Ο σκοπός της εργασίας είναι να ερευνηθεί συστηματικά η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι ενεργοποιούνται ή και προκαλούνται στο οικογενειακό περιβάλλον και ιδιαίτερα στους γονείς παιδιών που πάσχουν από επιληψία. Οι παράγοντες αυτοί εκδηλώνονται με τη μορφή του *Εκπεφρασμένου Συναισθήματος* στο παιδί που πάσχει και επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη μορφή της επιληψίας και ιδιαίτερα την πορεία της νόσου σε διάστημα εννέα έως δώδεκα μηνών από την εκδήλωσή της. 2) Επίσης αντικείμενο της έρευνας αποτελεί η τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας στο πάσχον παιδί μέσα στο ίδιο διάστημα.

3) Επομένως, το θέμα ερευνητικά εστιάζεται στην ιδιαίτερη σχέση του Ε.Ε. με την εξελικτική πορεία της ασθένειας σε παιδιά και εφήβους και τη σχετική ψυχοπαθολογική τους κατάσταση και στο σημείο αυτό βρίσκεται η πρωτοτυπία του.

4) Ο ειδικότερος σκοπός της έρευνας είναι να μεταφραστούν αποτελεσματικά οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας για τα παιδιά σε πιο δυναμικές περιγραφές στα πλαίσια των αναπτυξιακών διαδικασιών. Είναι γνωστό ότι υπάρχουν αρκετές συνδέσεις ανάμεσα σε προστατευτικούς παράγοντες και την αλλαγή στη γνωστική και κοινωνικοσυναισθηματική κατάσταση, ειδικότερα κατά την επικράτηση του αντιλαμβανόμενου ανταγωνισμού, της απώλειας ελέγχου, της μητρικής ανατροφής, των πατρικών αξιών και του Ε.Ε. Τα αποτελέσματα των μελετών υποστηρίζουν την ιδέα ότι ατομικές και οικογενειακές συντεταγμένες μπορούν να βελτιώσουν το αποτέλεσμα των πολλαπλών παραγόντων κινδύνου για παιδιά ηλικίας 4-13 ετών.

Η αυξημένη κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών των ασθενών από τους θεραπευτές, καθώς και η ανάπτυξη και χρησιμοποίηση νέων θεραπειών μετά την διάγνωση με συγκεκριμένες δράσεις πιστεύεται ότι θα οδηγήσει σε ορθότερη και μακρόπνοη πρόγνωση με καλύτερα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα στους ασθενείς με επιληψία.

B. Ο εμπειρικός χαρακτήρας της έρευνας

Λόγω του ειδικού και κλινικού χαρακτήρα της, η παρούσα έρευνα δεν θα μπορούσε να είχε θεωρητικό χαρακτήρα. Όπως ανέπτυξα στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας μου, έλαβα υπόψη μου όλα τα σχετικά πορίσματα, τα οποία προκύπτουν



από τη διεθνή έρευνα και βιβλιογραφία, με σκοπό την προώθηση και ανάπτυξη της επιχειρηματολογίας και των ερευνητικών μέσων στο συγκεκριμένο θέμα με το οποίο ασχολήθηκα.

Συγκέντρωσα τα επιστημονικά ευρήματα, κατά τη διεξαγωγή της αυτής της μελέτης, με το σύστημα της εφηρμοσμένης έρευνας πάνω σε ανθρώπινες ομάδες, το οποίο είναι κατά βάση κοινό στην ψυχολογία, την κοινωνιολογία και την κλινική ιατρική έρευνα.

Γ. Η χρησιμότητα της έρευνας

Το θέμα της παρούσης εργασίας εντάσσεται στον ευρύτερο κύκλο της σχέσης των ψυχολογικών παραγόντων με την κλινική κατάσταση ασθενών και την εν γένει ψυχοπαθολογική τους κατάσταση. Κατά κανόνα η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη και ακολουθεί τόσο εξωτερικές όσο και εσωτερικές διαδρομές.

Στο συγκεκριμένο θέμα πρόκειται για εξωγενείς ψυχολογικούς παράγοντες, που αφορούν στους γονείς παιδιών που πάσχουν από επιληψία και πώς αυτοί διεισδύουν στον ψυχικό κόσμο του παιδιού επηρεάζοντας θετικά ή αρνητικά την πόρεια της ασθένειάς του και την ψυχολογική ή και ψυχοπαθολογική του κατάσταση.

Από την πλευρά της θεραπευτικής αγωγής και της ψυχολογικής υποστήριξης τόσο του πάσχοντος παιδιού όσο και των γονέων του, η παρούσα έρευνα αποτελεί συμβολή στην ψυχοθεραπεία οικογενειών με παιδιά που πάσχουν από επιληψία και ο εφηρμοσμένος σκοπός της έγκειται στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση προς τους γονείς που αντιμετωπίζουν ανάλογο πρόβλημα.

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση προς τους γονείς θα μπορούσε να αποδώσει εκτονώνοντας τα συναισθήματά τους και τροποποιώντας τη στάση και τη συμπεριφορά τους προς τα παιδιά, έτσι ώστε να σταθούν περισσότεροι ικανοί να «εμπεριέχουν» τα συναισθήματα των παιδιών απέναντι στη χρόνια νόσο και να τα βοηθήσουν να αναπτύξουν μηχανισμούς άμυνας – προσαρμογής.



Δ. Βασικές υποθέσεις εργασίας

Η ερευνητική λογική της προκείμενης εργασίας στηρίζεται σε δύο επίπεδα:

α) το γενικό επίπεδο, το οποίο αποτελεί ήδη δεδομένο στην ψυχιατρική και έγκειται στην αποδοχή ότι το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον διαμορφώνει ένα ψυχολογικό κλίμα το οποίο επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη ή και την εμφάνιση μιας ασθένειας, καθώς και την γενική ψυχολογική και ψυχοπαθολογική κατάσταση ενός ασθενούς.

β) το ειδικό επίπεδο, το οποίο είναι και το ζητούμενο αυτής της έρευνας, έγκειται στην αναζήτηση συσχετισμών μεταξύ των βαθμίδων ενός κλιμακούμενου Ε.Ε., των διαφόρων παραμέτρων του και την εξέλιξη της επιληψίας σε παιδιά.

Με βάση την παραπάνω λογική αναμένουμε τη διαπίστωση θετικών συσχετισμών στα παρακάτω βασικά σημεία:

1) Το Ε.Ε. αποτελεί ένα δείκτη αναγνώρισης του κλίματος της οικογένειας, που σχετίζεται με την πορεία της νόσου. Όπως ήδη συζητήθηκε, θεωρείται ανάλογο με την έννοια της προβλητικής ταύτισης της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Σύμφωνα με την έννοια αυτή οι γονείς συχνά προβάλλουν στα παιδιά τους τα συναισθήματα, τις επιθυμίες, τις προσδοκίες τους, κατεξοχήν δηλαδή τα θετικά τους συναισθήματα. Ειδικότερα όμως στα παιδιά με χρόνια νόσο οι γονείς προβάλλουν με ένταση και τα αρνητικά τους συναισθήματα όπως αγωνία, οργή, φόβο, ματαίωση, ενοχή. Το ίδιο το παιδί δέκτης των παραπάνω μπορεί ανάλογα να προβάλει τα δικά του συναισθήματα στο γονιό, ο οποίος όντας συχνά «μη ικανός» να τα «εμπεριέξει» (contain), τα επιστρέφει με μια νέα επιθετική προβολή (προβλητική αντι-ταύτιση). Σύμφωνα με τα παραπάνω η εκτίμηση του Ε.Ε. των γονιών παιδιών που πάσχουν από επιληψία θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχολογική τους κατάσταση και την ίδια την πορεία της νόσου.

Ειδικότερα, η υπόθεση αυτή διαθέτει ισχυρότερη πιθανότητα επαλήθευσης στην περίπτωση των τονικοκλονικών σπασμών, λόγω της εντονότερης εικόνας που παρουσιάζουν, γεγονός που αναμένεται να επηρεάσει περισσότερο τη συναισθηματική κατάσταση και έκφραση της οικογένειας.

2) Το «κλίμα» της οικογένειας και ειδικότερα η λειτουργία και συνοχή των μελών της επηρεάζει τη μορφή και την ένταση του Ε.Ε..

3) Διαπίστωση ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια ακολουθείται συχνά από εύρεση ψυχοπαθολογίας στο παιδί, όχι μόνο λόγω γενετικών, αλλά και λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων (όπως οι ταυτίσεις).



4) Όσο διάστημα η εκτίμηση του Ε.Ε. αναγνωρίζεται ως παθολογική, υποθέτουμε ότι οι ενδοοικογενειακές σχέσεις είναι προβληματικές. Στην περίπτωση αυτή συχνά αδρανοποιούνται και οι μηχανισμοί άμυνας του παιδιού λόγω των έντονων προβολών που δέχεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Τα παιδιά με 'Ε' παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία συγκριτικά με τα παιδιά της Ομάδας Ελέγχου.

5) Οι ικανοποιητικές σχέσεις στην οικογένεια επιδρούν θετικότερα στην ενεργοποίηση των λειτουργικών μηχανισμών άμυνας – προσαρμογής του παιδιού στη χρόνια νόσο, στην ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και στην αποφυγή της υποτροπής.

6) Παιδιά με ανθεκτικότητα (resilience), ικανοποιητική ψυχική λειτουργία και ικανοποιητική χρήση των μηχανισμών άμυνας, όπως ελέγχεται με τη χρήση ειδικών εργαλείων, ενδέχεται να μην αναπτύξουν ψυχοπαθολογία, παρά τη χρόνια σωματική νόσο ή να την αναπτύξουν σε αντίστοιχα περιορισμένο αριθμό.

7) Σύμφωνα με την βιβλιογραφία⁴⁴ ανιχνεύονται κρίσεις επιληπτικής μορφής ψυχογενούς αιτιολογίας σε παιδιά και εφήβους. Οι κρίσεις αυτές οι οποίες συχνά δεν αξιολογούνται ως τέτοιες είναι ένα πρόβλημα σε επίπεδο διάγνωσης-διαχείρισης και φροντίδας του παιδιού-εφήβου, οι οποίοι μπορεί να χρειάζονται παρεμβάσεις μείωσης του άγχους τόσο των ιδίων, όσο και των οικογενειών τους και θεραπείες ψυχολογικού τύπου, ψυχοδυναμικές, γνωσιακές ή οικογενειακές, για να υποχωρήσουν και οι κρίσεις.

Είναι σαφές ότι οι παραπάνω βασικές υποθέσεις έχουν ποσοτικό – ψυχολογικό χαρακτήρα και αφορούν στην ομάδα έρευνας.

Όμως, μία εμπειρική έρευνα, ακόμη και αν στηρίζεται σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια και κριτήρια, πρέπει να παραμένει ευνοϊκή στον εντοπισμό συμπληρωματικών ευρημάτων και τον ευρύτερο προβληματισμό γύρω από το τρίγωνο: άνθρωπος – ασθένεια – περιβάλλον.

Τέτοια συμπληρωματικά ευρήματα μπορούν να αφορούν την επίδραση πρόσθετων παραγόντων προστασίας ή κινδύνου, όπως η μορφή και η έκταση της οικογένειας, ο αριθμός των παιδιών, η ηλικία της μητέρας, ψυχοκοινωνικά γεγονότα ζωής, απώλειες, μετακινήσεις κ.α. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να είναι όχι απλώς παρατηρήσιμα αλλά και στατιστικώς σημαντικά.



Από πλευράς μεθοδολογίας η εγκυρότητά τους εξασφαλίζεται από τη γενική κλινική εμπειρία του ερευνητή, τη στατιστική δυνατότητα πρόσθετων συσχετισμών και τα ερευνητικά περιθώρια αξιολογήσεως στοιχείων, απότοκων των συνεντεύξεων.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ - ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

1.1. Η ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΦΑΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγ. Σοφία» σε 5 φάσεις:

Πρώτη φάση:

- ❖ Εκπαίδευση-ευαισθητοποίηση της ερευνήτριας στον τρόπο λειτουργίας της Νευρολογικής Κλινικής με συμμετοχή στα Εξωτερικά Ιατρεία για διάστημα 6 μηνών.
- ❖ Στη συνέχεια ανάλογα ευαισθητοποίηση των νευρολόγων της Νευρολογικής Κλινικής σε θέματα παρέμβασης στην κρίση και ψυχολογικής υποστήριξης των οικογενειών. Για το σκοπό αυτό έγιναν την περίοδο εκείνη θεσμοθετημένες εκπαιδευτικές συναντήσεις με συμμετοχή των δύο κλινικών, Νευρολογικής (Διευθυντής κ. Κοβάνης) και Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής (Διευθυντής καθ. κ. Τσιάντης).

Δεύτερη φάση:

- ❖ Ενημέρωση της Επιτροπής Δεοντολογίας του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία» για τη διεξαγωγή της έρευνας (Παράρτημα Ι).
- ❖ Επιστολή ενημέρωσης προς οικογένειες (Παράρτημα Ι).
- ❖ Καθορισμός του υπό μελέτη δείγματος.
- ❖ Εκπαίδευση στη μαγνητοφωνημένη συνέντευξη από την κ. E. Hibbs.
- ❖ Εξοικείωση με τα ερευνητικά εργαλεία για γονείς και παιδιά.
- ❖ Φάση αναζήτησης των οικογενειών των παιδιών με επιληψία.
- ❖ Καταγραφή κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων.

Τρίτη φάση:

- ❖ Πραγματοποίηση όλων των συνεντεύξεων.
- ❖ Ανάλυση των μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων.
- ❖ Στατιστική ανάλυση ερευνητικών εργαλείων.



Τέταρτη φάση:

- ❖ Επανεξέταση του περιστατικού μετά 9 έως 12 μήνες στην καθορισμένη συνάντηση επανεξέτασης (follow up) της Νευρολογικής κλινικής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και πορείας.
- ❖ Στα περιστατικά που δεν επανήλθαν στην Νευρολογική κλινική πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία και συνεργασία αναφορικά με την πορεία του παιδιού (Παράρτημα Ι).

Πέμπτη φάση:

- ❖ Αξιολόγηση ευρημάτων.
- ❖ Εξαγωγή συμπερασμάτων.

1.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ**A. Το υλικό της ομάδας έρευνας.**

- ❖ Το υλικό συγκροτήθηκε από περιπτώσεις παιδιών που προσήλθαν στο Ειδικό Ιατρείο Επιληψίας του Νευρολογικού τμήματος του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία».
- ❖ Μελετήθηκαν περιπτώσεις κατά τις οποίες η ηλικία έναρξης των κρίσεων ήταν 5-15 ετών.
- ❖ Η εξέταση έγινε μετά την πρώτη (ή τις πρώτες) κρίση.
- ❖ Η διάγνωση της επιληψίας βασίστηκε στο ιστορικό της Νευρολογικής Κλινικής, στην άμεση παρατήρηση των κρίσεων κατά τη διάρκεια της υπέρπνοιας, βιντεοπολυγραφικών καταγραφών και στη μέθοδο βίντεο-ηλεκτροεγκεφαλογραφίας.
- ❖ Επελέγησαν 2 ομάδες. Εξ αυτών:
 - η πρώτη με τυπικές αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας με ή χωρίς τονικοκλονικούς σπασμούς. Τα μετωπιαία αφαιρετικά σύνδρομα επελέγησαν λόγω των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζουν (έχει αναλυθεί προηγουμένως).
 - Η δεύτερη ομάδα αποτελείται με παιδιά με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.
- ❖ Τα παιδιά ταξινομήθηκαν όσον αφορά την ηλικία έναρξης και το φύλο.
- ❖ Ορίσαμε πως θα μελετήσουμε 40 περιστατικά.
- ❖ Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 40 περιστατικά από οικογένειες με παιδιά μη νοσούντα, ως τυχαίο δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού.



B. Η διαδικασία εξέτασης της ομάδας έρευνας

Η διαδικασία ακολούθησε τα εξής στάδια:

- I) Η Νευρολογική Κλινική καλούσε άμεσα την ερευνήτρια σε κάθε νέα εισαγωγή
- II) Στους γονείς δινόταν μια επιστολή (Παράρτημα I) και ανάλογες εξηγήσεις γύρω από την έρευνα.
- III) Αν παρέμεναν στο νοσοκομείο στη διάρκεια των επόμενων ημερών της νοσηλείας του παιδιού δίνονταν 2 ή 3 ραντεβού για γονείς και παιδί.
- IV) Αν η οικογένεια δεν νοσηλευόταν, τότε η ερευνήτρια καθόριζε τις ανάλογες συναντήσεις στο σπίτι.

Γ. Δυσκολίες στην προσέγγιση-εξέταση της ομάδας έρευνας

Κατά τη διαδικασία αυτή υπήρξαν αρκετές δυσκολίες:

1. Η ερευνήτρια δεν ήταν πάντα διαθέσιμη την ώρα της εισαγωγής του παιδιού και έτσι αναγκαστήκαμε να επανεξετάσουμε το χρόνο που ορίσαμε στο πρωτόκολλο. Για το λόγο αυτό ορίσαμε ως πρώτο διάστημα μετά την αρχική κρίση εκείνο των αρχικών 20 ημερών.
2. Τα περιστατικά εισέρχονταν ως επείγοντα και στις περισσότερες των περιπτώσεων συνοδεύονταν από τη μητέρα η οποία παρέμενε σχεδόν όλο το διάστημα της νοσηλείας. Έτσι είχαμε τη δυνατότητα να ελέγξουμε το Ε.Ε. των πατέρων σε πολύ λίγα περιστατικά (10%).
3. Οι οικογένειες κατά τη διάρκεια της άμεσης νοσηλείας ήταν πολύ πιο διαθέσιμες να συνεργαστούν αντιμετωπίζοντας το ως υποχρεωτική διαγνωστική-θεραπευτική διαδικασία, από ότι αργότερα όταν με την επιστροφή στο σπίτι συχνά ακύρωναν τη συμφωνία λέγοντας πως «θέλουν να τα ξεχάσουν».
4. Δεν επέστρεψε κανείς πίσω (εκτός από 2 οικογένειες) το ερωτηματολόγιο Fundudis το οποίο τους είχε δοθεί από την πρώτη συνάντηση συνεργασίας με σκοπό να συμπληρωθεί από το δάσκαλο – καθηγητή αναφορικά με τις επιδόσεις των παιδιών τους.



1.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Επελέγησαν ως ομάδα ελέγχου οικογένειες από την κοινότητα, οι οποίες αποτελούνται από τον ίδιο, κατά το δυνατόν, αριθμό παιδιών και είναι περίπου της ίδιας ηλικίας μ' αυτόν, που έχει επιλεγεί και για το δείγμα των παιδιών με επιληψία.

Η διαδικασία περιελάμβανε ένα τηλεφώνημα, στο οποίο δίνονταν οι απαραίτητες εξηγήσεις σε σχέση με την έρευνα. Αν η οικογένεια δεχόταν, κλεινόταν ένα ραντεβού στο σπίτι για το παιδί ή/και στο χώρο εργασίας για τους γονείς. Για τεχνικούς λόγους είναι κατανοητό ότι δεν ήταν εφικτό να έχουμε ανάλογο αριθμό οικογενειών από την επαρχία, όπως στο δείγμα των παιδιών με επιληψία.

Στη συγκρότηση της ομάδας έρευνας διατηρήθηκαν οι γενικοί κανόνες που ισχύουν στις κοινωνικές επιστήμες για εμπειρικές έρευνες πεδίου, και επομένως το δείγμα είναι απολύτως τυχαίο και ανταποκρίνεται στο μέσο επίπεδο της αστικής ελληνικής οικογένειας.

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των 2 ομάδων (έρευνας- ελέγχου) προέκυψε ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον και δύσκολο να ερμηνευθεί, λόγω του τυχαίου χαρακτήρα της επιλογής του δείγματος ελέγχου, αποτέλεσμα: η ανακάλυψη σημαντικού ποσοστού ψυχοπαθολογικών τάσεων και στο δείγμα ελέγχου.

1.4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.4.1. Διαγνωστικά εργαλεία σχετικά με τους γονείς

Α. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενου γονέα			
ο Φύλο			
ο Ηλικία			
ο Αριθμός παιδιών			
ο Τί σειρά έχει το πάσχον παιδί			
ο Μορφωτικό επίπεδο	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	
i) Δημοτικό			
ii) Γυμνάσιο			
iii) Λύκειο			
iv) Ανώτερη			
v) Ανώτατη			
ο Οικονομική κατάσταση	α/καλή	β/μέτρια	γ/κακή
ο Τόπος διαμονής	α/αγροτική περιοχή	β/αστική περιοχή	γ/ημιαστική περιοχή



B. Η Κλίμακα Αξιολόγησης της Οικογενειακής Λειτουργίας κατά McMaster Family Assessment Device (FAD) ¹⁵⁶

Το FAD είναι ένα ερωτηματολόγιο με 60 σημεία τύπου Likert, σχεδιασμένο για εκτίμηση της λειτουργικότητας της οικογένειας, με βάση έξι παραμέτρους:

1. Επίλυση προβλημάτων,
2. επικοινωνία,
3. ρόλοι,
4. συναισθηματική ανταπόκριση,
5. συναισθηματική εμπλοκή,
6. έλεγχος συμπεριφοράς.

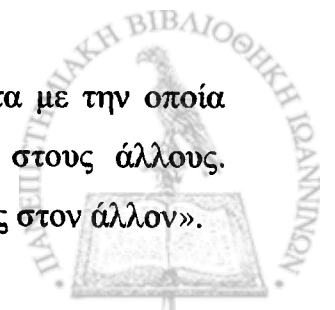
Τα σημεία του ερωτηματολογίου είναι διατυπωμένα υπό τη μορφή δηλώσεων, στις οποίες οι απαντώντες (γονείς) διατυπώνουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, ανάλογα με το βαθμό ακρίβειας στον οποίο οι δηλώσεις αυτές περιγράφουν τη δική τους οικογένεια (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ εντελώς). Κάθε σημείο του FAD ανήκει μόνο σε μία από τις επτά κλίμακες. Τα μισά σημεία είναι διατυπωμένα έτσι, ώστε να περιγράφουν υγιή λειτουργικότητα, τα υπόλοιπα για να περιγράφουν μη υγιή λειτουργικότητα.

Η Επίλυση Προβλημάτων αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας να επιλύει τα προβλήματά της σε επίπεδο επαρκές, ώστε να διατηρεί αποτελεσματική οικογενειακή λειτουργία. Παράδειγμα σχετικού σημείου: «Συνήθως ενεργούμε σύμφωνα με τις αποφάσεις μας σχετικά με τα προβλήματα».

Για την αποτελεσματική λειτουργία, η Επικοινωνία πρέπει να είναι σαφής και ανοικτή, παρά ασαφής ή συγκαλυμμένη. Παράδειγμα σχετικού σημείου: «Όταν κάποιος είναι αναστατωμένος, οι άλλοι ξέρουν το γιατί».

Οι Ρόλοι είναι συγκεκριμένες συμπεριφορές, τις οποίες τα μέλη της οικογένειας πρέπει να υιοθετούν, προκειμένου να εκπληρώνουν καθημερινούς στόχους της ύπαρξής τους. Να φέρουν, δηλαδή, σε πέρας τις οικογενειακές τους λειτουργίες (πρακτικές, συναισθηματικές, μεικτές). Παράδειγμα σχετικού σημείου: «Σιγουρευόμαστε ότι τα μέλη ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες τους».

Η Συναισθηματική Ανταπόκριση αναφέρεται στην ετοιμότητα με την οποία τα μέλη της οικογένειας αποκαλύπτουν τα συναισθήματά τους στους άλλους. Παράδειγμα σημείου δήλωσης: « Δεν δείχνουμε την αγάπη μας ο ένας στον άλλον».



Η Συναισθηματική Εμπλοκή είναι η ετοιμότητα των μελών να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον. Παράδειγμα σημείου: «Εάν κάποιος έχει πρόβλημα, οι άλλοι αναμειγνύονται υπερβολικά».

Ο Έλεγχος Συμπεριφοράς αξιολογεί κατά πόσο η οικογένεια στηρίζεται σε κανόνες και πρότυπα που διέπουν τη συμπεριφορά κάθε μέλους της και κατά πόσο έχουν τρόπους αντίδρασης σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Παράδειγμα σχετικού σημείου: «Εύκολα τη γλιτώνει κάποιος, όταν παραβιάζει τους κανονισμούς».

Οι μέσες τιμές για κάθε κλίμακα υπολογίζονται στη συνέχεια μεταξύ του 1 (εξαιρετικά υγιούς) και 4 (εξαιρετικά μη υγιούς).

Το εργαλείο αυτό έχει αποδειχθεί ότι διαθέτει καλό επίπεδο ευαισθησίας, εξειδίκευσης και διαγνωστικής εμπιστοσύνης, χρησιμοποιώντας τις προτεινόμενες πάνω από το όριο τιμές. Η εσωτερική συνέπεια (internal consistency) για τις υποκλίμακες είναι: Cronbach α / επίλυση προβλημάτων 0.74, επικοινωνία 0.75, συναισθηματική ανταπόκριση 0.83, συναισθηματική εμπλοκή 0.78, έλεγχος συμπεριφοράς 0.72 και γενική λειτουργία 0.92. Το κοινωνικά επιθυμητό δεν φαίνεται να ασκεί σημαντική επίδραση στις βαθμολογίες του FAD. Επιπροσθέτως, οι υποκλίμακες του έχει βρεθεί ότι διακρίνουν τις μη κλινικές και ψυχιατρικές οικογένειες ($p < 0.01$).

Γ. Μαγνητοφωνημένη συνέντευξη

Πεντάλεπτο δείγμα ομιλίας FMSS ¹⁵⁷

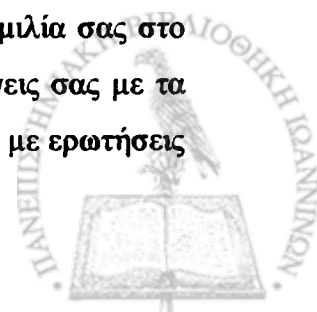
Gottschalk & Gleser (1969)

Η σύντομη μέθοδος ανάλυσης του περιεχομένου και του τόνου ενός πεντάλεπτου μαγνητοφωνημένου μονολόγου, δηλαδή το πεντάλεπτο δείγμα ομιλίας (FMSS) (Gottschalk and Gleser 1969) μετρά τέσσερις κατηγορίες: 1. την ποιότητα της αρχικής δήλωσης, 2. την ποιότητα της σχέσης, 3. την κριτική διάθεση, 4. την υπερεμπλοκή.

1. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ 5ΛΕΠΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

(Magana & Goldstein 1984).

Παρακαλώ μιλάτε αργά για να μπορεί να είναι κατανοητή η ομιλία σας στο κασετόφωνο, λέγοντας τα εξής: «Θα επιθυμούσα να ακούσω τις σκέψεις σας με τα δικά σας λόγια για τη μαμά και τον μπαμπά σας, χωρίς να σας διακόψω με ερωτήσεις



ή τυχόν σχόλια. Από τη στιγμή που θα αρχίσετε, θα ήθελα να μιλήσετε για τρία ή πέντε λεπτά λεπτά, περιγράφοντάς μου τι είναι ο μπαμπάς/μαμά σας και πώς τα πάτε μεταξύ σας. Αφού θα έχετε αρχίσει να μιλάτε, θα προτιμούσα να μην απαντάτε σε ερωτήσεις μέχρις ότου τα τρία ή πέντε λεπτά περάσουν. Έχετε ερωτήσεις να κάνετε μέχρι να αρχίσουμε;»

Μια πρόσθετη παρότρυνση προς το υποκείμενο της συνέντευξης είναι:

«Πες μου οτιδήποτε πιστεύεις ότι είναι σημαντικό για μένα που θα με βοηθήσει στην κατανόηση και πώς εσείς οι δύο επικοινωνείτε».

Σημείωση: Εάν υπολείπονται λίγα λεπτά και ο ομιλητής είναι σιωπηλός για 30 δευτερόλεπτα, και φαίνεται μάλλον αδύνατον να συνεχίσει, ο εξεταστής ίσως μπορεί να κάνει ένα σχόλιο, π.χ. «Παρακαλώ πες μου οτιδήποτε σχετικό για λίγα ακόμη λεπτά».

2. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΟ Ε.Ε. ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΠΕΝΤΑΛΕΠΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Αυτή η μέθοδος κωδικοποίησης επιχειρεί να αναγνωρίζει τα συναισθήματα, συμπεριφορές που εκφράζει ο ερωτώμενος για ένα συγκεκριμένο πρόσωπο.

Οι λεκτικές και ηχητικές πτυχές του λόγου αναλύονται. Οι χρησιμοποιούμενες κατηγορίες είναι οι ακόλουθες:

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ: επιτυγχάνεται με την ανάλυση της πρωταρχικής ιδέας ή σκέψης, ανεξάρτητα από το τί λέγεται κατά την υπόλοιπη διάρκεια του λόγου.
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΕΩΣ: εδώ ο εκτιμητής χρησιμοποιεί μια αναλογία εφ' όλης της ύλης κατά την οποία ο λόγος αναλύεται στο σύνολό του.
3. ΚΡΙΤΙΚΗ: με αυτή την κατηγορία μια μέτρηση συχνότητας καταλαμβάνει ολόκληρο το λόγο.
4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡ-ΕΜΠΛΟΚΗ (ΕΟΙ): 2 από τις 5 ΕΟΙ κατηγορίες απαιτούν μέτρηση συχνότητας. Είναι ένας συνδυασμός θετικών παρατηρήσεων α/δηλώσεις/αναφορές συμπεριφοράς, β/θετικές παρατηρήσεις (υπερβολικός έπαινος). Οι υπόλοιπες 3 κατηγορίες απαιτούν εκτιμήσεις επί του συνόλου. Είναι: α/αναφορές συμπεριφορών αυτοθυσίας/υπερπροστατευτικών συμπεριφορών, β/υπερβολικών λεπτομερειών, γ/ συναισθηματικής επίδειξης.

Σημείωση: Ο κώδικας της αρχικής δήλωσης προηγείται από οποιονδήποτε άλλο κώδικα. Αυτό σημαίνει ότι εάν η αρχική δήλωση είναι θετική, η βαθμολόγηση θα καταγράψει μόνο μια αρχική θετική δήλωση και μία θετική παρατήρηση. Επίσης, εάν η αρχική δήλωση είναι δηλωτική μιας αρνητικής σχέσης, μπορεί να καταγραφεί μία αρνητική αρχική δήλωση και όχι μια αρνητική σχέση. Εκείνο το οποίο είναι το πιο σημαντικό σημείο είναι να μη γίνεται ποτέ διπλή-ταυτόχρονη καταγραφή.



1.4.2. Διαγνωστικά εργαλεία σχετικά με τα παιδιά

Α. Ιατρικό ιστορικό νευρολογικής κλινικής Νοσοκομείου Παιδών «Αγ. Σοφία»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΘΑΝΑΣΗΣ ΚΟΒΑΝΗΣ	
ΗΜΕΡ.ΓΕΝ.: A.M.	Φάρμακα (δόση):	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	Ημερομηνία:	
ΤΗΛ. ΚΛΙΝΙΚΗ:		
ΓΙΑΤΡΟΣ:		
Προηγούμενα ΗΕΓ:		
Διάγνωση:		
Περιγραφή επεισοδίου: Αύρα ή πρόδρομα συμπτώματα:		
Συνοδά συμπτώματα:		
Συνοδά συμπτώματα:	Ηλικία έναρξης κρίσεων ή προβλήματος:	
	Συχνότης κρίσεων:	
	Τελευταίο επεισόδιο:	
Χέρι προτίμησης	Οικογενειακό Ιστορικό	
Αλλα: Κεφαλαλγία: _____ Λιποθυμίες: _____ Επεισόδια κατακράτησης αναπνοής: _____ Τι κ: _____ Πυρετικοί σπασμοί _____	Εργαστηριακές εξετάσεις: Σάκχαρον αίματος: _____ Ca ++ _____ Mg++ _____ Αξονική εγκεφάλου _____ Αγγειογραφία _____ ΟΝΠ _____ ΗΚΓ _____ _____	
Τελευταίο γεύμα:	Εμμηναρχή:	



B. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present Episode (K-SADS-P) ^{158,159}

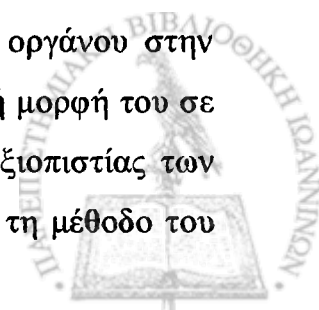
Η ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη για παιδιά Kiddle-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present Episode (K-SADS-P) έχει σχεδιαστεί για κλινική ή/και ερευνητική εκτίμηση παιδιών ηλικίας 6-18 ετών.

Το K-SADS σχεδιάστηκε αρχικά από τους Puig-Antich και Chambers, έχοντας ως σημείο αναφοράς το SADS ενηλίκων. Χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη έκδοση της συνέντευξης, η χορήγηση της οποίας προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση του παιδοψυχιάτρου που την πραγματοποιεί. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο ερευνητής εκπαιδεύθηκε για μια εβδομάδα στο Λονδίνο στη γνώση και χρήση της συνέντευξης από τον καθηγητή I. Kolvin και τους συνεργάτες του.

Πρόκειται για μια ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη, σχεδιασμένη ειδικά για την καταγραφή πληροφοριών, οι οποίες αφορούν τη λειτουργικότητα του παιδιού καθώς και τα συμπτώματα του πλέον προσφάτου επεισοδίου της ψυχιατρικής διαταραχής. Παρόλο που το όνομα της συνέντευξης περιλαμβάνει μόνο τις συναισθηματικές διαταραχές και τη σχιζοφρένεια, συμπεριλαμβάνονται σε αυτήν και άλλες ομάδες συμπτωμάτων, τα οποία σχετίζονται κυρίως με διαταραχές διαγωγής (π.χ. επιθετικότητα, κλοπές, ψέμματα) και συναισθήματος (π.χ. άγχος, κατάθλιψη).

Το K-SADS διεξάγεται με συνέντευξη πρώτα από τους γονείς του παιδιού, στη συνέχεια από το παιδί μόνο του και στο τέλος επιτυγχάνοντας σφαιρικές εκτιμήσεις, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν όλες, κατά το δυνατόν, τις πηγές πληροφοριών (προφανώς και την προσωπική παρατήρηση του εξεταστή). Το πρώτο μέρος του K-SADS είναι ως ένα βαθμό μη δομημένο και περιλαμβάνει ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με το χρόνο έναρξης και τη διάρκεια του επεισοδίου. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις πάνω σε 200 περίπου συγκεκριμένα συμπτώματα ή συμπεριφορές, ανάλογες με τις περισσότερες διαγνώσεις του Άξονα III του DSM-III-R. Τα περισσότερα σημεία βαθμολογούνται ανάλογα με τη βαρύτητά τους σε μία 6-7βαθμη κλίμακα. Οι διαγνώσεις βασίζονται στην ενοποίηση των πληροφοριών από το γονέα και το παιδί.

Πραγματοποιήθηκαν δοκιμασίες αξιοπιστίας (reliability) του οργάνου στην ελληνική έκδοση. Αφού μεταφράσθηκε, χρησιμοποιήθηκε στην τελική μορφή του σε κλινικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων. Η δοκιμασία ελέγχου της αξιοπιστίας των διαγνώσεων του άξονα I του DSM-III-R με το K-SADS-P, έγινε με τη μέθοδο του



υπολογισμού του συντελεστή Cohen (K Coefficient) μεταξύ δύο ανεξάρτητων εκτιμητών. Τα ποσοστά συμφωνίας ως προς τη διάγνωση ήταν τα ακόλουθα: για διαταραχές της διάθεσης (μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, δυσθυμία) 88,9%, για υπεραγχώδη διαταραχή (και διαταραχή άγχους αποχωρισμού) 66,7% και για διαταραχές διαγωγής (και διαταραχή υπερκινητικότητας-ελλειμματικής προσοχής) 75%. Για το σύνολο των διαγνώσεων, διαπιστώθηκε συμφωνία σε ποσοστό 78,3%, στατιστικά σημαντική ($K=0,69\%$, $p<0,05$).

Αναφορικά δε με την αξιοπιστία (r) και την εσωτερική συνέπεια (Cronbach) α) γιατί α των κλινικά σχετιζόμενων κλίμακων της συνέντευξης, βρέθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Για την κλίμακα Κατάθλιψης: $r=0,92$ και $a=0,89$, για την κλίμακα Σωματοποίησης: $r= 0,69$ και $a=0,60$, για την Υπεραγχώδη Διαταραχή: $r= 0,55$ και $a= 0,44$, και για τις Διαταραχές Διαγωγής: $r= 0,81$ και $a=0,88$.

Η μετάφραση της ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης έγινε στην Ελληνική γλώσσα από τους παιδοψυχιάτρους κ. Γ. Κολαΐτη και κ. Γ. Τ. Κόρπα.

Γ. KIDCOPE ¹⁶⁰

Πρόκειται για ένα σύντομο και σχετικά εύκολα συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποδείχθηκε χρήσιμο στην ανάδειξη των μηχανισμών άμυνας που παιδιά και έφηβοι χρησιμοποιούν προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια τραυματική κατάσταση.

Το KIDCOPE έχει δύο μορφές, μια για παιδιά ηλικίας 7-12 ετών και μια για εφήβους 13-18 ετών. Κάθε μια από τις μορφές αυτές αποτελείται από τρεις κλίμακες που αναφέρονται σε:

- Κοινά προβλήματα.
- Προβλήματα του παιδιού λόγω της εισαγωγής του σε νοσοκομείο.
- Προβλήματα του παιδιού που σχετίζονται με χρόνια νόσο.

Αυτές οι κλίμακες σχεδιάστηκαν για να μετρήσουν τον τρόπο που τα παιδιά ανταποκρίνονται στη νόσο.

Η συζήτηση ξεκινάει ζητώντας από το παιδί να περιγράψει μια κατάσταση που το ενόχλησε τον τελευταίο μήνα. Πάνω στην κατάσταση αυτή, η οποία και σημειώνεται, συζητώνται και καταγράφονται οι τρόποι άμυνας-προσαρμογής του σε 3 ερωτήσεις αφορώσες συναισθηματική κατάσταση, που βίωσε το παιδί και στη



συνέχεια 15 άλλες ερωτήσεις που αφορούν το «τί έκανες για να το ξεπεράσεις;» και «πόσο αυτό σε βοήθησε;».

Αυτές οι 15 ερωτήσεις υποδηλώνουν 10 μηχανισμούς:

- I. Διάσπαση προσοχής (1,2).
- II. Κοινωνική Απόσυρση (3,4).
- III. Γνωστικός ανασχηματισμός (5).
- IV. Αυτοκριτική (6).
- V. Ενοχή των άλλων (7).
- VI. Προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος (8,9).
- VII. Συναισθηματική ρύθμιση-ισορροπία (10,11).
- VIII. Αισιόδοξη σχέση ή ευσεβείς πόθοι (12,13).
- IX. Κοινωνική Υποστήριξη (14).
- X. Παραίτηση (15).

Το ερωτηματολόγιο KIDCOPE συμπληρώνεται όχι από τα παιδιά, αλλά από τον εξεταστή υπό μορφή συνέντευξης.

Τα παιδιά απαντούν επί τη βάσει ενός πραγματικού πρόσφατου στρεσογόνου γεγονότος ή επί τη βάσει γεγονότος που φαντάζονται ότι θα ήταν για αυτά τραυματικό.

Δ. EDUCATIONAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE ¹⁶¹

Το ερωτηματολόγιο εκπαιδευτικής λειτουργικότητας αποτελείται από απλές κλίμακες βαθμολόγησης 5 βαθμών σχετικά με την προσαρμογή στην τάξη και περιλαμβάνει την ανάγνωση, τη γλώσσα, την αριθμητική και τη στάση ως προς τη σχολική εργασία. (Fundudis, Berney, Kolvin et al, 1991). Η αξιοπιστία του είναι αποδεκτή.



1.4.3. Μεταγενέστερη συλλογή στοιχείων από το κλινικό δείγμα (follow up) με τηλεφωνική επικοινωνία

Στην τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς, η οποία αφορούσε το κλινικό δείγμα των παιδιών με επιληψία μέσα σε διάστημα 9 έως 12 μηνών από την πρώτη συνέντευξη, τέθηκαν τα εξής ερωτήματα:

1. Πότε ήταν η πρώτη εισαγωγή;
2. Πήρε φάρμακα;
3. Για πόσο διάστημα;
4. Συνεχίζει τη φαρμακευτική αγωγή και αν όχι γιατί;
5. Πόσες φορές επανήλθαν τα παιδιά στο νοσοκομείο;
6. α/Κάνει κρίσεις; β/ Πάει καλύτερα;
7. Συνολική λειτουργικότητα παιδιού.
α/ «Το παιδί πάει καλά;», «χαίρεται;», «έχει φίλους;»
β/ Έχει παρουσιάσει άλλα προβλήματα ψυχολογικού πεδίου π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, συναισθηματικά προβλήματα, συμπεριφοράς, άγχος κλπ
8. Παρακολουθείται για τα ψυχολογικά προβλήματα;

1.4.4. Διαγνωστική αξιολόγηση των μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων των γονέων.

A. Οδηγίες για τη Βαθμολόγηση

1. Πρώτα από όλα ακούμε ολόκληρο το λόγο έτσι ώστε να νιώσουμε τον τόνο της φωνής του αποκρινόμενου προσώπου, τον χαρακτήρα της ομιλίας του/της και τη γενική συμπεριφορά των συναισθημάτων του/της απέναντι στον ασθενή.
2. Όταν βαθμολογούμε την ομιλία, πρώτα υπολογίζουμε την αρχική δήλωση ξεχωριστά από οτιδήποτε έχει αναφερθεί στον υπόλοιπο λόγο και μετά υπολογίζουμε κατά αναλογία τον υπόλοιπο λόγο. Η αρχική δήλωση πρέπει να χρησιμοποιείται για να πληροφορηθεί ο κωδικοποιητής (coder) ότι ίσως υπάρχουν και άλλες συμπεριφορές.
3. Υπολογισμός/μέτρηση της ομιλίας. Είναι στοιχειώδες να μην αποκλίνουμε από τους υπάρχοντες κανόνες. Εάν ανακύπτει μια κατάσταση και είμαστε αμφίβολοι



ως προς το πώς να κωδικοποιήσουμε μια δεδομένη δήλωση, πρέπει να επανεξετάσουμε το περιεχόμενο με πολλή προσοχή.

4. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να κρυπτογραφήσουμε το δείγμα της 5λεπτης ομιλίας με συντηρητικό τρόπο. Εάν έχουμε την όποια αμφιβολία, δεν προβαίνουμε σε καμμία ενέργεια.
5. Όταν αντιμετωπίζουμε μια διφορούμενη ή ανοργάνωτη δήλωση, πρέπει να την ακούσουμε ξανά εξετάζοντας πολύ προσεκτικά το περιεχόμενο. Αν και τότε δεν μπορούμε να την καταλάβουμε, είναι προτιμότερο να μην καταγράψουμε τίποτα.
6. Να είμαστε διπλά προσεκτικοί, όταν ακούμε άτομα που έχουν δεύτερη γλώσσα. Μια δήλωση ή φράση σε εκείνη τη γλώσσα, που θεωρείται κρίσιμη σύμφωνα με τα δικά μας δεδομένα, ίσως να μην έχει τόση βαρύτητα με τα δικά τους.
7. Είναι επιβεβλημένο να λάβουμε υπόψη μας το κείμενο και τα συμφραζόμενα όταν βαθμολογούμε μια δεδομένη δήλωση. Για παράδειγμα, μια θετική παρατήρηση κρυμμένη μέσα σε αρνητικό περιεχόμενο (εμπεριέχεται σε αρνητικό κείμενο), δεν είναι προς μέτρηση. Εντούτοις, θα μπορούσε να μετρηθεί, εάν είχε εκτεθεί μέσα σε ουδέτερο ή θετικό κείμενο.
8. Καθώς αναλύουμε μια βραχεία (πεντάλεπτη) ομιλία, είναι απαραίτητο να αναλύεται πολύ προσεκτικά η κάθε φράση.

B. Βαθμολόγηση του E.E.

Υψηλό E.E.

A. Συναισθηματική Υπερ-εμπλοκή (EOI): οποιαδήποτε από τις ακόλουθες συμπεριφορές/δηλώσεις είναι αρκετή για τη μέτρηση υψηλού EOI.

1. Μια δήλωση αναφερόμενη σε παρελθοντική υπερπροστατευτική και/ή συμπεριφορά αυτοθυσίας.
2. Συναισθηματική έκρηξη/εμφάνιση κατά τη συνέντευξη.
3. Οποιαδήποτε από τα ακόλουθα: λεπτομέρειες για το παρελθόν, δήλωση στάσης ή υπερβολικός έπαινος (5 ή περισσότερες θετικές παρατηρήσεις) - (συνδυασμός και των δύο)

B. Κριτική: οποιαδήποτε από τις ακόλουθες συμπεριφορές/δηλώσεις είναι αρκετή για τη μέτρηση υψηλού EOI.

1. Μια αρνητική αρχική δήλωση.
2. Μια δήλωση από την οποία να διαφαίνεται αρνητική σχέση.



3. Επικριτικότητα, είτε με τον τόνο της φωνής είτε με το περιεχόμενο του λόγου.

Γ. Κριτική και συναισθηματική υπερ-εμπλοκή (EOI)- αυτή η μέτρηση επιτυγχάνεται όταν δεν εφαρμόζονται ούτε το Α ούτε και το Β.

Χαμηλό Ε.Ε.

Α. Χαμηλό Ε.Ε. Αυτή η μέτρηση επιτυγχάνεται όταν δε εφαρμόζονται ούτε το Α ούτε και το Β.

1.5. Η ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

162,163,164,165,166

Θεωρία στατιστικών αναλύσεων

1. Δείκτης PEARSON R.

Στην περίπτωση που απαιτείται ο υπολογισμός της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, τότε χρησιμοποιείται ο στατιστικός δείκτης Pearson r .

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη χρησιμοποίηση του δείκτη r του Pearson είναι:

Α. Η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών να είναι ευθύγραμμη.

Β. Η κλίμακα μέτρησης και στις δύο μεταβλητές να είναι
Ισοδιαστημική.

Γ. Οι μεταβλητές να ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Η τρίτη προϋπόθεση δεν είναι απαραίτητη στην περίπτωση που υπάρχουν μεγάλα δείγματα (αριθμός ατόμων > 30).

Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο δείκτης είναι από -1 έως $+1$. Εάν $r > 0$, τότε έχουμε θετική γραμμική συσχέτιση, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής αυξάνεται και η άλλη, εάν όμως $r < 0$, τότε έχουμε αρνητική γραμμική συσχέτιση πράγμα που σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η τιμή της μίας μεταβλητής η τιμή της άλλης μειώνεται και τέλος εάν $r = 0$, τότε έχουμε απουσία γραμμικής συσχέτισης. Όταν ο δείκτης πάρει τιμή -1 καταδεικνύεται μέγιστη αρνητική συσχέτιση. Στην περίπτωση που ο δείκτης r του Pearson πάρει τιμή $+1$ έχουμε μέγιστη θετική συσχέτιση. Στην πραγματικότητα το να πάρει ο δείκτης r του Pearson τις τιμές -1 και $+1$ είναι πολύ σπάνιο, συνήθως ισχυρές θεωρούνται οι τιμές $\leq -0,5$ και $\geq +0,5$. Οι τιμές που κυμαίνονται μεταξύ $-0,30$ και $+0,30$ θεωρούνται μέτριος βαθμός συσχέτισης, ενώ οι συσχετίσεις που παρουσιάζουν τιμές του r μικρότερες από τις προαναφερθείσες, θεωρούνται από ασθενείς έως ανύπαρκτες.



Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσον οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, δηλαδή είναι δυνατό να γενικευθούν και στους αντίστοιχους πληθυσμούς. Ο αντίστοιχος έλεγχος θα διατυπωθεί ως εξής:

Μηδενική υπόθεση: $\rho=0$ (εάν $\text{sig}>0.05$).

Εναλλακτική υπόθεση: $\rho \neq 0$ (εάν $\text{sig}<0.05$).

Παλινδρόμηση

Με την τεχνική της Παλινδρόμησης διερευνούνται οι μεταβολές (διακύμανση, μεταβλητότητα) της εξαρτημένης μεταβλητής με τη βοήθεια των ανεξάρτητων μεταβλητών. Το υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης συνήθως παρουσιάζει την παρακάτω μορφή : $\Psi = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n + e_i$.

Το Ψ συμβολίζει την εξαρτημένη μεταβλητή, το b_0 είναι το σύμβολο για την σταθερά τιμή που λαμβάνει το Ψ , όταν η οι τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών είναι ίσες με το 0. Με X συμβολίζονται οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ενώ b_1, b_2, \dots, b_n είναι οι συντελεστές του μοντέλου παλινδρόμησης και με e_i συμβολίζουμε το σφάλμα. Αυτοί οι δείκτες καταδεικνύουν το μέγεθος της μεταβολής στην εξαρτημένη μεταβλητή από μια μοναδιαία μεταβολή μιας ανεξάρτητης μεταβλητής, όταν οι άλλες παράμεινουν σταθερές. Το τετράγωνο του συντελεστή συσχέτισης (r), το οποίο ονομάζεται συντελεστής προσδιορισμού (r^2 ή R^2), λαμβάνει τιμές μεταξύ του μηδενός και της μονάδας και είναι σημαντικό στατιστικό μέτρο, αφού μας δίνει την πληροφορία περί του ποσοστού της ερμηνευόμενης διακύμανσης της εξαρτημένης και συνεπώς και την πληροφορία του αν το μοντέλο της παλινδρόμησης είναι η κατάλληλη μέθοδος για να ερμηνευθεί η συμπεριφορά.

2. Ανάλυση Διακύμανσης Μονής Κατεύθυνσης

(One Way Anova)

Η μέθοδος αυτή επιτρέπει να συγκρίνουμε μέσους όρους από περισσότερα από δύο δείγματα. Η μέθοδος αυτή αναφέρεται σε σύγκριση των μέσων όρων ομάδων που δημιουργούνται από την επίδραση μιας ανεξάρτητης (κατηγορική μεταβλητή) σε μια εξαρτημένη (συνεχής ποσοτική μεταβλητή). Π.χ. έλεγχος της επίδρασης του μορφωτικού επιπέδου (ανεξ. μεταβλητή) στο μισθό (εξαρτ. μεταβλητή). Αν και οι μέσες τιμές των δειγμάτων είναι πολύ πιθανό να διαφέρουν μεταξύ τους, αυτό δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι και οι μέσες τιμές των αντιστοιχών πληθυσμών διαφέρουν σημαντικά. Προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης είναι η κανονικότητα και η ισότητα διασποράς των πληθυσμών.



Προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων (εναλλακτική υπόθεση) ή ισότητα των μέσων όρων (μηδενική υπόθεση), χρησιμοποιούμε την ανάλυση διακύμανσης (ή διασποράς). Με την ανάλυση αυτή επιτυγχάνουμε δύο ανεξάρτητες εκτιμήσεις της διασποράς. Η μια βασίζεται στη μεταβολή μεταξύ των ομάδων (διαομαδική διασπορά) και υπολογίζεται με τη βοήθεια του αθροίσματος των τετραγώνων των διαφορών των μέσων τιμών των ομάδων από τη συνολική δειγματική μέση τιμή. Η άλλη βασίζεται στη μεταβολή στο εσωτερικό των ομάδων (ενδοομαδική διασπορά) και υπολογίζεται με τη βοήθεια του αθροίσματος των τετραγώνων των διαφορών των τιμών των ατόμων της κάθε ομάδας από τη μέση τιμή της ομάδας. Η πρώτη συνήθως συμβολίζεται S_B (Between groups) και η δεύτερη S_w (Within groups). Η στατιστική σημαντικότητα του πηλίκου των δύο αυτών εκτιμήσεων της διασποράς ελέγχεται με βάση την κατανομή F του Fisher, όπου $F = S_B^2 / S_w^2$. Στα στατιστικά προγράμματα η στατιστική σημαντικότητα του F ελέγχεται με τη σύγκριση του παρατηρούμενου επίπεδου σημαντικότητας (sig - παρατηρούμενη πιθανότητα) με το επιθυμητό επίπεδο σημαντικότητας α (συνήθως $\alpha = 0.05$).

Εάν το sig έχει τιμή μικρότερη από 0,05 (δηλαδή η πιθανότητα απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης, ενώ αυτή είναι αληθής, είναι μικρότερη από το 5%), τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση περί ισότητας των μέσων όρων και επομένως αποδεχόμεθα την εναλλακτική, σύμφωνα με την οποία τουλάχιστον δύο πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους. Εάν θέλουμε να εξετάσουμε ποιές ακριβώς είναι οι μέσες τιμές που διαφέρουν, γεγονός που δεν εξασφαλίζεται από τον έλεγχο του F , χρησιμοποιούμε τις δοκιμασίες πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με τις οποίες συγκρίνονται μεταξύ τους ανά δύο όλες οι μέσες τιμές.

Τέλος, εάν το sig έχει τιμή μεγαλύτερη από το 0,05, τότε δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση περί ισότητας των μέσων όρων. Ο αντίστοιχος έλεγχος θα διατυπωθεί ως εξής:

Μηδενική υπόθεση: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots$ (εάν $\text{sig} > 0.05$)

Εναλλακτική υπόθεση: Τουλάχιστον δύο μέσες τιμές διαφέρουν μεταξύ τους (εάν $\text{sig} < 0.05$)

Η ισότητα της διασποράς ελέγχεται με το test Levene στο οποίο μηδενική υπόθεση είναι $\sigma^2_1 = \sigma^2_2 = \sigma^2_3 = \dots$ και εναλλακτική είναι αν τουλάχιστον δύο διασπορές διαφέρουν μεταξύ τους. Προφανώς για να ισχύει η ισότητα των διασπορών, θα



πρέπει να μην απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, επομένως το αντίστοιχο sig πρέπει να είναι >0.05 .

3. T-Test για Ανεξάρτητα Δείγματα

Η διαδικασία αυτή είναι μια ειδική περίπτωση της ONE WAY ANOVA, διότι αφορά στη σύγκριση MONO δύο μέσων όρων. Το κριτήριο ελέγχου είναι το t και ο έλεγχος του στατιστικού κριτηρίου t χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί η επίδραση μιας κατηγορικής ανεξάρτητης μεταβλητής (με δύο μόνο κατηγορίες) σε μια ποσοτική.

Ο αντίστοιχος έλεγχος θα διατυπωθεί ως εξής:

Μηδενική υπόθεση: $\mu_1 = \mu_2$ (εάν $\text{sig} > 0.05$)

Εναλλακτική υπόθεση: $\mu_1 \neq \mu_2$ (εάν $\text{sig} < 0.05$)

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της μεθόδου αυτής είναι οι ίδιες που ισχύουν και στην ανάλυση διακύμανσης, δηλαδή η κανονικότητα και η ισότητα διασποράς των πληθυσμών.

Η ισότητα της διασποράς ελέγχεται με το test Levene, στο οποίο μηδενική υπόθεση είναι $\sigma^2_1 = \sigma^2_2$ και εναλλακτική είναι ότι $\sigma^2_1 \neq \sigma^2_2$. Προφανώς για να ισχύει η ισότητα των διασπορών θα πρέπει να μην απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, επομένως το αντίστοιχο sig πρέπει να είναι >0.05 .

Έλεγχος Ανεξαρτησίας

Ο έλεγχος του κατά πόσο δύο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες (μηδενική υπόθεση) ή εξαρτημένες (εναλλακτική υπόθεση) παρουσιάζουν, δηλαδή, συνάφεια μεταξύ τους, γίνεται με το κριτήριο του X^2 . Ο υπολογισμός του κριτηρίου αυτού επιτυγχάνεται με τη βοήθεια του πίνακα διασταύρωσης των συχνοτήτων των δύο μεταβλητών. Ο αντίστοιχος έλεγχος θα διατυπωθεί ως εξής:

Μηδενική υπόθεση: οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες (αν $\text{sig} > 0.05$)

Εναλλακτική υπόθεση: υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών (εάν $\text{sig} < 0.05$).



2. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Γενικές παρατηρήσεις

Τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν από τη σύγκριση της ομάδας έρευνας με την ομάδα ελέγχου με βάση τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια και την αξιολόγησή τους. Η αξιολόγηση απέβλεπε στον εντοπισμό στοιχείων στατιστικής σημασίας σχετικά με τα κριτήρια κλιμακώσεως του Ε.Ε. στους γονείς των νοσούντων οικογενειών σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ευρήματα της ομάδας ελέγχου.

Εννοείται πως δεν υπήρξε απόλυτη αντιστοιχία ανάμεσα στις αρχικές υποθέσεις εργασίας και τα αποτελέσματα της έρευνας. Σε άλλες περιπτώσεις δεν υπήρξε συσχέτιση, σε άλλες τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις αρχικές υποθέσεις και σε άλλες προέκυψε απόκλιση από αυτές. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις τα αποτελέσματα υπερακόντισαν σε εκπληκτικό βαθμό τις αρχικές υποθέσεις.

2.2. Ευρήματα έρευνας ομάδας επιληψίας

Περιγραφή της ομάδας των παιδιών με επιληψία

- Φύλο: Αρσενικά - 17
Θηλυκά - 17
- Τα παιδιά αυτά ζούσαν 27 στο νομό Αττικής και 7 στην επαρχία.
- Εξετάστηκαν 34 παιδιά ηλικίας 5-15 ετών, τα οποία παρουσίασαν επιληπτική κρίση του τύπου των Αφαιρέσεων ή Γενικευμένων/Εστιακών Τονικοκλονικών Σπασμών.
- Από αυτά 16 έκαναν αφαιρέσεις και 18 γενικευμένους/εστιακούς τονικοκλονικούς σπασμούς
- Νοσηλεύτηκαν και τα 34 από 1-4 ημέρες στην Νευρολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Αγία Σοφία» και έκτοτε παρακολουθήθηκαν ανά τακτά διαστήματα (follow-up) στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής.
- Από τα 34 δεν πήραν αγωγή μόνο τα 2.
- Από το K-SADS που δόθηκε μέσα στον α΄ μήνα από την πρώτη κρίση φάνηκε να παρουσιάζουν στοιχεία ψυχοπαθολογίας 13 περιστατικά (βλ. πίνακας σελ.90).



- Follow-up: στη διάρκεια 9-12 μηνών άλλα από τα 34 παιδιά επανεξετάστηκαν με συνέντευξη και άλλα ανταποκρίθηκαν με τηλεφωνική επικοινωνία. Παρά τη συνεχιζόμενη φαρμακευτική αγωγή στα περισσότερα είχαν υποτροπιάσει 16 περιστατικά. Όσον αφορά την ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας στη Β' εκτίμηση, παρουσίασαν στοιχεία ψυχοπαθολογίας 18 περιστατικά. (βλ. πίνακας σελ. 90)

Δημογραφικά στοιχεία

Εξετάστηκαν 34 παιδιά ηλικίας 5-15 ετών

- **Διαμονή:** Επαρχία 7 (Κάρπαθος, Λέρος, Κως, Μυτιλήνη, Ηράκλειο, Βαθύ Χαλκίδας, Στυλίδα)
Αθήνα 27
- **Αδέλφια:** 8 μοναχοπαίδια
στις υπόλοιπες οικογένειες > πάνω από 2 παιδιά
- **Οικονομική κατάσταση:** καλή 26
μέτρια 8
- **Μορφωτικό επίπεδο:** Δημοτικό 2
Γυμνάσιο 8
Λύκειο 17
Ανώτερη 0
Ανώτατη 7
- **Παράγοντες κινδύνου**

❖ Μητέρα επιβαρυνμένη, όπως προκύπτει εμφανώς από τη συνέντευξη και τη σχέση με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	5
❖ Διαζύγιο πρόσφατο	4
❖ Θάνατος πατέρα	2
❖ Απουσία πατέρα	2
❖ Δεύτερος γάμος	2
❖ Πατέρας τιμωρητικός	1
❖ Κακή οικονομική κατάσταση	1

Σημαντικό ποσοστό απουσίας ή ελλιπούς παρουσίας του πατέρα σε 11 περιστατικά.

Ποσοστό διαζυγίων 11,8% (στη βιβλιογραφία το ποσοστό ανά έτος είναι 5%)

- **Προστατευτικοί παράγοντες**
Δεν ελέγχονται.

Παρατήρηση: Φαίνεται ότι η ομάδα Ε παρουσιάζει πλέον επιβαρυνμένη εικόνα όσον αφορά στην προσωπικότητα των γονιών, στον αριθμό των παιδιών, στο οικονομικό εισόδημα της οικογένειας και στα τραυματικά γεγονότα.



2.3. Περιγραφή ομάδας ελέγχου

Δημογραφικά Στοιχεία

Εξετάστηκαν 43 παιδιά ηλικίας 5-15 ετών.

- **Φύλο**

Αγόρια	25
Κορίτσια	18
- **Τόπος διαμονής**

Αττική	39
Επαρχία	4
- **Αδέλφια**

Μοναχοπαίδια	17
Υπόλοιπες οικογένειες έως 2 παιδιά	
- **Μορφωτικό επίπεδο:**

Δημοτικό	0
Γυμνάσιο	8
Λύκειο	6
Ανώτερη	0
Ανώτατη	29
- **Οικονομική κατάσταση**

Καλή	37
Μέτρια	6
Κακή	0

• Παράγοντες κινδύνου

- ❖ Θάνατος πατέρα 0
- ❖ Απουσία πατέρα 0
- ❖ Διαζύγιο 2
- ❖ Προβλήματα μητέρας 3

Ποσοστό διαζυγίων 4,6% (στη βιβλιογραφία το ποσοστό ανά έτος είναι 5%)

• Προστατευτικοί Παράγοντες

- ❖ Παρουσία πατέρα
- ❖ Καλύτερη οικογενειακή κατάσταση
- ❖ Καλύτερο οικογενειακό εισόδημα

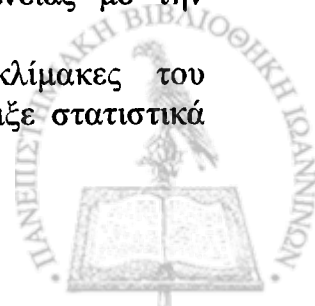
Παρατήρηση: Φαίνεται ότι η ομάδα ελέγχου αποτελείται από οικογένειες περισσότερο δομημένες, με καλύτερη κοινωνική κατάσταση (μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα), καλύτερο οικονομικό εισόδημα, μικρότερος αριθμός παιδιών και λιγότερα τραυματικά γεγονότα.



2.4. Τα αποτελέσματα σύγκρισης

I. Ευρήματα χωρίς συσχέτιση

1. Στην ανάλυση και συσχέτιση των ομάδων «Ε» και ελέγχου των υποκειμένων με το ερωτηματολόγιο FAD, στις υποκλίμακες «επίλυση προβλημάτων», «επικοινωνία», «ρόλοι», «απαντητικότητα», «εμπλοκή», «έλεγχος συμπεριφοράς» και «γενική λειτουργικότητα», δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($\text{sig} > 0,05$)
2. Η διασταύρωση των κλιμάκων του KIDCOPE με το ερωτηματολόγιο KSADS, έδειξε ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές ήταν ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπήρχε συσχέτιση
3. Η συσχέτιση του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων (αφαιρέσεις και τονικοκλονικοί) έδειξε ότι δεν διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($\text{sig} > 0,05$) στις μέσες τιμές που οι οικογένειες παρουσίαζαν όσον αφορά τους παράγοντες «επίλυση των προβλημάτων», «επικοινωνία», «ρόλοι», «απαντητικότητα», «εμπλοκή», «έλεγχος συμπεριφοράς» και «γενική λειτουργικότητα».
4. Επίσης η συσχέτιση του δείκτη E.E. με το ερωτηματολόγιο KSADS έδωσε μεταβλητές που αποδείχθηκαν ανεξάρτητες ($\text{sig} > 0,05$)
5. Η διασταύρωση KSADS με το είδος των κρίσεων έδειξε ότι οι δύο μεταβλητές ήταν ανεξάρτητες μεταξύ τους ($\text{sig} > 0,05$)
6. Η διασταύρωση των υποκλιμάκων «γνωστικός ανασχηματισμός», «αυτοκριτική», «κοινωνική παραίτηση», «πρόσπαθεια επίλυσης προβλημάτων», «συναισθηματική ρύθμιση», «διάσπαση προσοχής», «ευσεβείς πόθοι», του ερωτηματολογίου KIDCOPE σε διασταύρωση με τις ομάδες «Ε» και ελέγχου των υποκειμένων, δεν έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\text{sig} > 0,05$) .
7. Η συσχέτιση των ομάδων «Ε» και ελέγχου των υποκειμένων με τον τόπο διαμονής, την οικονομική κατάσταση και το φύλο των παιδιών, δεν έδωσε σημαντικά αποτελέσματα σε κανέναν από τους παραπάνω τομείς.
8. Η διασταύρωση του δείκτη E.E. με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου KIDCOPE «γνωστικός ανασχηματισμός», «ενοχοποίηση άλλων», «παραίτηση», «αυτοκριτική», «επίλυση προβλημάτων», «συναισθηματική ρύθμιση», «διάσπαση», «ευσεβείς πόθοι», και «κοινωνική απόσυρση», δεν έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.
9. Η συσχέτιση της μεταβλητής «φαρμακευτική αγωγή» με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FAD αποδεικνύει ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που συμμορφώνονται με την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή και αυτών που δεν συμμορφώνονται, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους.
10. Η συσχέτιση του ερωτηματολογίου KSADS με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FAD αποδεικνύει ότι δεν διαφαίνεται επίδραση των παραγόντων «εμπλοκή», «επικοινωνία», «ρόλοι», «απαντητικότητα», «έλεγχος», «γενική λειτουργικότητα» των μελών της οικογένειας με την ψυχοπαθολογία του παιδιού.
11. Η συσχέτιση της μεταβλητής «υποτροπή» με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FAD της οικογενειακής λειτουργίας δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές



12. Η συσχέτιση του δείκτη Ε.Ε. με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FAD «λύσεις», «επικοινωνία», «ρόλοι», «εμπλοκή», «έλεγχος», «γενική λειτουργικότητα» δεν έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα παιδιά οικογενειών με υψηλό Ε.Ε. και σε αυτά οικογενειών με χαμηλό Ε.Ε.

Οι πίνακες των ουδέτερων αυτών συσχετίσεων περιλαμβάνονται στις σελίδες του παραρτήματος Π.



II. Στατιστικώς σημαντικά ευρήματα

Κατάλογος των σημαντικών συσχετίσεων Αναλυτικοί πίνακες των σημαντικών συσχετίσεων

1. Συσχέτιση της υποκλίμακας «ρόλοι» του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Ανεξάρτητη δοκιμή δειγμάτων

Δοκιμή Levene για την ισότητα των διαφορών		t-δοκιμή για την ισότητα των μέσων								
		Φ	SIG.	T	Df	SIG. (2- παρακο- λουθημ- ένος)	Σημά- νετε ότι διαφέ- ρετε	Το λάθος προτύ- πων διαφέ- ρει	Διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς	
									Χαμηλότε- ρος	Ανώτε- ρος
Ρόλοι	Ίσες διαφορές υποτιθέμενες	9.018	.004	3.056	69	.003	3.64	1.192	1.265	6.021
	Ίσες διαφορές υποτιθέμενες			2.829	43.81	.007	3.64	1.288	1.047	6.239

Καταδεικνύονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, τα υποκείμενα της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν χαμηλότερο σκορ στην υποκλίμακα αυτή, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι στις οικογένειές τους οι ρόλοι είναι καλύτερα δομημένοι. (Sig<0,05).



2. Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική υποστήριξη» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

		Ομάδα		Σύνολο		
		Πειραματική	Ελέγχου			
Κοινωνική υποστήριξη	Λίγο	Μέτρηση	2	8	10	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	4,2	5,8	10,0	
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	20,0%	80,0%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	21,6%	15,6%	
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	12,5%	15,6%	
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,5	1,5		
		Πολλά	Μέτρηση	21	18	39
		Αναμενόμενη Μέτρηση	16,5	22,5	39,0	
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	53,8%	46,2%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	77,8%	48,6%	60,9%	
	Ποσοστό επί του συνόλου	32,8%	28,1%	60,9%		
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	2,4	-2,4			
	NA	Μέτρηση	4	11	15	
	Αναμενόμενη Μέτρηση	6,3	8,7	15,0		
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	26,7%	73,3%	100,0%		
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	14,8%	29,7%	23,4%		
	Ποσοστό επί του συνόλου	6,3%	17,2%	23,4%		
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,4	1,4			
	Σύνολο	Μέτρηση	27	37	64	
	Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	37,0	64,0		
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	42,2%	57,8%	100,0%		
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%		
	Ποσοστό επί του συνόλου	42,2%	57,8%	100,0%		

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,673	2	,059
Likelihood Ratio	5,914	2	,052
Linear-by-Linear Association	1,860	1	,173
N of Valid Cases	64		

Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($Sig > 0,05$), αλλά παρατηρείται η τάση τα υποκείμενα της πειραματικής ομάδας Ε να χρησιμοποιούν με καλύτερα αποτελέσματα την πρακτική της στήριξης από τους άλλους ως τρόπο επίλυσης των προβλημάτων τους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($Adj\ res\ 2.4$).



3. Διασταύρωση της υποκλίμακας «ενοχοποίηση άλλων» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

			ομάδα		Συνόλο
			Πειραματική	ελέγχου	
Ενοχοποίηση Άλλων	Καθόλου	Μέτρηση	4	11	15
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,2	8,8	15,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	26,7%	73,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή ομάδα	14,8%	28,9%	23,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	6,2%	16,9%	23,1%
Λίγα	Μέτρηση	Μέτρηση	2	5	7
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,9	4,1	7,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	28,6%	71,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	13,2%	10,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	7,7%	10,8%
Πολύ	Μέτρηση	Μέτρηση	1	7	8
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,3	4,7	8,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	12,5%	87,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,7%	18,4%	12,3%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	10,8%	12,3%
NA	Μέτρηση	Μέτρηση	20	15	35
		Αναμενόμενη Μέτρηση	14,5	20,5	35,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	57,1%	42,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	74,1%	39,5%	53,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	30,8%	23,1%	53,8%
Σύνολο	Μέτρηση	Μέτρηση	27	38	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	38,0	65,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	41,5%	58,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	41,5%	58,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,138	3	,043
Likelihood Ratio	8,633	3	,035
Linear-by-Linear Association	7,448	1	,006
N of Valid Cases	65		

Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά (Sig = 0,043) και καταδεικνύουν ότι περισσότερα άτομα της πειραματικής ομάδας εμπίπτουν στην κατηγορία NA (μη εφαρμόσιμο) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Αυτό σημαίνει ότι λιγότερα άτομα της πειραματικής ομάδας εφαρμόζουν την πρακτική της ενοχοποίησης άλλων ως τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων τους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

4. Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική απόσυρση» (SOCWITHB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

SOCWITHB Πίνακας διπλής εισόδου

Ομάδα	Πειραματική	Μέτρηση	Κοινωνική απόσυρση				Σύνολο
			Καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2	2	13	10	27
		Μέτρηση	4,2	4,2	7,5	11,2	27,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	7,4%	48,1%	37,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	20,0%	20,0%	72,2%	37,0%	41,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	3,1%	20,0%	15,4%	41,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,5	-1,5	3,1	-6	
	Ελέγχου	Μέτρηση	8	8	5	17	38
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,8	5,8	10,5	15,8	38,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	21,1%	21,1%	13,2%	44,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	80,0%	80,0%	27,8%	63,0%	58,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,3%	12,3%	7,7%	26,2%	58,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,5	1,5	-3,1	,6	
Σύνολο		Μέτρηση	10	10	18	27	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	10,0	10,0	18,0	27,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	15,4%	15,4%	27,7%	41,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,4%	15,4%	27,7%	41,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,025	3	,012
Likelihood Ratio	11,358	3	,010
Linear-by-Linear Association	,333	1	,564
N of Valid Cases	65		

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Περισσότερα υποκείμενα που ανήκουν στην πειραματική ομάδα συγκριτικά με τα υποκείμενα στην ομάδα ελέγχου ασκούν την πρακτική αυτή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με περισσότερη επάρκεια (Sig <0,05, Adj resid. 3,1, -3,1) από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

5. Συσχέτιση της μεταβλητής ομάδας (πειραματικής Ε και ελέγχου) με το μορφωτικό επίπεδο των γονιών (EDUC).

			Ομάδα		Σύνολο	
			πειραματική	ομάδα ελέγχου		
Εκπαίδευση	Δημοτικό	Μέτρηση	1	0	1	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,5	,5	1,0	
		Ποσοστό επί του EDUC	100,0%	,0%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,1%	,0%	1,7%	
	Γυμνάσιο	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,9	-,9		
		Μέτρηση	6	1	7	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,7	3,3	7,0	
		Ποσοστό επί του EDUC	85,7%	14,3%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	18,8%	3,6%	11,7%	
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,8	-1,8		
		Λυκείο	Μέτρηση	6	5	11
			Αναμενόμενη Μέτρηση	5,9	5,1	11,0
Ποσοστό επί του EDUC	54,5%		45,5%	100,0%		
Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	18,8%		17,9%	18,3%		
	Ανώτερη	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,1	-,1		
		Μέτρηση	0	5	5	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,7	2,3	5,0	
		Ποσοστό επί του EDUC	,0%	100,0%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	,0%	17,9%	8,3%	
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-2,5	2,5		
		Ανώτατη	Μέτρηση	19	17	36
			Αναμενόμενη Μέτρηση	19,2	16,8	36,0
Ποσοστό επί του EDUC	52,8%		47,2%	100,0%		
Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	59,4%		60,7%	60,0%		
Σύνολο		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,1	,1		
		Μέτρηση	32	28	60	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	32,0	28,0	60,0	
		Ποσοστό επί του EDUC	53,3%	46,7%	100,0%	
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%	



Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,549	4	,049
Likelihood Ratio	12,216	4	,016
Linear-by-Linear Association	1,871	1	,171
N of Valid Cases	60		

Αποδεικνύεται ότι πολύ λιγότεροι γονείς παιδιών που ανήκουν στην πειραματική ομάδα έχουν ανώτερη εκπαίδευση συγκριτικά με τους γονείς παιδιών που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου (adj resid. -2,5, 2,5, sig<0,05).



6. Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική υποστήριξη» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

ee * πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους, Πίνακας διπλής εισόδου

		Πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους			Σύνολο	
		Λίγο	Πολύ	NA		
Εε	hi	Μέτρηση	5	7	4	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,4	10,3	3,3	16,0
		Ποσοστό επί του ee	31,3%	43,8%	25,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	62,5%	20,6%	36,4%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,4%	13,2%	7,5%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	2,2	-2,0	,5	
	low	Μέτρηση	3	27	7	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,6	23,7	7,7	37,0
		Ποσοστό επί του ee	8,1%	73,0%	18,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	37,5%	79,4%	63,6%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	5,7%	50,9%	13,2%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-2,2	2,0	-,5	
Σύνολο		Μέτρηση	8	34	11	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	8,0	34,0	11,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	15,1%	64,2%	20,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,1%	64,2%	20,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,649	2	,059
Likelihood Ratio	5,340	2	,069
Linear-by-Linear Association	,227	1	,634
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση. Διαφαίνεται όμως μία τάση, να είναι περισσότεροι εκείνοι που περνώντας τον χρόνο τους με τους άλλους, σε οικογένειες με υψηλό δείκτη E.E., είχαν μικρή αποτελεσματικότητα στη χρησιμοποίηση του μηχανισμού αυτού, συγκριτικά με εκείνους που είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό τον ίδιο δείκτη.



7. Συσχέτιση της υποκλίμακας «Ρόλου» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή».

ANOVA
FAD Ρόλοι

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	254,294	3	84,765	3,432	,022
Within Groups	1655,00	67	24,702		
Σύνολο	1909,29	70			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: FAD Ρόλοι

Bonferroni

(I) αν παίρνει το παιδί φαρμακευτική αγωγή	(J) αν παίρνει το παιδί φαρμακευτική αγωγή	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ναι	Όχι	-3,28	2,09	,731	-8,98	2,41
	μη συμμορφώσιμο	,16	2,73	1,000	-7,59	7,28
	NA	2,44	1,38	,494	-1,32	6,21
Όχι	Ναι	3,28	2,09	,731	-2,41	8,98
	μη συμμορφώσιμο	3,13	3,04	1,000	-5,15	11,40
	NA	5,73	1,92	,024	2,49	10,96
μη συμμορφώσιμο	Ναι	,16	2,73	1,000	-7,28	7,59
	Όχι	-3,13	3,04	1,000	-11,40	5,15
	NA	2,60	2,61	1,000	-4,49	9,69
NA	Ναι	2,44	1,38	,494	-6,21	1,32
	Όχι	-5,73	1,92	,024	-10,96	-,49
	μη συμμορφώσιμο	-2,60	2,61	1,000	-9,69	4,49

Η κύρια διαφορά είναι σημαντική σε επίπεδο στατιστικής εμπιστοσύνης 0,05.

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD. Πιο συγκεκριμένα, οι τιμές των οικογενειών των υποκειμένων που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τις τιμές των οικογενειών των υποκειμένων που έπαιρναν και δεν παίρνουν φαρμακευτική αγωγή. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των λοιπών ομάδων ($F(3,67)=3,432$, ($sig<0,05$).



8. Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Συναισθηματική Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
απαντητικότητα	Equal variances assumed	,073	,788	-,2007	55	,050	-2,47	1,23	-4,93	-3,74E-03
	Equal variances not assumed			-,1922	29,9	,064	-2,47	1,28	-5,09	,16

Τα παιδιά που ανήκουν σε οικογένειες με χαμηλές τιμές στον δείκτη Ε.Ε. έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα παιδιά οικογενειών με υψηλό δείκτη Ε.Ε.. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η απαντητικότητα των γονιών με υψηλό Ε.Ε. στα παιδιά τους είναι μικρότερη συγκριτικά με τα παιδιά οικογενειών με χαμηλό Ε.Ε. ($t(55,29,9) = -2,007$, $sig = 0,05$).



9. Συσχέτιση του παράγοντα υποτροπή με τον αριθμό παιδιών

Variables Entered/Removed

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	αριθμός παιδιών στην οικογένεια		Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,261	,068	,052	46,91

a Predictors: (Constant), αριθμός παιδιών στην οικογένεια

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9142,980	1	9142,980	4,155	,046
	Residual	125433,528	57	2200,588		
	Σύνολο	134576,508	58			

a Predictors: (Constant), αριθμός παιδιών στην οικογένεια

b Dependent Variable: RELAPSE

Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Beta		
1	(Constant)	11,407		,698	,488
	αριθμός παιδιών στην οικογένεια	17,699	,261	2,038	,046

a Dependent Variable: RELAPSE

Στη συσχέτιση του αριθμού των παιδιών με την υποτροπή βρέθηκε ότι ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, τόσο αυξάνεται και η τάση για υποτροπή του παιδιού με Επιληψία.



10. Συσχέτιση του παράγοντα υποτροπή με τη μεταβλητή «Ενοχοποίηση άλλου» του ερωτηματολογίου KIDCOPE

Variables Entered/Removed

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	WISHTHIB, PROSOLB, DISTRACB, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITHB, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος, EMOTREGB, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους		Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,378	,143	-,029	48,61

a Predictors: (Constant), WISHTHIB, PROSOLB, DISTRACB, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITHB, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος, EMOTREGB, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους.

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19663,588	10	1966,359	,832	,600
	Residual	118134,969	50	2362,699		
	Σύνολο	137798,557	60			

a Predictors: (Constant), WISHTHIB, PROSOLB, DISTRACB, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITHB, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος, EMOTREGB, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους

b Dependent Variable: RELAPSE



Coefficients

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error			
1	(Constant)	76.220	20.301		3,754	,000
	πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	-8,014E-02	,153	-,082	-,525	,602
	πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	4,852E-02	,149	,045	,326	,746
	πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	-,320	,140	-,330	-2,287	,026
	πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	,159	,191	,140	,831	,410
	πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	-8,934E-02	,140	-,091	-,638	,526
	DISTRACB	1,755E-02	,184	,014	,095	,924
	SOCWITHB	4,686E-02	,135	,048	,348	,729
	PROSOLB	1,410E-02	,165	,012	,086	,932
	EMOTREGB	-,156	,235	-,096	-,666	,509
	WISHTHIB	-2,784E-02	,268	-,014	-,104	,918

a Dependent Variable: RELAPSE

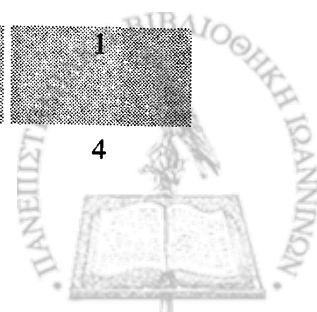
Η μεταβλητή του ερωτηματολογίου KIDCOPE «πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για τη δημιουργία του προβλήματος», δείχνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα συγκρινόμενο με τη μεταβλητή «υποτροπή». Αποδεικνύεται ότι μικρή επάρκεια του μηχανισμού αυτού δημιουργεί αυξημένη τάση για υποτροπή. Το εύρημα αυτό ήταν μη αναμενόμενο.



III. Ευρήματα της ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης για παιδιά Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)

Οι αποκλίσεις συμπεριφοράς με βάση τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης για γονείς και δασκάλους δεν αντανakλούν απαραίτητα ψυχιατρικές διαταραχές των παιδιών. Η παρουσία απόκλισης συμπεριφοράς ως μοναδικό στοιχείο δεν είναι αρκετή για ψυχιατρική διάγνωση. Διάφοροι παράγοντες χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη όπως π.χ. εάν η συμπεριφορά ταιριάζει στην ηλικία και κυρίως στο εξελικτικό στάδιο του παιδιού, εάν επιμένει η συμπεριφορά, η έκτασή της και εάν σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα και μη καλή ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιείται ένα διαγνωστικό ερευνητικό εργαλείο που να περιλαμβάνει συνέντευξη με τους γονείς αλλά και ψυχιατρική συνέντευξη με το παιδί. Οι διαγνώσεις τέθηκαν με το Αμερικάνικο Σύστημα Ταξινόμησης DSM-IV-TM¹⁶⁷ και παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα.

	A εκτίμηση		B εκτίμηση
Διάγνωση (DSM-IV-TM)	Παιδιά Με Επιληψία (N=34)	Ομάδα Ελέγχου (N=43)	Παιδιά με επιληψία N=34
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού 309.21	3	3	3
Αντιδραστική διαταραχή της προσκόλλησης στην βρεφονηπιακή ηλικία 313.89			
Ειδική φοβία 300.29	2		2
Δυσθυμική Διαταραχή 300.4	3	1	3
Διαταραχή Διαγωγής 312.8		2	2
Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας 314.9		3	
Διαταραχές απέκκρισης 787.6 και 307.6	2		1
Διαταραχή της Προσαρμογής 309	1		1
Διαταραχές της Επικοινωνίας: Τραυλισμός 307.0	1		1
Διαταραχές διατροφής	1	2	1
Μαθησιακές δυσκολίες			4



IV. Ευρήματα σχετικά με την υποτροπή

A. Συσχέτιση του παράγοντα υποτροπή με τον αριθμό παιδιών

Στη συσχέτιση του αριθμού των παιδιών με την υποτροπή βρέθηκε ότι ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Πιο συγκεκριμένα όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, τόσο αυξάνεται και η τάση για υποτροπή.

Βλ. Πίνακα σελ. 87

B. Συσχέτιση του παράγοντα «υποτροπή» με τη μεταβλητή «Ενοχοποίηση άλλου» του Ερωτηματολογίου KIDCOPE

Η μεταβλητή του ερωτηματολογίου KIDCOPE «πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για τη δημιουργία του προβλήματος», δείχνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα συγκρινόμενο με τη μεταβλητή «υποτροπή». Αποδεικνύεται ότι μικρή επάρκεια του μηχανισμού αυτού δημιουργεί αυξημένη τάση για υποτροπή. Το εύρημα αυτό ήταν μη αναμενόμενο.

Βλ. πίνακα σελ. 88



IV. Ευρήματα που αφορούν την ομάδα ελέγχου.

Πίνακας

	A εκτίμηση		B εκτίμηση
Διάγνωση (DSM-IV-TR)	Παιδιά Με Επιληψία (N=34)	Ομάδα Ελέγχου (N=43)	Παιδιά με επιληψία N=34
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού 309.21	3	3	3
Αντιδραστική διαταραχή της προσκόλλησης στην βρεφονηπιακή ηλικία 313.89			
Ειδική φοβία 300.29	2		2
Δυσθυμική Διαταραχή 300.4	3	1	3
Διαταραχή Διαγωγής 312.8		2	2
Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας 314.9		3	
Διαταραχές απέκκρισης 787.6 και 307.6	2		1
Διαταραχή της Προσαρμογής 309	1		1
Διαταραχές της Επικοινωνίας: Τραυλισμός 307.0	1		1
Διαταραχές διατροφής	1	2	1
Μαθησιακές δυσκολίες			4

Παρατήρηση: Φαίνεται ότι η ομάδα ελέγχου αποτελείται από οικογένειες περισσότερο δομημένες, με καλύτερη κοινωνική κατάσταση (μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα), καλύτερο οικονομικό εισόδημα, μικρότερος αριθμός παιδιών και λιγότερα τραυματικά γεγονότα.



3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

3.1 Αξιολόγηση των ευρημάτων με αφετηρία τις βασικές υποθέσεις εργασίας

3.2 Συμπληρωματικά ευρήματα

A. Η υποτροπή και ο αριθμός των παιδιών

B. Ψυχοπαθολογικά ευρήματα στην ομάδα ελέγχου

Γ. Πρόσθετοι παράγοντες προστασίας και κινδύνου

3.3 Ευρήματα εκτός υποθέσεων



3.1. Αξιολόγηση των ευρημάτων με αφετηρία τις βασικές υποθέσεις εργασίας

Α/ Σχετικά με την πρώτη υπόθεση εργασίας της μελέτης αυτής, ότι εο Ε.Ε. των οικογενειών παιδιών με 'Ε' αποτελεί ένα δείκτη που σχετίζεται με την πορεία της νόσου, η αρχική εντύπωση ήταν ότι οι οικογένειες με παιδιά που εμφανίζουν κρίσεις επιληψίας και ειδικότερα τονικοκλονικούς σπασμούς, λόγω της εντονότερης εικόνας τους, θα παρουσίαζαν ως προς τη μελέτη του Ε.Ε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Απομαγνητοφωνώντας τις συνεντεύξεις η αρχική υπόθεση δεν φάνηκε να επιβεβαιώνεται στοιχείο που ενδεχομένως συνδέεται με το μικρό αριθμό υποκειμένων, παρότι υπάρχουν αρκετές συναφείς μελέτες ¹⁶⁸ για το θέμα, δεν υπάρχουν σαφείς συνδέσεις με την ψυχιατρική συνοσηρότητα. Σ' ένα μεγάλο μέρος, αυτό σχετίζεται με μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών, που δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Οι ομάδες ασθενών είναι συνήθως μικρές και συνήθως δεν περιλαμβάνουν κατάλληλη ομάδα ελέγχου. Επίσης μόνο λίγες μελέτες χρησιμοποιούν διαγνωστικά εργαλεία βασισμένα στα ειδικά κριτήρια του DSM-IV. Και συχνά δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ των κλινικών διαταραχών του άξονα 1 και της διαταραχής προσωπικότητας του άξονα 2. ¹⁶⁸

Πιο σημαντικές είναι οι διαφορές και στις ομάδες ασθενών αλλά και στα χρησιμοποιούμενα διαγνωστικά εργαλεία. Επιπλέον η ομάδα επιληψίας συνήθως δεν είναι αντιπροσωπευτική του συνολικού πληθυσμού επιληψίας.

Πέραν αυτών οι μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους μελετών – με πιο σημαντικές εκείνες στις ομάδες ασθενών και στα χρησιμοποιούμενα διαγνωστικά εργαλεία – δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Ελέγχθηκε μόνο το Ε.Ε. του ενός γονιού, καθώς στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων συνόδευε το παιδί αποκλειστικά η μητέρα (90%), ενώ μόλις στο 10% παρεβρίσκονταν και οι δυο γονείς.

Ιδεολογίες, κοινωνικοί προσδιορισμοί, φυλετικοί και βιολογικοί λόγοι θεωρούν ότι η φροντίδα του παιδιού «ανήκει» στη μητέρα και στην περίπτωση μιας φυσιολογικής οικογένειας, αλλά και στην περίπτωση που το παιδί παρουσιάζει χρόνια νόσο. Οι μητέρες των παιδιών με επιληψία εμφανίζουν μεγαλύτερο



οικογενειακό stress ¹⁶⁹ και ισχυρότερη ανάγκη να προστατεύουν τα παιδιά τους από άλλες μητέρες των παιδιών με χρόνια νοσήματα. ¹⁷⁰ .

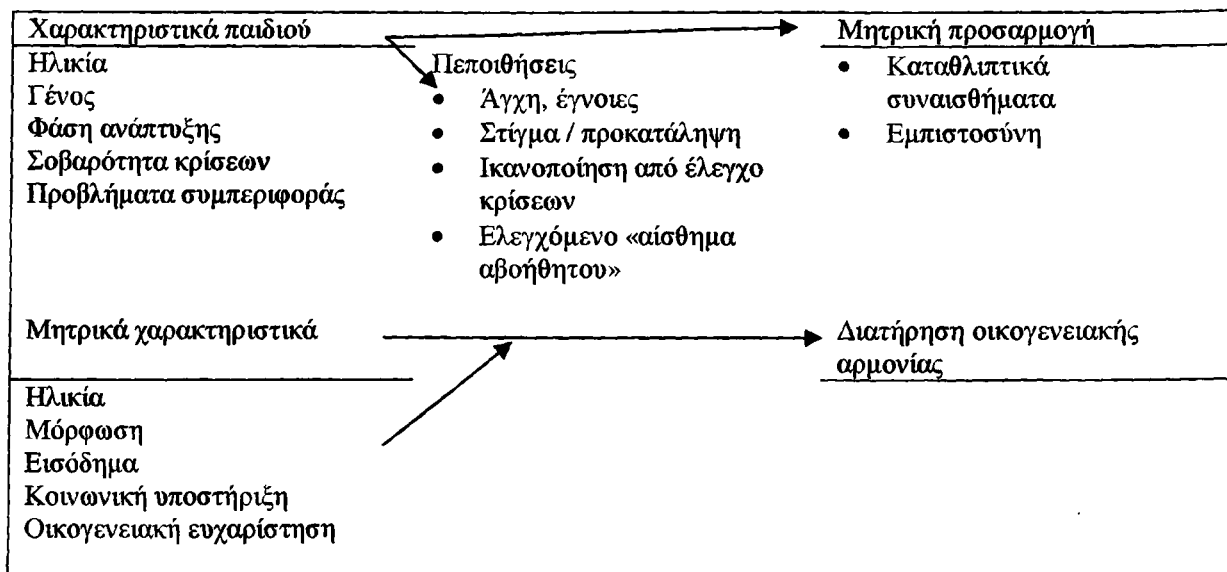
Μελέτες σχετικές με τις αντιδράσεις των γονιών έχουν επισημάνει τη διαφορετική στάση μητέρας και πατέρα. Σε μια μελέτη ¹⁷¹ αντιδράσεων των γονιών απέναντι στην επιληψία του παιδιού τους με συνεχιζόμενες κρίσεις, το 64% εξ αυτών αναφέρθηκε στην αρνητική επίδραση του/της συζύγου στη κατάσταση του παιδιού. Διαπιστώθηκε ότι με μεγαλύτερη ευκολία αναφερόντουσαν σ' αυτό οι πατέρες έναντι των μητέρων. Από την άλλη πλευρά, οι υπόλοιποι πατέρες, πάλι σε αντίθεση με τις μητέρες, περιέγραφαν τις μητέρες να έχουν ιδιαίτερη κατανόηση και διαθεσιμότητα απέναντι στις ανάγκες φροντίδας του παιδιού. Παρά τη φαινομενική αντίφαση των ευρημάτων, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι οι πατέρες θεωρούν ότι οι σύζυγοί τους είναι εκείνες που αντιμετωπίζουν «κατά πρόσωπο» την κατάσταση των παιδιών.

Σε μια άλλη μελέτη γονιών με παιδιά που εμφάνισαν την πρώτη κρίση επιληψίας, ο Shore και οι συνάδελφοι του ¹⁷² σύγκρινε τις αναφορές των δύο φύλων σχετικά με τις ανάγκες για πληροφόρηση και υποστήριξη, όπως επίσης και της έγνοιας τους σχετικά με τις αναφερόμενες κρίσεις. Τους 3 πρώτους μήνες μητέρες και πατέρες φαίνεται πως εξέφραζαν τις ίδιες αγωνίες, στους 6 όμως επόμενους μήνες, οι έγνοιες των μητέρων έμεναν ίδιες ή μεγάλωναν, ενώ των πατέρων ήταν σαφώς μειωμένες. Τα αποτελέσματα αυτά συμπίπτουν με τη μελέτη του Eastman και συνεργατών ¹⁷³ που κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα πως οι μητέρες παρουσίαζαν πιο έντονο και επίμονο άγχος σε σχέση με την κατάσταση του παιδιού τους.

Τα ερωτήματα που τέθηκαν είναι:

1. σε ποιο βαθμό τα χαρακτηριστικά του παιδιού και της μητέρας καθώς και οι πεποιθήσεις της επιδρούν στην προσαρμογή της στην επιληψία του παιδιού.
2. σε ποιο βαθμό οι μητρικές πεποιθήσεις διαμεσολαβούν επηρεάζοντας την προσαρμογή της στη νόσο του παιδιού.
3. πώς και σε πιο βαθμό οι μητέρες παιδιών με επιληψία διαπραγματεύονται τις γονεϊκές τους ευθύνες, σε σχέση με τα χαρακτηριστικά του παιδιού και το είδος της κρίσης, με βάση τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους και τις πεποιθήσεις τους για τη νόσο.



Πίνακας : Αλληλεπιδραστικό μοντέλο ^{174,175}

Σχολιασμός πίνακα

Α. Μητρική προσαρμογή: τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη μητέρα είναι σαφής ένδειξη φτωχής προσαρμογής. Σύμφωνα με τον Austin¹⁷⁵ μητέρες παιδιών με επιληψία που προσαρμόζονται ικανοποιητικά, παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στην ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Επίσης οι Knaff και Deatrck¹⁷⁶ πρότειναν ότι η ικανότητα τους να λειτουργήσουν «ως συνήθως» παρά τη χρόνια νόσο είναι ένας ακόμα δείκτης καλής προσαρμογής

Β. Οικογενειακή αρμονία: αποδεικνύεται και από το ότι οι οικογένειες δεν αλλάζουν ρυθμό και συνήθειες ζωής.

Γ. Χαρακτηριστικά παιδιών: ο Austin¹⁷⁷ επισήμανε ότι γονείς κοριτσιών με επιληψία επιδείκνυαν αρνητικότερη στάση απέναντι στα θέματα υγείας των κοριτσιών, απ'ότι οι γονείς των αγοριών.

Δ. Νοημοσύνη: όταν τα επιληπτικά παιδιά παρουσιάζουν και χαμηλή νοημοσύνη, οι μητέρες προσαρμόζονται δυσκολότερα και εμφανίζουν σημαντική απώλεια ελέγχου στη λειτουργία τους ¹⁷¹

Ε. Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά με χρόνια επιληψία αποτελούν σημαντικό προγνωστικό δείκτη για κατάθλιψη στις μητέρες τους ¹⁷⁸



ΣΤ Μητρικά χαρακτηριστικά: ο Judge ¹⁷⁹ βρήκε σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης της μητέρας και της ισορροπίας στις οικογένειες παιδιών με χρόνια νόσο.

Ζ. Οικογενειακό εισόδημα: έλλειψη κατάλληλου εισοδήματος σχετίζεται με φτωχή γονεϊκή προσαρμογή (coping), συνοχή και ευκαμψία. Το χαμηλό εισόδημα συνδυάστηκε ακόμη με την κατάθλιψη της μητέρας.

Η. Κοινωνική υποστήριξη: στις οικογένειες με επιληψία, η κοινωνική υποστήριξη συνδυάστηκε με τη θετική γονεϊκή ανταπόκριση, ενώ χαμηλή κοινωνική φροντίδα σχετίστηκε με σοβαρότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Θ. Μητρικές πεποιθήσεις: επισημαίνονται οι ανησυχίες τους γύρω από το θάνατο, τους όγκους, την καταστροφή του εγκεφάλου, την εξάρτηση από τα φάρμακα την μείωση της νοημοσύνης. ¹⁸⁰. Καθώς οι μητέρες αισθάνονται υπεύθυνες για την υγεία των παιδιών τους, η έλλειψη ελέγχου της νόσου θα μπορούσε να τις οδηγήσει σ' ένα αίσθημα «συνεχούς αβοήθητου», το οποίο, όμως δεν επιβεβαιώνεται στις μητέρες παιδιών με χρόνια επιληψία, χαρακτηρίζει όμως τις αντίστοιχες ενήλικων επιληπτικών ατόμων ¹⁸¹.

Ι. Στίγμα: επισημαίνεται η υπερπροσπάθεια των παιδιών ^{170,182} για κοινωνική ένταξη, αν και το στίγμα της νόσου, τελικά, οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση ¹⁸³

Μια περαιτέρω διερεύνηση του θέματος θα απαιτούσε συνεντεύξεις και με τους δύο γονείς, όπως αρχικά είχα αποφασίσει. Αναγκαστικά όμως δεν συνέβη για λόγους πρακτικούς, λόγω δυσκολιών στη δυνατότητα πρόσβασης που είχα για συνέντευξη και με τους δύο γονείς α. εφόσον ο πατέρας ήταν λίγες ώρες στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα «δύσκολος» στην προσέγγιση β.γιατί στα περιστατικά της επαρχίας που αποτελούσαν ένα σημαντικό δείγμα (79% Αθήνα, 21% επαρχία), η μητέρα μόνη της συνόδευε το παιδί. Βέβαια, με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο, μια οικογένεια ορίζεται με υψηλό Ε.Ε. ακόμη και εάν μόνο ένα μέλος της αξιολογηθεί ως τέτοιο.

Ηταν εμφανής η δυσκολία των γονιών σε σχέση με τη μαγνητοφώνηση, η οποία τους διακινούσε συναίσθημα αμηχανία και παρανοειδούς ετοιμότητας σχετικά με το «μέλλον» της κασέτας.



Γονείς παιδιών με ή χωρίς ψυχοπαθολογία, δεν φάνηκε να διαφέρουν ως προς το Ε.Ε.
Η υπόθεσή μου είναι ότι:

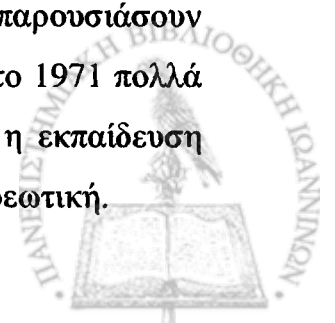
1. ήταν αρκετά ανάστατοι ούτως ή άλλως,
2. είχαν ήδη ευαισθητοποιηθεί από τους ειδικούς-νευρολόγους.

Β/ Σε σχέση με τη δεύτερη υπόθεση εργασίας ότι το κλίμα της οικογένειας και ειδικότερα η λειτουργία και συνοχή των μελών της επηρεάζει την μορφή και την ένταση Ε.Ε, δεν βρέθηκαν διαφορές στη λειτουργικότητα των οικογενειών (ως προς το Ε.Ε.), εκτός της υποκλίμακας «συναισθηματική απαντητικότητα» του FAD.

Γ/ Σχετικά με την τρίτη υπόθεση εργασίας ότι η ψυχοπαθολογία των γονιών ακολουθείται από ψυχοπαθολογία στο παιδί, δεν επιβεβαιώθηκε γιατί δεν είχα τη δυνατότητα να εξετάσω και τους δύο γονείς. Επίσης δεν επιβεβαιώθηκε ότι ψυχοπαθολογία στην οικογένεια ακολουθείται συχνά από εύρεση ψυχοπαθολογίας στο παιδί. (KSADS/FAD).

Δ/ Η υπόθεση ότι τα παιδιά με 'Ε' παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία συγκριτικά με τα παιδιά της Ομάδας Ελέγχου (KSADS/Ομάδες) δεν επιβεβαιώθηκε. Όμως, επιβεβαιώθηκε η άποψη που προκύπτει γενικά από μελέτες για τη συχνότητα της ψυχικής διαταραχής στα παιδιά με χρόνια νόσημα, τα οποία ενέχουν τον κίνδυνο να παρουσιάσουν σύνθετα ψυχολογικά, κοινωνικά, νοητικά και εκπαιδευτικά προβλήματα.

Η επιληψία έχει μια αποδεδειγμένα αρνητική επίδραση στην εκπαίδευση¹⁸⁴. Στο Σικάγο (ΗΠΑ) βρέθηκε ότι 16% των παιδιών με επιληψία χρειάζονται ειδική βοήθεια στο σχολείο (Mykjebust, 1977). Σε μια μελέτη στην Αγγλία βρέθηκε ότι μόνο το 1/3 των επιληπτικών παιδιών πήγαινε καλά στο σχολείο (Holdsmith, 1974). Στην Ιταλία 17% των επιληπτικών παιδιών σημείωναν αποτυχία στο σχολείο (Bassaglia, 1976). Παράγοντες που ως τώρα αξιολογούνται αναφορικά με την επίδραση στη μάθηση και στη συμπεριφορά είναι η σοβαρότητα και ο τύπος των σπασμών, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα και το φύλο του παιδιού. Έχει βρεθεί ότι αγόρια με εστιακή επιληψία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν δυσλεκτικού τύπου διαταραχές (Stores 1976). Είναι γνωστό ότι μέχρι το 1971 πολλά από τα επιληπτικά παιδιά παρέμεναν ανεκπαιδευτα, από τότε όμως η εκπαίδευση όλων των παιδιών ακόμη και αυτών με σοβαρές αναπηρίες, έγινε υποχρεωτική.



Από τη μελέτη του Pegini ¹⁸⁵ προκύπτουν υψηλά ποσοστά 80% ψυχιατρικών διαγνώσεων σε ασθενείς με κροταφική επιληψία και 22% σε ασθενείς με νεανική μυοκλονική επιληψία.

Οι νευροψυχίατροι με ειδικό ενδιαφέρον στην επιληψία υποστηρίζουν ότι το υπάρχον σύστημα ταξινόμησης είναι ακατάλληλο για την επιληψία, καθώς, οι μετρήσεις, με βάση τα συνήθη εργαλεία -τα οποία είναι προορισμένα να ανιχνεύουν ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό δεν είναι εξειδικευμένα για τη συγκεκριμένη νόσο-, υποδιαγνώσκουν και υποβαθμίζουν τη σχετική ψυχοπαθολογία.

Συμπτώματα που περιγράφονται στη βιβλιογραφία¹⁶⁸ και χαρακτηρίζουν την επιληπτική προσωπικότητα, περιλαμβάνουν θλίψη, θυμό, επιθετικότητα, ψυχαναγκασμό, ενοχή, παράνοια, υπερθρησκευτικότητα, υπεργραφία, φιλοσοφικές αναζητήσεις, ευφορία, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, παθητικότητα, εξάρτηση, έλλειψη libido, αίσθημα μεγαλείου.

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή συνοδή διαταραχή στην επιληψία σε ποσοστό 6-30%, ίσο με το αντίστοιχο, όπως ανιχνεύεται από τις σχετικές έρευνες, στο γενικό πληθυσμό και με ανάλογα συμπτώματα, όπως ευερεθιστότητα, ευφορική διάθεση, φόβο και άγχος.

Στα παιδιά με επιληψία έχουν μελετηθεί οι παρακάτω ψυχικές διαταραχές, οι οποίες παρατηρούνται στην κροταφική επιληψία¹⁸⁶: ψυχώσεις 10%, διαταραχή προσωπικότητας 12,1%, ευερεθιστότητα 5,4%, νευρώσεις 5,2%, συναισθηματικές καταστάσεις 10%.

Στη μελέτη μου τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που ανιχνεύονται αναλυτικά είναι τα εξής:

ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Πρώτη εκτίμηση	Δεύτερη εκτίμηση
Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού: 8,8%	Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού: 8,8%
Δυσθυμική διαταραχή: 8,8%	Δυσθυμική Διαταραχή: 8,8%
Ειδική φοβία: 5,9%	Ειδική φοβία: 5,9%
Διαταραχή Διαγωγής: 0%	Διαταραχή Διαγωγής: 5,9%
Διαταραχή Απέκκρισης: 5,7%	Διαταραχή Απέκκρισης: 2,9%
Διαταραχή προσαρμογής: 2,9%	Διαταραχή προσαρμογής: 2,9%
Διαταραχή επικοινωνίας: 2,9%	Διαταραχή επικοινωνίας: 2,9%
Διαταραχή διατροφής: 2,9%	Διαταραχή διατροφής: 2,9%
Μαθησιακές δυσκολίες: 0%	Μαθησιακές δυσκολίες: 11,8%



Με βάση τα στοιχεία που αναφέρονται στο M. K. Dulcan και D. R. Martini, Child Adolescent Psychiatry (2^η έκδ., Washington-London, 2005)¹⁸⁷ και σύμφωνα με το ταξινομητικό σύστημα αξιολόγησης DSM-IV τα ποσοστά που ανιχνεύονται στο γενικό πληθυσμό ανά ψυχοπαθολογική κατηγορία είναι:

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού: 3-4%
Δυσθυμική Διαταραχή: 2% στην προεφηβεία , 5% στην εφηβεία
Αγχώδης / Φοβική Διαταραχή: 10% σε παιδιά, 2-3% σε εφήβους
Διαταραχή Προσοχής / Υπερκινητικότητα: 3-5%
Διαταραχή Διαγωγής: 3-10%
Διαταραχή Απέκκρισης: 3% έως 4 ετών, 2% έως 6 ετών 1,6% έως 10-11 ετών
Διαταραχή Προσαρμογής: μετά την απομάκρυνση απ' το στρεσογόνο γεγονός 57% είναι καλά και 23% παρουσιάζουν άλλη ψυχιατρική διάγνωση
Διαταραχή Επικοινωνίας: 1-5%
Μαθησιακές Δυσκολίες: 2-10%

Αποδεικνύεται επομένως ότι τα παιδιά με επιληψία παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση για διαταραχή άγχους αποχωρισμού και δυσθυμική διαταραχή απ' ότι τα παιδιά στο γενικό πληθυσμό. Επίσης παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό μαθησιακών δυσκολιών.

ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ:

Αγχώδης – φοβική διαταραχή : 6,7%

(ποσοστό που συμπίπτει με τα διεθνή δεδομένα 10% σε παιδιά, 2%-3% σε εφήβους).¹⁸⁷

Συναισθηματική διαταραχή 2,3%.

(Ποσοστό που συμπίπτει με τα διεθνή δεδομένα 2% στην προεφηβεία, 5% στην εφηβεία)¹⁸⁷

Διαταραχή διαγωγής: 4,5%

Ποσοστό που συμπίπτει με τα διεθνή δεδομένα 3-10%¹⁸⁷

Αποδεικνύεται επομένως πως τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας της ομάδας ελέγχου ανταποκρίνονται στα ποσοστά ανίχνευσης της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό.



Ε/ Σχετικά με την πέμπτη υπόθεση εργασίας, ότι δηλαδή οι ικανοποιητικές σχέσεις στην οικογένεια επιδρούν θετικότερα στην ενεργοποίηση των μηχανισμών άμυνας – προσαρμογής του, ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και αποφυγής της υποτροπής οι μελέτες στο φυσιολογικό πληθυσμό, στον οποίον έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο FAD δείχνουν ότι ανιχνεύεται 20% ποσοστό ψυχικών προβλημάτων. Όμως, η χρόνια ασθένεια οδηγεί τις οικογένειες να αναπτύξουν αντισταθμιστικούς μηχανισμούς για να προσαρμοστούν.

Στην έρευνά μου αποδεικνύεται ότι το «καλό πλαίσιο» λειτουργικότητας της οικογένειας (χαμηλό σκορ στο FAD) έχει επίδραση στην καλύτερη χρήση των μηχανισμών άμυνας-προσαρμογής και την αποτελεσματικότητά τους (FAD/KIDCOPE).

Όσον αφορά την υποτροπή σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αλλά και κυρίως σύμφωνα με την κλινική εμπειρία, γνωρίζουμε ότι αυτή επηρεάζεται από

- A. τα δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας.
- B. τη λειτουργία της οικογένειας (FAD).
- Γ. τα συναισθήματα και τις στάσεις της οικογένειας (E.E.),
- Δ. τους μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής του παιδιού (KIDCOPE),

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι παιδιά με χρόνια νόσο τα οποία δεν υποτροπιάζουν συχνά είναι αυτά που έχουν:

- 1. καλή ανταπόκριση- προσαρμογή (coping) στη χρόνια νόσο,
- 2. μικρότερη υπερεμπλοκή των γονιών και
- 3. καλή συνεργασία στη θεραπευτική αγωγή.

ΣΤ/ Σχετικά με την έκτη υπόθεση εργασίας, επιβεβαιώθηκε ότι παιδιά με ανθεκτικότητα (resilience) και ικανοποιητική ψυχική λειτουργία ενδέχεται να μην αναπτύξουν ψυχοπαθολογία παρά τη χρόνια νόσο (KIDCOPE/SADS).

Στην έρευνά μου τα παιδιά που απετέλεσαν την ομάδα επιληψίας, όπως αποδείχτηκε από τη χρήση του ερωτηματολογίου KIDCOPE, φαίνεται ότι σε σημαντικό βαθμό πέτυχαν να αναπτύξουν μηχανισμούς προσαρμογής στη νόσο.

Σημαντικός μηχανισμός, ο οποίος ανιχνεύεται είναι η «ενοχοποίηση των άλλων», τα παιδιά δηλαδή δεν ενδοβάλλουν, αλλά μέσω του μηχανισμού της προβολής αποδίδουν τα συναισθήματα και τις ιδέες τους σε κάποιον άλλον, προκειμένου να αποφύγουν να βιώσουν επώδυνες καταστάσεις.



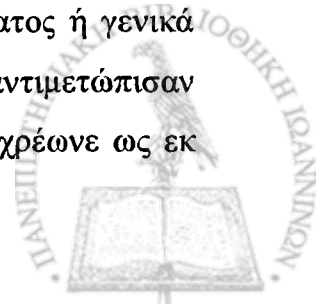
Το παιδί που παρουσιάζει χρόνια νόσο, συχνά ενοχοποιεί τον εαυτό του για αυτό που του συμβαίνει με τη σκέψη : «ήμουν κακό παιδί και τιμωρήθηκα». Μέσω της προβολής της ενοχής του σε κάποιον άλλον, απαλλάσσεται από τις δικές του «κακές σκέψεις», παράγωγα του δικού του ασυνείδητου, αποδίδοντάς τες στους άλλους.

Να διευκρινιστεί ότι ο παράγοντας «ενοχοποίηση άλλου προσώπου» τέθηκε από την ερώτηση και δεν προέρχεται από το παιδί. Δεν αποκλείεται ένα αντίστοιχα ελληνικό ερωτηματολόγιο έρευνας να μην έθετε ευθέως την παράμετρο αυτή στα παιδιά, ειδικότερα των μικρότερων ηλικιών, αλλά θα προσπαθούσε να την ανιχνεύσει από το κοινωνικό της περιβάλλον. Επομένως δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε το επίπεδο ωριμότητας των παιδιών αυτών και συγκεκριμένα, σε τι ποσοστό θεωρεί την εμφάνιση της νόσου και την εξέλιξή της ως μια παθολογική κατάσταση και σε τι ποσοστό τη συνδέει με οποιαδήποτε «κακή» σχέση με πρόσωπο του περιβάλλοντος. Επομένως, η απόδοση της ευθύνης σε άλλο πρόσωπο, ίσως σημαίνει ανίχνευση προϋπάρχουσας κακής σχέσης του παιδιού με το συγκεκριμένο πρόσωπο και αν αυτή η «κακή» σχέση ήταν διαμορφωμένη πριν την ασθένεια, αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του παιδιού, ενδέχεται η «κακή» αυτή σχέση να είναι απόρροια απόρριψης από το συγκεκριμένο «άλλο».

Δεύτερος μηχανισμός φαίνεται να είναι «η κοινωνική υποστήριξη». Τα παιδιά με επιληψία χρησιμοποιούν την πρακτική της στήριξης καλύτερα από άλλους, είτε μέσω της παλινδρόμησης που είναι η ασυνείδητη προσπάθειά τους να αποφύγουν τις εσωτερικές συγκρούσεις είτε μέσω της αναπλήρωσης, η οποία λειτουργεί με σκοπό την μετουσίωση της αδυναμίας τους.

Τρίτος μηχανισμός διαπιστώνεται ότι είναι «η απόσυρση», η μη κοινωνική συμμετοχή. Σε ένα επίπεδο δηλαδή λειτουργούν οι μηχανισμοί της άρνησης ή διάψευσης των δυσάρεστων γεγονότων και συναισθημάτων, της προβολής ή της εκλογίκευσης, και σε ένα άλλο επίπεδο η μόνωση, προκειμένου τα παιδιά να αποφύγουν τη διαδικασία της επεξεργασίας και συνηθητοποίησης.

Η διαφοροποίηση σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, λογικά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου δεν συνειδητοποιούν καθόλου την ύπαρξη κάποιου προβλήματος ή γενικά δεν τους δημιουργείται μια τέτοιου βαθμού ανασφάλεια, εφόσον δεν αντιμετώπισαν μια τέτοια τραυματική εμπειρία κρίσης και νόσου, η οποία θα τα υποχρέωνε ως εκ τούτου να χρησιμοποιήσουν ανάλογους μηχανισμούς άμυνας.



3.2. Συμπληρωματικά ευρήματα

Οι βασικές υποθέσεις εργασίας αφορούσαν ψυχολογικούς δηλαδή ποιοτικούς συσχετισμούς μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων εντάσης του Ε.Ε. των γονέων και της πορείας της επιληψίας στο πάσχον παιδί.

Πέρα όμως από αυτούς τους ποιοτικούς συσχετισμούς με την ομάδα έρευνας προέκυψαν και άλλα ευρήματα, όπως:

- A. Ευρήματα σχετικά με την υποτροπή
- B. ψυχοπαθολογικά ευρήματα στην ομάδα ελέγχου
- Γ. πρόσθετοι παράγοντες προστασίας και κινδύνου

A. Ευρήματα σχετικά με την υποτροπή

Δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι η νόσος επιληψία υποκινεί σε τέτοιο βαθμό τα συναισθήματα των γονιών, ώστε να επηρεάσει τη στάση τους είτε προς την κατεύθυνση της κριτικής και άρνησης είτε προς την κατεύθυνση της υπερεμπλοκής.

1. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, τόσο αυξάνεται και η τάση για υποτροπή. Ο αριθμός των παιδιών συσχετιζόμενος με την «υποτροπή» επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Αύξηση του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια δημιουργεί μεγαλύτερη τάση για υποτροπή. Μια σκέψη που θα μπορούσε κανείς να κάνει αφορά στον τρόπο που τα παιδιά επιτρέπουν με ένα ασυνείδητο τρόπο την εμφάνιση των κρίσεων καθώς παρατηρείται συχνά να χρησιμοποιούν μια νόσο με στόχο τα δευτερογενή οφέλη, όπως μέσω της εστίασης της προσοχής των γονιών. Στις πολυμελείς οικογένειες η προσοχή των γονιών ασφαλώς είναι μοιρασμένη.
2. Μικρή επάρκεια του μηχανισμού «ενοχοποίηση άλλου» του Ερωτηματολογίου KIDCOPE συσχετίζεται με την υποτροπή
3. Η παράμετρος «Ρόλοι» της οικογένειας, FAD, έχει προγνωστική σημασία για την υποτροπή της νόσου.

Το θέμα της υποτροπής αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς της παρούσας έρευνας, το πρόσθετο όμως εύρημα έγκειται στον ποσοτικό συσχετισμό του αριθμού των παιδιών με την εμφάνιση υποτροπής.



B. Ψυχοπαθολογικά ευρήματα στην ομάδα ελέγχου.

Το πλέον εντυπωσιακό και μη αναμενόμενο εύρημα της παρούσας έρευνας εντοπίζεται στην ομάδα ελέγχου και αφορά στις ψυχολογικές διαταραχές του ευρύτερου κοινωνικού περιγυρου.

Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου παρουσίαζαν σημαντικό βαθμό ψυχοπαθολογίας με τα παιδιά της ομάδας έρευνας. Ένας λόγος θα μπορούσε να είναι η προκατάληψη του ελληνικής οικογένειας απέναντι στα ψυχολογικά προβλήματα και κυρίως των παιδιών, τα οποία υποτιμά και απωθεί. Αποτέλεσμα αυτού είναι να λανθάνουν της προσοχής και να μην προσφεύγουν οι οικογένειες στις σχετικές Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες.

Επίσης, μπορούμε να διαγνώσουμε ένα γενικότερο πρόβλημα υφέρπουσας ψυχοπαθολογίας στον ευρύτερο παιδικό πληθυσμό της Ελλάδας ή πιο συγκεκριμένα στην περιοχή Αθήνας – Πειραιά, από την οποία ελήφθη το δείγμα ελέγχου. Αυτό αποδεικνύεται πλέον και επιστημονικά και ειδικά από τον κλάδο της Παιδοψυχιατρικής, η οποία και είναι η πλέον έγκυρη επιστήμη να αποφανθεί για ένα τέτοιο θέμα. Μπορούμε επομένως με κάποια ασφάλεια να συμπεράνουμε ότι οι συνθήκες ζωής στην σύγχρονη Ελληνική πόλη, με τον τρόπο που αυτή έχει οικοδομηθεί και λειτουργεί -καθορίζοντας την ζωή των ανθρώπων ατομικά αλλά και στο οικογενειακό σύστημα-, δεν ευνοεί την ομαλή ψυχική εξέλιξη του παιδιού.

Γ. Πρόσθετοι παράγοντες προστασίας και κινδύνου.

Πέρα από κριτήρια συσχετισμών, τα οποία είχαν τεθεί από την αρχή της έρευνας, στην πορεία της πρόσθεσα και άλλους παράγοντες προστασίας και κινδύνου.

Αυτό προέκυψε σχεδόν αυθόρμητα από την παρατήρηση και τον «μαθημένο» τρόπο σκέψης μου κατά την αξιολόγηση παιδιού και οικογένειας.

Δεν επηρεάστηκαν τα στατιστικά δεδομένα της έρευνας, δεδομένου ότι οι παρατηρήσεις αφορούσαν στη λήψη ιστορικού και την κλινική παρατήρηση και δεν χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα διαγνωστικά εργαλεία.



3.3. Ευρήματα εκτός υποθέσεων

Η παρούσα έρευνα κατέληξε και σε ορισμένα ευρήματα, τα οποία βρίσκονται εκτός του πλαισίου των παραπάνω υποθέσεων εργασίας με την έννοια ότι ούτε τις επιβεβαίωσαν ούτε τις αναίρεσαν, μπορούν, όμως, να αποτελέσουν υλικό για νέους προβληματισμούς.

Αυτά ήταν:

1) Η διαπίστωση ότι στην πρώτη εκτίμηση τα παιδιά της ομάδας ελέγχου διακρίνονταν από σημαντικό βαθμό ψυχοπαθολογίας με τα παιδιά της έρευνας.

Τα λογικά συμπεράσματα στα οποία μας οδηγεί το παραπάνω εύρημα είναι ότι:

α) ενώ η επιληψία είναι ασθένεια που χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης και αυτή μπορεί να γίνει μόνο από τους ειδικούς, αντίθετα τα ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού, ακόμα και αν αυτά εμφανίζουν έντονα συμπτώματα π.χ. ενούρηση, μαθησιακές δυσκολίες, αγχώδεις διαταραχές κ.ά. και ακόμη και αν ξεπερνούν έκδηλα τα όρια της όποιας διαταραχής στη συμπεριφορά του παιδιού, το οικογενειακό περιβάλλον αρνείται να τα συνειδητοποιήσει. Αρνείται, δηλαδή, να συνειδητοποιήσει ότι πρόκειται για συμπτώματα που σχετίζονται με ψυχοπαθολογία, και για τα οποία υπάρχει δυνατότητα ειδικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως έχει αναλυθεί παραπάνω.

β) Επίσης μπορούμε να διαγνώσουμε ένα γενικότερο πρόβλημα υφέρπουσας ψυχοπαθολογίας στον ευρύτερο παιδικό πληθυσμό της Ελλάδας ή πιο συγκεκριμένα στην περιοχή Αθήνας – Πειραιά από την οποία ελήφθη το δείγμα ελέγχου, όπως, ήδη, έχει περιγραφεί.

2) Ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια συσχετιζόμενος με την «υποτροπή», στατιστικά επιδρά με σημαντικό τρόπο, δηλαδή η αύξηση του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια, δημιουργεί μεγαλύτερη τάση υποτροπής (έχει ήδη συζητηθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο).

3) Η πορεία της έρευνας με οδήγησε να συμπεριλάβω, παρά τις αρχικές μου στοχεύσεις, και άλλους παράγοντες όπως εκείνους της προστασίας αλλά και του κινδύνου, καθόσον μάλιστα πολλές επισημάνσεις έχουν διατυπωθεί για το ρόλο αυτών των παραγόντων, ιδιαίτερα των προστατευτικών στην εμφάνιση ή όχι της ψυχικής διαταραχής και στη διαδικασία της ανάπτυξης του ατόμου γενικότερα.



Παράγοντες προστασίας ⁷¹⁻⁷² που έχουν εντοπιστεί, είναι: η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, η ικανότητά του να αντιμετωπίζει το στρες, η αυτοεκτίμηση και η υψηλή νοημοσύνη του, καθώς και η ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων στη ζωή του.

Παράγοντες κινδύνου ⁷¹⁻⁷² θεωρούνται το στρες, τα γεγονότα ζωής, οι τραυματικές εμπειρίες.

3.4. Περιορισμοί

- Μικρός αριθμός υποκειμένων,
- Θα απαιτούσε συνεντεύξεις και με τους δύο γονείς,
- Καλύτερη επιλογή ομάδας ελέγχου
- Πρόβλημα συνεργασιμότητας γονιών
- Αμηχανία και δυσκολίες ως προς την μαγνητοφώνηση
- Προβληματισμός σε σχέση με το E.E.



4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το οικογενειακό περιβάλλον διαμορφώνει ένα ψυχολογικό κλίμα, το οποίο επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εμφάνιση και την εξέλιξη μιας νόσου, καθώς και τη γενική ψυχολογική και ψυχοπαθολογική κατάσταση του ασθενούς παιδιού. Τα συναισθήματα, οι στάσεις και οι συμπεριφορές εκφράζονται μέσω του «εκπεφρασμένου συναισθήματος» (Ε.Ε.) των γονιών.

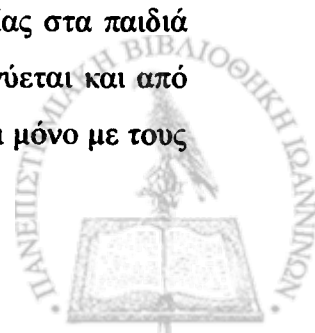
Στην παρούσα έρευνα αναζητώνται οι συσχετισμοί μεταξύ των βαθμίδων ενός κλιμακούμενου Ε.Ε. και των διαφόρων παραμέτρων του με την εξέλιξη της νόσου της επιληψίας στα παιδιά. Επιβεβαιώθηκε από τη στατιστική ανάλυση ότι το «Εκπεφρασμένο Συναίσθημα» των γονιών σε σχέση με τα παιδιά που νοσούν, αντανακλά στη λειτουργία της οικογένειας. Δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι η νόσος επιληψία υποκινεί σε τέτοιο βαθμό τα συναισθήματα των γονιών, ώστε να επηρεάσει τη στάση τους είτε προς την κατεύθυνση της κριτικής και άρνησης είτε προς την κατεύθυνση της υπερεμπλοκής.

Οικογένειες με υψηλό Ε.Ε. δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους.

Αποδεικνύεται επίσης ότι το καλό οικογενειακό πλαίσιο – το οποίο λειτουργεί με αρχές την επικοινωνία, τη συναισθηματική ανταπόκριση, τους δομημένους ρόλους, τον έλεγχο της εμπλοκής και συμπεριφοράς με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων-, επιδρά θετικά στην αποτελεσματική χρήση των μηχανισμών άμυνας-προσαρμογής του παιδιού απέναντι στη χρόνια νόσο.

Τα παιδιά της ομάδας επιληψίας προσαρμόζονται χρησιμοποιώντας μηχανισμούς όπως η ενοχοποίηση των άλλων, η κοινωνική υποστήριξη ή αντίθετα η απόσυρση, σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο μέτρησης KIDCOPE. Αναφορικά με την υποτροπή δεν αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με το Ε.Ε. των γονιών άμεσα, αλλά έμμεσα με τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια, καθώς η υπαρξη περισσότερων αδελφών πιθανόν να συνεπάγεται το διαμοιρασμό της προσοχής των γονιών τους και τη μικρότερη εστίαση στα νοσούντα καθώς επίσης και με τους ρόλους στην οικογένεια.

Αποδείχθηκε ότι ψυχοπαθολογία στην οικογένεια δεν ακολουθείται από ψυχοπαθολογία στα παιδιά. Σε σχέση με την ανεύρεση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά που πάσχουν από επιληψία είναι σαφώς αναμενόμενη όπως αποδεικνύεται και από διεθνείς μελέτες. Το είδος της ψυχοπαθολογίας σχετίζεται, μάλιστα, όχι μόνο με τους



παράγοντες της νόσου αυτής καθ'εαυτής, αλλά και με τους παράγοντες προστασίας ή κινδύνου όπως προκύπτει από το ιστορικό των οικογενειών, οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα μου και σύμφωνα με την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων.

Το μη αναμενόμενο εύρημα εντοπίζεται όχι στην ομάδα έρευνας, αλλά στην ομάδα ελέγχου. Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά της τυχαίας ομάδας ελέγχου παρουσίαζαν μεγάλο σχετικά βαθμό ψυχοπαθολογίας, εύρημα, το οποίο θα μπορούσε να αξιολογηθεί σε επόμενες μελέτες.

Πέρα από τα συγκεκριμένα ερωτήματα, με την έρευνα μου επιχειρώ και την διερεύνηση των στοιχείων εκείνων, τα οποία θα συντελούσαν στην πολύπλευρη αντιμετώπιση των προβλημάτων που γεννά η αμφίδρομη σχέση οικογενειακού περιβάλλοντος- νόσου.

Θεωρητικά η θεραπεία εκλογής, αφού αναγνωρίσουμε έναν συγγενή με υψηλό Ε.Ε., θα συνίστατο στην απομάκρυνση του ασθενή από το συγγενή του για το αναγκαίο διάστημα. Πρόκειται όμως για λύση μη εφικτή όσον αφορά στη σχέση γονιών-παιδιού.

Επομένως, η θεραπεία εκλογής για τους γονείς με υψηλό Ε.Ε. επικεντρώνεται στην ψυχοεκπαίδευση. Αυτή συνίσταται σε:

- α. εκπαίδευση, όχι μόνο για την ασθένεια αλλά επίσης και για τα αποτελέσματα της κριτικής και αρνητικής στάσης σε σχέση με τα παιδιά τους,
- β. ψυχοθεραπευτική βοήθεια με στόχο να κατανοήσουν βαθύτερα κίνητρα και αιτίες που τους ωθούν σε υπερβολικά κριτική στάση ή υπερεμπλοκή, και
- γ. γνωσιακή προσέγγιση με σκοπό να τροποποιήσουν τη στάση και συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί.

Εν κατακλείδι – όπως στοιχειοθετείται από τις στατιστικές επεξεργασίες και τη διαπραγμάτευση τους για το παράδειγμα της επιληψίας-, το Ε.Ε. μπορεί να ιδωθεί ως ενδεικτικό μόνο μέτρο της οικογενειακής ατμόσφαιρας, το οποίο σημειοδοτεί άλλες δυναμικές αλληλεπιδράσεις γονιών-παιδιών. Οι ενδείξεις, όμως, που μας παρέχει, είναι πολύτιμες για την εικόνα της νόσου και κυρίως για την αντιμετώπισή της.



Πρακτικές Εφαρμογές – Προτάσεις

Ευαισθητοποίηση / ενημέρωση παιδονευρολόγων στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες παιδιών με επιληψία και των οικογένειών τους.

Συνεργασία παιδονευρολόγων με ειδικούς ψυχικής υγείας (παιδοψυχιάτρους κλπ) και παραπομπή περιπτώσεων σ' αυτούς (ιδιαίτερα σε μη συμμόρφωση με θεραπεία) για αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η παιδοψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία να γίνεται σε οικογενειακό και ατομικό επίπεδο.

Περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα παιδιών με ψυχολογικά προβλήματα και παιδιών από την κοινότητα.



5. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**«ΤΟ «ΕΚΠΕΦΡΑΣΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ» (EXPRESSED EMOTION)
ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΕΠΙΛΗΨΙΑ,
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ»**

Σκοπός: α) Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη του Ε.Ε. στις οικογένειες των παιδιών που πάσχουν από επιληψία, β) η μελέτη του Ε.Ε., όπως αυτό εκδηλώνεται με τη μορφή «κριτικών σχολίων», «επιθετικότητας» και «συναισθηματικής υπερ-εμπλοκής» σε σχέση με την υποτροπή και την πορεία της νόσου. γ) το κατά πόσον το υψηλό Ε.Ε. ή η ψυχοπαθολογία των γονιών σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά με επιληψία δ) τί είδους αμυντικούς μηχανισμούς-προσαρμογής χρησιμοποιούν τα παιδιά απέναντι στη νόσο.

Μέθοδος : Χρησιμοποιήθηκαν : α) Διαγνωστικά εργαλεία για γονείς, η κλίμακα αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας (FAD) και η μαγνητοφωνημένη συνέντευξη FMSS, β) Διαγνωστικά εργαλεία για παιδιά, η ψυχιατρική συνέντευξη Kiddie Sads-P και το ερωτηματολόγιο KIDCOPE.

Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν τόσο στην ομάδα των 34 επιληπτικών παιδιών όσο και στην ομάδα ελέγχου των 43 παιδιών.

Αποτελέσματα : Το Ε.Ε. μπορεί να ιδωθεί ως ενδεικτικό μόνο μέτρο της οικογενειακής ατμόσφαιρας, το οποίο σημειοδοτεί δυναμικές αλληλεπίδρασεις γονιών-παιδιών.

Συμπέρασμα: Απαιτείται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας παρέμβαση στους γονείς με υψηλό Ε.Ε., με σκοπό την κατανόηση και τροποποίηση της συμπεριφοράς τους.



6. SUMMARY

Expressed Emotion in Families with Epileptic Children

Background: The objectives of this study of children and adolescents with epilepsy were to examine: **a.** if there is a linear causality relationship between the family climate, family E.E. and the development of the individual illness
b. whether the expressed emotion in the form of critical comments, hostility and emotional overinvolvement is related to the relapse of the epilepsy
c. whether high EE is related to psychopathology in epileptic children
d. what kind of coping mechanisms do children with epilepsy use

Methods: The parental EE instrument FMSS, the McMaster family Assessment Device (FAD), the KIDDIE SADS-P, the KIDCODE interview were administered to 34 epileptic children and their parents. The same instruments were utilized with 43 controls and their parents.

Results : Parental EE is not related directly to the relaps of epilepsy . There are other factors related to the illness and psychopathology of the children

Conclusion : Mental health professionals should work with parents of children with epilepsy in an effort to modify their attitudes and emotions.



7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kanter J., Lamb H.R., Loeper C. Expressed Emotion Families: A Critical Review. *Hospital and Community Psychiatry* 38 (4): 374-380,1987.
2. McCarth Carolyn A y and Weisz John R. Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: an examination of the five-minute speech sample. *Journal of child Psychology and Psychiatry*; 43(6):759-768,2002
3. Shackleton, D.P. Kasteleijn-Nolst Trenite et al Living with epilepsy: Long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology, Volume 61 (1):64-70,2003*
4. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. community study. *Epilepsia* 37:148-161,1996
5. Baker GA, Gagnon D, McNulty P. The relationship between seizure frequency, seizure type and quality of life: findings from three European studies. *Epilepsy Res*; 30:231-240,1998
6. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Soc Sci med*; 43:657-666,1992
7. Collings JA. *Epilepsy and well-being. Soc Sci Med* ;31:165-170,1990
8. Spencer SS, Hunt PW. Quality of life in epilepsy. *J Epilepsy* 9:3-13, 1996.
9. Collings JA. International differences in psychosocial well-being: a comparative study of adults with epilepsy in three Μετρησθής. *Seizure*; 3:183-190,1994
10. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia* ;38:353-362,1997
11. Raty I, Hamrin E, Soderfeldt B. Quality of life in newly-debuted epilepsy. An empirical study. *Acts Neurol Scand* 100:221-226, 1999
12. Leff J. & Vaughn C. Expressed emotion in families: Its significant for mental illness. London: *Guilford Press*.1985
13. Πιερ Μορέλ, Ζαν-Πιερ Μπουρζερόν, Ελιζαμπέτ Ρουντινεσκό. Πέρα από το συνειδητό. *Editions Hazan – Hachette Livre, 2000. Εξάντας σελ.54,2004.*



14. Kanter J, Lamb R, Loeper C. Expressed Emotion in families: a critical Review. *Hospital and Community Psychiatry* ;38 (4): 374-380 ,1987
15. Vaughn C, Leff J. The measurement of E.E. in the families of schizophrenic patients (1976 a) *British Journal of Social and Clinical Psychology* 15,157-165, 1976
16. Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno D.J., Miklowitz, J.J., Falloon, I.R.H. A brief method for assessing expressed emotion in relatives or psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17,203-212, 1986
17. Klein, Melanie. Notes on some schizoid mechanisms. *Int. Psycho-Anal*, 27:99-110, 1946
18. Laplanche J, Pontalis J.B. *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης σελ. 324*,
19. Grinberg L. On specific aspects of Μέτρησης-transference due to patient's projective identification. *Int. J. Psycho-Analysis*, 43:436-440, 1962
20. Leff, J.P. Achieving emotional separation between high EE relatives and schizophrenic patients. In: A. Werbart & J. Cullberg, (eds) *Psychotherapy of Schizophrenia; Facilitating Obstructive Factors. Oslo: Scandinavian University Press, 1992, pp.212-224,1992*
21. Valone, K., Goldstein, M. J. & Norton J.P. Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in an adolescent sample at risk for schizophrenia and spectrum disorders. *J. of Abnormal Psychology*, 93 448-457, 1984
22. Tarrier, N. Vaushn, C., Lader, M. et al. Bodily functions to people and events in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 331-315, 1979
23. Hibbs, E.D., Zahn T.P., Hamburger, S.D. et al., (1992) Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in disturbed and normal Children. *British Journal of Psychiatry*. 160,504-510, 1992
24. Kuipers L. E.E.: Measurement, intervention and training issues (256-276). In T.S. Brugha (ed.) *Social Support and Psychiatric Disorder: Research findings and guidelines for clinical practice. London: Cambridge University Press,1995*



25. Mavreas G, Tomaras V, Karydi V, Economou M, Stefanis C. E.E. in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatrie Epidemiology*, 27, 4-9, 1992
26. Kottgen C, Sonninchen I, Mollenhauer K., Jurth R. Group Therapy with the families of schizophrenic patients : results of the Hamburg Camberwell Family Interview Study III. *International Journal Family Psychiatry*, 5, 83-84, 1984
27. Macmillan M., Hornblow A., & Baird A. : From hospital to Community: A follow up of Community placement of the long term mentally ill. *New Zeland Medical Journal*, 105, 348-350, 1992
28. Kanter J., Lamb H.R., Loeper.C.: E.E. in families a critical review. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 374-380, 1987
29. Brown, G, Birley J, Wing J.: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258,1972
30. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J.: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archves of General Psychiatry*, 43, 633-642, 1986
31. Ieff J.: Controversial issues and growing points in research on relatives; expressed emotion. *International Journal of Social Psychiatry*, 35, 133-145, 1989
32. Glynn S.M., Randolph E.T., et al. : Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 877-880, 1990
33. Hooley J.M. : the nature of expressed emotion. In Understanding Major Mental disorders: the contribution of family interaction research. Edited by K. Hahlweg & M.J. Goldstein. New York : Family process press, 1987
34. Α. Ζήση. Συναισθηματική έκφραση των οικογενειών πασχόντων με σχιζοφρένεια στην έρευνα και την κλινική πράξη σελ.193-202, στο «Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων» (2002)
35. Λεξικά : I. Δημητράκου : Μέγα λεξικό όλης της Ελληνικής Γλώσσας
 II. Εγκυκλοπαιδικό και γλωσσικόν λεξικό του Παπύρου
 III. Liddel-Scott.



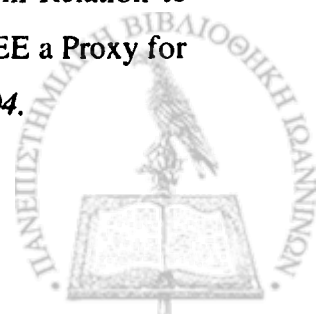
36. Swinkels W.A.M, Kuyk J, R.van Dyck, Spinhoven Ph. Psychiatric comorbidity in epilepsy . *Epilepsy & Behavior* 7:35-50, 2005
37. Πιερ Μορέλ, Ζαν-Πιερ Μπουρζερόν, Ελιζαμπέτ Ρουντινεσκό. Πέρα από το συνειδητό. *Editions Hazan – Hachette Livre, 2000. Εξάντας ΣΕΛ. 9,2004.*
38. Tempkin O. The falling sickness.second ed. Baltimore: *Johns Hopkins Univ. Press; 1971*
39. Gowers WR. Epilepsy and other chronic convulsive diseases. *London: J&A Churchill; 1981*
40. Briquet P. Traite clinique et therapeutique de l'hysterie. *Paris. 1859.*
41. Morel BA. Traite des maladies mentales.Paris. *Masson et Cie ;1860.*
42. Νευρολογία. Πέμπτη Έκδοση. John Walton, *Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.*
43. Rutter et al. : A Neuropsychiatric study in Childhood. Clinics in Developmental Medicine N1 35/36 Rutter M, Graham P, Yule W. *London SIMP with Heinemann Medicine, 1970*
44. Irvin Kate, Edwards, M, Robinson R. Psychogenic non-epileptic seizures:management and prognosis. *Arch Dis Child* 82:474-478,2000
45. Williams DT, Spiegel H, Mostofsky DI, et al. Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: differential diagnostic and therapeutic considerations. *Am J Psychiatry ; 135: 82-86, 1978.*
46. Finlayson RE, Lucas AR. Pseudoepileptic seizures in children and adolescents. *Mayo Clin Proc; 54:83-87, 1979*
47. Holmes GL, Sackellares JC, McKieran j, et al. Evaluation of childhood pseudoseizures using EEG telemetry and videotape monitoring. *J Pediatr ; 97: 554-558, 1980.*
48. WyllieE, Friedman D, Rothner D, et al. Psychogenic seizures in children and adolescents: outcome after diagnosis by ictal video and electroencephalographic recording. *Pediatrics; 85:480-484, 1990*
49. Buchanan N, Snars J. Pseudoseizures (non epileptic attack disorder):clinical management and outcome in 50 patients. *Seizure ; 2:141-146, 1993*



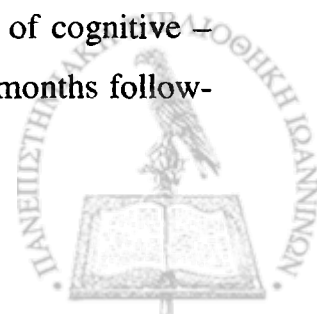
50. Metric ME, Ritter FJ, Gates JR, et al. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*; 32: 322-328, 1991
51. Lancman ME, Asconape JJ, Graves S, Gibson PA. *J child Neurol*;9: 404-407, 1994.
52. Ch.grah, S.Hackl, E.Tatzer, V.Groh Psychosoziale Einflüsse auf den Therapieerfolg Dei anfallskranken kindern Fortschr. *Neurol.Psychiat.48* :603-611, 1980
53. Ali Akbar Asadi-Pooya. Drug compliance of children and adolescents with epilepsy. *Seizure 14*: 393-395, 2005
54. Chandra RS, Dalvi SS, Karnad PD. Compliance monitoring in epileptic patients. *J Assoc Physicians India* :41(7):431-2, 1993
55. Kyngas H. Compliance of adolescents with chronic disease. *J Clin Nurs*; 9(4):549-56, 2000
56. Kyngas H. Compliance with health regimens of adolescents with epilepsy. - *Seizure*;9(5):598-604, 2000
57. Buck D, Jacoby A, Bader GA, Chadwick DW. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimens. *Seizure* ;6(2):87-93, 1997
58. Pradhan PV, Shah H, Rao P, Ashturkar D, Ghaisas P. Psychopathology and self-esteem in chronic illness. *Indian J Pediatr* ;70(2):135-8, 2003
59. Helde G, Brodtkorb E, Brathen G, Bovim G. An easily performed group education programme for patients with uncontrolled epilepsy-a pilot study. *Seizure*; 12(7):497-501, 2003
60. Liu L, Yiu CH, Yen DJ, Chou MH, Lin MF. Medication education for patients with epilepsy in Taiwan. *Seizure* ;12(7): 473-7,2003
61. Kyngas H, Rissanen M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *J Clin Nurs* ;10(6):767-74, 2001
62. Kyngas H. Prediactors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure*;10(8):549-53, 2001



63. Hooley H.L., Hodges P., Jeffers B. : Moving psychiatric patients from hospital to community/ views of patients, providers and families *Psychiatric services* 49,513-517, 1998
64. A/ Sandler I. Conceptual Issues in *Studying Children's Coping*, σελ.5
 B/ Kliewer W. Coping with Chronic Illness σελ. 295 στο *Handbook of Children's Coping. Linking Theory and Intervention* ed. Wolchik S., και Sandler I., 1997.
65. Werner E. & Smith R. 1982, Vulnerable but invincible/A Longitudinal Study of Resilient children and youth, New York/ McGraw Hill.
66. Cowen P, Cowen C, Schulz M., Thinking about Risk and Resilience in Families 1996 in Hetherington E. & Blechman E. (eds.) *Stress coping and resiliency in children and families* (pp. 10-38) Mahwah N.J. Erlbaum, 1996
67. Cowen E., Wyman P., Work W., Parker C. : The Rochester Child Resilience Project/overview and summary of first year findings development and psychopathology 2,193-212, 1990
68. Gore S., Ekenroad J., Context and process in research on Risk and Resilience in Stress risk and resilience in Children Adolescence Hagerty R., Sherrod L., Garnezy N. Rutter M., pp.19-63 N.Y. Cambridge University Press, 1994
69. Lazarus R. Folkman S. Stress, appraisal and coping 1984 N.Y./Springer
70. McGrath J., A conceptual formulation for research on stress 1970 in Social and Psychological Factors in Stress pp.10-21, N.Y. Holt Rinehart & Winston.
71. Τσιάντης Ι., Ψυχικές διαταραχές και νοημοσύνη παιδιών με μεσογειακή αναιμία- Διατριβή για υφηγεσία (1984)
72. Τσιάντης Γ. Ανάπτυξη του παιδιού με έμφαση στη συναισθηματική πλευρά κεφ.α' (σελ.23) στο «Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική»
73. Π.Σακελλαρόπουλος Ο ρόλος της σχέσης μητέρας-παιδιού κεφ. Α' σελ. 241 στο «Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον α' χρόνο της ζωής »
74. MacCarthy C. Lau A, Valeri S, Weisz J. Parent-Child Interactions in Relation to Critical and Emotionally Overinvolved Expressed Emotion (EE): Is EE a Proxy for Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32 (1): 83-93, 2004.



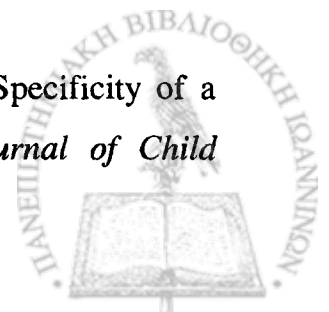
75. Hibbs E, Hamburger S, Lenane M, Rapoport J, Kruezie M, Keysor C, Goldstein M: Determinants of E.E. in families of disturbed and normal children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 757-770, 1991
76. Hibbs E, Hamburger S, Cruenzie M, Lenane M, Factors affecting E.E. in parents of ill and normal children : *American Journal of Ortho-psychiatry* 63, 103-112, 1993
77. Chambless, D.L., Bryan A.D., Aiken L.S., Steketee, G. & Hooley J.M.: The structure of expressed emotion: A three-construct representation. *Psychological Assessment*, 11, 67-76, 1999
78. Chambless D.L. & Steketee G.: Expressed emotion and behaviour therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665, 1999
79. Wamboldt F.S., O'Connor S.L., Wamboldt M.Z., Gavin L.A. & Klinnert M.D.: The five minute speech sample in children with asthma: Deconstructing the construct of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 887-898, 2000
80. Wamboldt F.S., Wamboldt M.Z., Gavin L.A., Roesler T.A. & Brugman S.M.: Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 995-1005, 1995
81. Brown G., Carstairs, G.M., Topping G., : Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 2, 685-689, 1958
82. Vaughn C, Leff J. The measurement of E.E. in the families of schizophrenic patients :*British Journal of Social and Clinical Psychology* 15,157-165, 1976
83. Karno M., Jenkins J., de la Selva, A., Santana F. E. E. and scizophrenic outcome among Mexican-American families. *Journal Of Nervous and Mental Disease*. 175, 143-151, 1987
84. Koenigsberg K., Handley R. E.E. : From predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1361-1373 1986
85. TARRIER N., Wittowski A., Kinney C. et al. Durability of the effect of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia, 12 months follow-up. *British Journal of Psychiatry* 174, 500-504, 1999



86. Bebbington P.E. & Kuipers L. The predictive utility of E.E. of schizophrenia: an aggregated analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718, 1994
87. Bressi C, Internizzi G . Symposium on E.E. in Latin based languages Barcelona, Spain. *L'emotivita espressa nelle famiglie di Malatti organici: significato e limiti*, 1991
88. Flanagan D, A, J, & Wagner L. E.E. and panic fear in the prediction of diet treatment compliance. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 231-240, 1991
89. Van Furth E . Parental E.E. and eating disorders. *Utrecht University*, 1991
90. Brown G. The discovery of E.E.: Induction or deduction? In J.Leff & C.Vaugh. *E.E. in families*, N.Y.: Guilford, 1985
91. Hooley J, Teasdale J. Predictors of relapse in unipolar depressives, E.E. marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235, 1989
92. Priebe S, Wildgruhe C & Muller-Oerlinghausen B. E.E. and lithium prophylaxis A follow up study. *British Journal of Psychiatry* 154, 396-399, 1989
93. Priebe S, Kupper A, Sinning U .E.E. and coronary heart disease. *Personal communication*, 1992
94. Marks N, Wieck A, Seymour A, Checkley S, Humar R. Women whose mental illness occurs after child birth and partners level of E.E. during later pregnancy. *British Journal of Psychiatry*.
95. Sensky T, Stevenson K, Magrill L, Petty R. Family E.E. in non-psychiatric illness: Adaptation to the Camberwell Family Interview to the families of adolescents with diabetes. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1, 39-51, 1991
96. Bledin K, MacCarty B, Kuipen L, Woods R. Daughters of people with dementia: E.E., strain and coping..*British Journal of Psychiatry* 157, 221-227, 1990
97. Vaugh .Inflammatory bowel syndrome and E.E. Personal communication. 1992
98. Kuipers J. E.E. in Europe: a Review *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18, 237-243, 1979



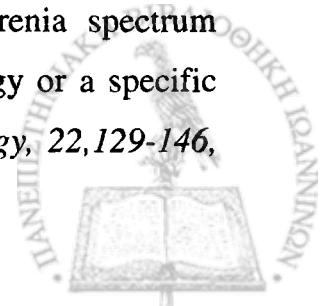
99. Loiseau P. Childhood absence Epilepsy Chapter 12 Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence. *Roger C, Dravet M., Bureau F.*
100. Beghi E, Tognoni G Prognosis of Epilepsy in Newly Referred Patients. A Multicenter Prospective Study. *Epilepsia 29 (3) 236-243, 1988.*
101. Loiseau P., Puche B., Cordova S, Dartigues J, Cohadon S. Prognosis of Benign Childhood Epilepsy with Contemporary Spikes: A Follow up study of 168 patients. *Epilepsie 29 (3) 229-239, 1998*
102. Vaughn C, Snyder K, Jones S, Freeman W, Falloon I, Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on E.E. *Archives of general psychiatry 41, 1169-1177, 1984*
103. Hooley J. Expressed emotion and depression: *Journal of abnormal psychology 95, 237-246, 1986*
104. Miklowitz D, Goldstein M, Nuechterlein K, Snyder K, Mintz J, Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 45, 225-231, 1988*
105. Fischman-Havstead L, Marstone A, Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *British Journal of Clinical Psychology, 23, 265-271, 1984*
106. Falloon I, Boyd J, McGill C, Razani J, Moss H, Gilderman A, Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry 42, 887, 1985*
107. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C, A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia 2- year follow up. *British Journal of Psychiatry 157, 571-577.-896, 1990*
108. Hogarty G, Anderson C, Reiss D, Kornblith S, Greenwald D, Ulrich R, Karter M. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia II, two year effects *Archives of General Psychiatry, 48, 340-347, 1991*
109. Stubbe D., Zahner G., Goldstein M., Leckman J., Diagnostic Specificity of a Brief Measure of E.E.: a Community Study of Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 34, 139-154, 1993*



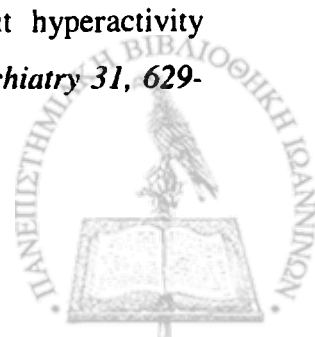
110. Vostanis P., Nicholls J., Harrington R. Maternal E.E. and conduct and emotional disorders of childhood *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 23, 365-376, 1994
111. Brown G.W, Rutter M, The measurement of family activities and relationships/ a methodological study , human relations 19, 241-263, 1966
112. Rutter M, Brown G.W, The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient *Social Psychiatry*, 1, 38-53.
113. Rutter M, Yule B, Quinton D, Rowlands O, Yule W, Burger M. Attainment and adjustment in two geographical areas, III, some factors acΜέτρησης for area differences, *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533, 1975
114. Quinton D, Rutter M, Family pathology and child psychiatric disorder/ a four year prospective study, in /A.R. Nicol (Ed), *Longitudinal studies in child psychology and child psychiatry* (p.p.91-134), Chichester/ Wiley.) 1985
115. Richman N, Stevenson J, Graham P, *Preschool to school-a behavioural study. London/Academic press, 1982*
116. Doane J, Falloon I, Goldstein M, Mintz J, Parental affective style and treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 42,34-42, 1985
117. Doane J, West K, Goldstein M, Rodnick E, Jones J, Parental communication deviance and affective style *Archives of General Psychiatry* 38, 679-685,
118. Schwartz C, Dorer D, Beardslee W, Lavory P, Keller M, Maternal E.E. and parental affective disorder/ risk for childhood depressive disorder substance abuse or conduct disorder. 1990, *Journal of Psychiatric Research* , 24, 231-250, 1990
119. P.Vostanis, J.Nicholls, R.Harrington, Maternal expressed emotion in Conduct and Emotional Disorders of Childhood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35, 365-376, 1994
120. Caspi A, Moffitt T.E., Morgan J, Rutter M et al. Maternal EE predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40 (2), 149-16, 2004



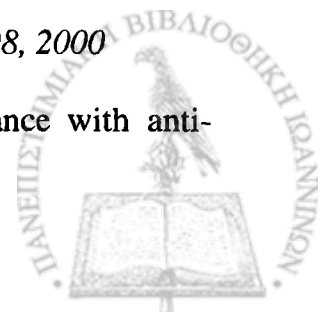
121. Asarnow, J, Golstein M, Thomson M, Guthrie D, One year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in patients/ evaluation of the prognostic power of the brief measure of E.E., *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 129-137, 1993
122. Le Grange D, Eisler L, Dare C, Hodes M, Family criticism and self-starvation/ a study of E.E. *Journal of Family Therapy*, 14, 177-192, 1992
123. Vostanis P, Burnham G, Harris Q, Changes of E.E. in Systematic Family therapy, *Journal of Family Therapy*, 14, 15-27, 1992
124. Smzukler G., Eisler G, Russell F, Dare C, Anorexia nervosa, parental E.E. and dropping out of treatment, *British Journal of Psychiatry*. 147, 265-271, 1985
125. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Peppas M, Maniati M, Tzikas D, Hibbs E, Dacou-Voutetakis C, Maternal E.E. and Metabolic Control of Children and Adolescence with Diabetes mellitus, *Psychotherapy and Psychosomatics* 70/78-85, 2001
126. Glycaemic control in adolescents with type I diabetes and parental E.E. *Psychotherapy and psychosomatics* 55, 170-175.
127. Hermanns J, Florin E, Dietrich M, Rieger C, Hahlweg K, Maternal criticism, mother child interaction and bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 469-476, 1989
128. Hodes M, Dare C, Dodge E, Eisler I, The assessment of E.E. in a standardized family 1999 *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40, 617-625, 1999
129. Kavanagh D.J, Recent developments in E.E. and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620, 1992
130. Garmezny N, Masten A, S, Chronic adversities, in M.Rutter , E.Taylor, L.Hersov, in *Child and Adolescent Psychiatry 3rd ed.* pp.191-208 Oxford/ Blackwell. 1994
131. Assarnow J, R., Thomson M, Hamilton E.B, Goldstein M. J, Guthrie D, Family E.E., childhood-onset depression and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders/ is E.E. a non-specific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 129-146, 1994



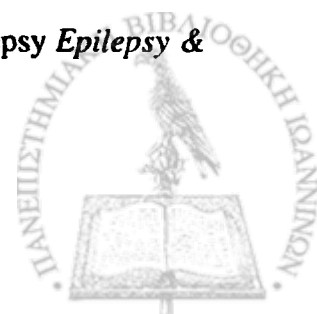
132. Patterson G, DeBarysh B.D, Ramsey E. Developmental Perspective on anti-social behaviour. *American Psychologist* 44, 329-335, 1989
133. Vostanis P, Nicholls J, Nine month changes of maternal E.E. in conduct and emotional disorders of childhood/a follow-up study *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 833-846.
134. Schimmelmann B., Meng H., Koch E., Karle M., Preuss U., Schulte-Markwort M., E.E. im Verlauf kinder-und jugendpsychiatrischer Störungen, *Fortschr.Neurol.Psychiat.* 71:517-526, 2003
135. Jacobsen, T., Hibbs, E.D., Ziegenhain, U. Maternal expressed emotion related to attachment disorganization in early childhood: A preliminary report, *J. Child Psychology Psychiatry*, 41 (7), 809-896, 2000
136. Peris T., Baker B., Applications of the E..E Construct to Young Children with Externalizing Behaviour: Stability and Prediction over Time. *Journal Child Psychology Psychiatry* vol.41, no 4 pp 457-462 2000.
137. Vostanis P., Nicholls J., E.E. in parents of non-referred children aged 6-11 years from 2school populations: a pilot study *Child: Care, Health and Development* 18,249-257, 1992
138. Asarnow J.R., Goldstein M., Thomson M. Guthrie D. One year outcomes of depressive disorders in Child Psychiatric InPatients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of E.E. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34,129-137, 1993
139. Hirshfeld D., Biederman J., Brody L., Faraone S., Rosenbaum J., Associations between E.E. and Child Behaviour Inhibition and Psychopathology: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 205-213, 1997
140. Hirshfeld, D.R., Biedennan, J., Brody, L. et al. Expressed emotion toward children. *J. Amer. Acad. of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 7, 1997
141. Marshall V., Longwell L., Goldstein M., Swanson J., Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31, 629-636, 1990



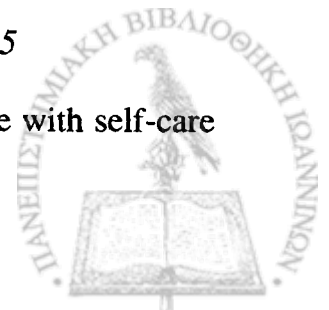
142. Brown S., Jadresic E., Seizure E.E. in the families of young people with epilepsy. *9/255-258, 2000*
143. Kim W.J, Psychiatric aspects of epileptic children and adolescents. *Journal of the Am.Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 874-886, 1991*
144. Hoare P. The development of psychiatric disorders among school children with epilepsy A, *Developmental Medicine and Child Neurology, 26, 3-13, 1984*
145. Hoare P, Kerley S. Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families, *Developmental Medicine and Child Neurology, 33, 201-215, 1991*
146. Ferrari M, Matthews W,S, Barabas G, The family and the child with epilepsy *Family Process 22, 53-59, 1983*
147. Pianta R.C, Lothman D. Predicting Behaviour problems in children with epilepsy/ Child factors disease factors family stress and child mother interaction *Child development 65, 1415-1428, 1994*
148. Ritchie K, Research Note/ Interaction in the families of epileptic children 1981, *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry, 22, 65-71, 1981*
149. Hartlage L.C, Green J.B, Dependency in Epileptic children Offutt L, *Epilepsia, 13, 27-30, 1972*
150. Chavez J.H, Bouriel R, Mother child Interactions involving a child with epilepsy/a comparison of immigrant and native-born Mexican-Americans. *Journal of Paediatric Psychology 13, 349-361, 1988*
151. Hoare P, Psychiatric disturbance in the families of epileptic children, *Developmental medicine and Neurology 26, 14-19, 1984*
152. Walander J.L, Varni W, Effects of Paediatric Chronic Physical Disorders on Child and Family Adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 39, 29-46, 1998*
153. Otero S., Hodes M., Maternal E.E. and treatment compliance of children with epilepsy *Developmental Medicine and Child Neurology ; 42:604-608, 2000*
154. Buck D., Jacoby A., Baker G.A., Factors influencing compliance with anti-epileptic drug regimes, *Chadwick D.W. Seizure 6: 87-93, 1997*



155. Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age
Seifer R., Sameroff A., Baldwin C., Baldwin A. *Journal Am.Acad. Child
Adolescent Psychiatry* 31:5:893-903, 1992
156. The Mc Master Family Assessment Device Reliability and Validity.
I. Miller, D. Bishop, N. Epstein, G. Keitner.
Journal of Marital and Family Therapy 1985, Vol 11, No 4, 345-356.
157. Coding EE from the Five – Minute Speech Sample. Ana Magana *UCLA
Family Project – June 15, 1984.*
158. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school - age children –
present episode (K-SADS-L). A pilot inter rater reliability study for Greek
children and adolescents. *European psychiatry* 18 (2003) 374-375.
159. W. Chambers, J. Puig-Antich, M. Hirsch, M. Paez, P. Ambrosini. The
assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured
interview: test – retest reliability of the schedule for affective disorders and
schizophrenia for school – age children, present episode version. *Arch Gen
Psychiatry* 1985: 42: 696-702.
160. How we want to use the KIDCOPE. *Universitats klinikum, Hamburg –
Eppendorf.*
161. Fundudis, Berney, Kolvin et al (1991). *Educational Functioning Questionnaire*
162. *Blalock, H. Jr. Social Statistics. Auckland: Mc Graw-Hill. 1979*
163. Hinkle, D.E., Wiersma, W., & Jurs, S.G. (1994). *Applied Statistics for the
behavioral sciences. Boston: Houghton Mifflin Company.*
164. Lehman, R. S.), *Statistics and Research Design in the Behavioral Sciences.*
Belmont, California: *Wadsworth Publishing Company. 1991*
165. Μιχαλοπούλου, Κ. Κλίμακες Μέτρησης Στάσεων. Αθήνα: *Οδυσσέας, 1992*
166. Μπεχράκης, Θ. Πολυδιάστατη Ανάλυση Δεδομένων. Λιβάνης: *Αθήνα. 1999*
167. Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IVTR εκδόσεις Λίτσας (1996).
168. Shore ch, Austin J, Dunn. Maternal adaptation to a child;s epilepsy *Epilepsy &
Behavior* (5):557-568, 2004.



169. Hoare P. Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Dev Med Child Neurol* 26:14-9, 1984
170. Eiser C, Haverman T, Pancer M, Eiser JR. Adjustment to chronic disease in relation to age and gender: mothers' and fathers' reports of their children's behavior. *J Pediatr Psychol* 17:261-75, 1992
171. Seidenberg M, Beck N, Geisser M, et al. Academic achievement of children with epilepsy. *Epilepsia* 27:753-9, 1986
172. Shore C, Austin JK, Musick B, Dunn DW, McBride AB, Creasy K. Psychosocial care needs of parents of children with new-onset seizures. *J Neurosci Nurs* 30: 169-74, 1998
173. Eastman M, Ritter FJ, Risse GL, Frost MD. Impact of child's epilepsy on the parents. *Epilepsia* 40(S7):129, 1999
174. DeVellis RF, DeVellis BM. An evolving psychosocial model of epilepsy. In: Whitman S, Hermann BP, editors. Psychopathology in epilepsy: social dimensions. New York: Oxford University Press; 1986.
175. Austin JK. A model of family adaptation to new-onset childhood epilepsy. *J Neurosci Nurs* 23:82-92, 1996
176. Knafl KA, Deatrick JA. How families manage chronic conditions: an analysis of the concept of normalization. *Res Nurs Health* 9:215-22, 1986
177. Austin JK, McBride AB, Davis HW. Parental attitude and adjustment to childhood epilepsy. *Nurs Res* 33:92-6, 1984
178. McDermott S, Mani S, Krishnaswami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 8:110-8, 1995
179. Judge SL. Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Fam Relations* 47:263-8, 1998
180. Austin JK, Oruche UM, Dunn DW, Levstek DA. New-onset Childhood seizures: parents' concerns and needs. *Clin Nurs Pract Epilepsy* 1995
181. McDermott MAN. Learned helplessness as an interacting variable with self-care agency: testing a theoretical model. *Nurs Sci Q* 6: 28-38, 1993



182. Carlton-Ford S, Miller R, Nealeigh N, Sanchez N. The effects of perceived stigma and psychological over-control on the behavioural problems of children with epilepsy. *Seizure* 6:383-91,1997
183. Quittner AL, Glueckauf RL, Jackson DN. Chronic parenting stress: moderating versus mediating effects of social support. *J Pers Social Psychol* 59:1266-78,1990
184. Συρίγου-ΠαπαΒασιλείου Αντιγόνη. *Επιληψία στην παιδική ηλικία στο βιβλίο : «παιδί με χρόνιο πρόβλημα υγείας»*. Εκδ. Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Αθήνα 1989.
185. Perini GI, Tosin C, Carraro C, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 61:601-605, 1996.
186. Δρ. Οδυσσέας Τζαβέλλας. *Η Ψυχιατρική της Επιληψίας.. Αθήνα 1979.*
187. Dulcan M., MD, Richard Martini D., *Child and Adolescent Psychiatry. Second Ed.* American Psychiatry Press. 2005.



8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

1. Επιστολές
2. Ερωτηματολόγια



1. Επιστολές

ΑΙΤΗΣΗ

Ευγενίας ΣΟΥΜΑΚΗ
 Παιδοψυχίατρος
 Ακτή Θεμιστοκλέους 6
 Πειραιάς
 Τηλ. 210 4283308

Πειραιάς 12.12.2001

Επισυνάπτεται:
 Σχέδιο έγκρισης της εν λόγω
 διατριβής

**Προς την Επιτροπή Δεοντολογίας
 Νοσοκομείου Παίδων ΑΓΙΑ
 ΣΟΦΙΑ**

Παρακαλώ όπως μου
 χορηγήσετε άδεια να
 πραγματοποιήσω τη διατριβή μου η
 οποία έχει εγκριθεί από το Παν/μιο
 Ιωαννίνων με επόπτη τον Αν. Καθ. κ.
 Τσιάντη.

Η μελέτη θα γίνει σε περιστατικά της
 Νευρολογικής Κλινικής του
 Νοσοκομείου Παίδων «Αγ. Σοφία»
 (διευθυντής κ. Κοβάνης).
 Επισημαίνεται ότι ο κ. Κοβάνης έχει
 ήδη δώσει την έγκρισή του.

Πριν από την πραγματοποίηση της
 εξέτασης θα ζητείται γραπτή έγκριση
 γονιών μετά την ενημέρωσή τους για
 την διαδικασία της εξέτασης.

Η ιατρική παρακολούθηση των
 περιστατικών θα γίνεται από την
 Νευρολογική Κλινική.

Η αιτούσα



Επιστολή προς γονείς

Αγαπητοί γονείς,

Θα ήθελα να σας ενημερώσω πως με την συνεργασία της Νευρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδων «Αγ. Σοφία» και τον κ. Κοβάνη πραγματοποιούμε μια μελέτη για να κατανοήσουμε καλύτερα τα προβλήματα και τις ανάγκες των παιδιών που παρουσίασαν επιληπτική κρίση.

Θα χρειαστεί να μιλήσουμε μαζί σας και με το παιδί προκειμένου ν' αποκτήσουμε όλοι ένα κοινό τρόπο αποτελεσματικής αντιμετώπισης του παιδιού στο σπίτι, στο σχολείο και στον κοινωνικό του χώρο. Ελπίζουμε πολύ στη βοήθεια σας.

Τζένη Σουμάκη

Παιδοψυχίατρος



2. Ερωτηματολόγια

KIDCOPE

ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ 7 ΕΩΣ 12 ΕΤΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Για τον ερευνητή: Παρακαλούμε ακολουθήστε τις κατευθυντήριες γραμμές ως προς τη χορήγηση και βεβαιωθείτε ότι έχετε εξοικειωθεί με τη μέθοδο που βοηθά το παιδί να εντοπίσει μια δύσκολη κατάσταση. Μετά διαβάστε στο παιδί τις ακόλουθες οδηγίες: «Προσπαθούμε να δούμε πώς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τα διάφορα προβλήματα και τις πιέσεις. Θα ήθελα να σκεφτείς μια κατάσταση που έχει σχέση με την ασθένεια του πατέρα σου/της μητέρας σου και ήταν πολύ πιεστική για σένα. Σκέψου μια κατάσταση που σου συνέβη μέσα στον περασμένο μήνα. Παρακαλώ περιγράψε μου την κατάσταση».

Παρακαλούμε καταγράψτε την κατάσταση από την σκοπιά του παιδιού, χρησιμοποιώντας κατά λέξη τα δικά του λόγια.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΕΝΘΑΡΡΥΝΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ:

Παρακαλούμε διαβάστε τις ακόλουθες οδηγίες στο παιδί και, μετά τα στοιχεία 1 έως 3.

«Θα σου κάνω μερικές ερωτήσεις για το πρόβλημα αυτό που μου είπες μόλις τώρα. Για κάθε ερώτηση θέλω να μου απαντήσεις: Λίγο, Έτσι και έτσι, Αρκετά ή Πάρα πολύ. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Θέλω να μου λες ποια απάντηση ταιριάζει πιο πολύ στον τρόπο που σκέφτεσαι για το πρόβλημά σου.» (Διαβάστε στο παιδί την περιγραφή που έδωσε το ίδιο για την κατάσταση). Μην παραλείπετε να τονίζετε ότι το κάθε στοιχείο αναφέρεται στην κατάσταση που έχει εντοπίσει το παιδί και, αν χρειαστεί, να του θυμίζετε ποια είναι η κατάσταση, καθώς του διαβάζετε κάθε στοιχείο.

1. Η κατάσταση αυτή σε έκανε νευρικό/ή και αγχώδη;

Καθόλου Λίγο Έτσι και έτσι Αρκετά Πάρα πολύ

2. Η κατάσταση αυτή σε έκανε να νιώσεις θλίψη;

Καθόλου Λίγο Έτσι και έτσι Αρκετά Πάρα πολύ

3. Η κατάσταση αυτή σε έκανε να θυμώσεις;

Καθόλου Λίγο Έτσι και έτσι Αρκετά Πάρα πολύ



Παρακαλούμε διαβάστε στο παιδί τις ακόλουθες οδηγίες και μετά τα στοιχεία 1 έως 15.

Σε κάθε στοιχείο, θα πρέπει να ρωτάτε «ΤΟ ΕΚΑΝΕΣ ΑΥΤΟ;» αλλά μόνο αν η απάντηση είναι «ΝΑΙ» θα συνεχίζετε με την ερώτηση «ΠΟΣΟ ΣΕ ΒΟΗΘΗΣΕ;»

«Έχοντας στο μυαλό σου το ίδιο πρόβλημα (ξαναδιαβάστε στο παιδί το πρόβλημα, όπως το περιέγραψε το ίδιο), θα ήθελα να σκεφτείς τι σε βοήθησε να αντιμετωπίσεις το πρόβλημα αυτό. Θα σου πω μερικούς τρόπους με τους οποίους τα παιδιά λύνουν τα προβλήματά τους και θέλω να μου πεις αν το έκανες κι εσύ για να λύσεις το δικό σου πρόβλημα.»

	ΤΟ ΕΚΑΝΕΣ ΑΥΤΟ;		ΠΟΣΟ ΣΕ ΒΟΗΘΗΣΕ;		
1. Απλώς προσπάθησα να το ξεχάσω.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
2. Έκανα κάτι για να το ξεχάσω, όπως να δω τηλεόραση ή να παίξω ένα παιχνίδι.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
3. Εμείνα μόνος μου.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
4. Δεν μίλησα καθόλου για το πρόβλημα.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
5. Προσπάθησα να δω την καλή πλευρά των πραγμάτων.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
6. Κατηγόρησα τον εαυτό μου για τη δημιουργία του προβλήματος.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
7. Κατηγόρησα κάποιον άλλον για τη δημιουργία του προβλήματος	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
8. Προσπάθησα να διορθώσω το πρόβλημα σκεπτόμενος/η διάφορες λύσεις.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
9. Προσπάθησα να διορθώσω το πρόβλημα κάνοντας κάτι ή μιλώντας σε κάποιον.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
10. Φώναξα, στρίγκλισα ή θύμωσα.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
11. Προσπάθησα να ηρεμήσω.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
12. Ευχήθηκα το πρόβλημα να μην είχε συμβεί ποτέ.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
13. Ευχήθηκα να μπορούσα να αλλάξω τα πράγματα.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
14. Προσπάθησα να νιώσω καλύτερα, περνώντας την ώρα μου με άλλους, όπως με την οικογένεια, με μεγάλους, ή με φίλους.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ
15. Δεν έκανα τίποτα γιατί το πρόβλημα δεν μπορούσε να διορθωθεί.	Ναι	Όχι	Καθόλου	Λίγο	Πολύ



ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ 5ΛΕΠΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΑ 3ΛΕΠΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ (Magana & Goldstein 1984).

Παρακαλώ μιλάτε αργά για να μπορεί να είναι κατανοητή η ομιλία σας στο κασετόφωνο στα εξής: «Θα επιθυμούσα να ακούσω τις σκέψεις σας με τα δικά σας λόγια για τη μαμά και τον μπαμπά σας, χωρίς να σας διακόψω με ερωτήσεις ή τυχόν σχόλια. Από τη στιγμή που θα αρχίσετε, θα ήθελα να μιλήσετε για 5/3 λεπτά, περιγράφοντάς μου τις είδους είναι ο μπαμπάς/μαμά σας και πώς τα πάτε μεταξύ σας. Αφού θα έχετε αρχίσει να μιλάτε, θα προτιμούσα να μην απαντάτε σε ερωτήσεις μέχρις ότου τα 5/3 λεπτά περάσουν. Έχετε ερωτήσεις να κάνετε μέχρι να αρχίσουμε;»

Η standard απάντηση στις ερωτήσεις είναι:

Πες μου ο,τιδήποτε πιστεύεις ότι είναι σημαντικό για μένα που θα με βοηθήσει στην κατανόηση (στόχος=το όνομα του προσώπου) και ως εσείς οι 2 επικοινωνείτε.

Σημείωση: Εάν υπολείπονται λίγα λεπτά και ο ομιλητής είναι σιωπηλός για 30 δευτερόλεπτα, και φαίνεται μάλλον αδύνατον να συνεχίσει, ο εξεταστής ίσως μπορεί να κάνει ένα σχόλιο, πχ. Παρακαλώ πες μου ο,τιδήποτε σχετικό για λίγα ακόμη λεπτά (στόχος= το όνομα του προσώπου).



ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (F.A.D. μητέρας)

1. Είναι δύσκολο να προγραμματίσουμε οικογενειακές δραστηριότητες γιατί παρευόμαστε ο ένας τον άλλον.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

2. Λύνουμε τα περισσότερα καθημερινά προβλήματα του σπιτιού.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

3. Όταν κάποιος είναι αναστατωμένος, οι άλλοι ξέρουν το γιατί.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

4. Όταν ζητάς από κάποιον να κάνει κάτι, πρέπει μετά να ελέγξεις αν το έκανε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

5. Αν κάποιος έχει προβλήματα, οι άλλοι εμπλέκονται υπερβολικά.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

6. Σε περιόδους κρίσης, μπορούμε να στραφούμε ο ένας στον άλλον για υποστήριξη.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

7. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, δεν ξέρουμε τι να κάνουμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

8. Μερικές φορές μας τελειώνουν τα πράγματα που χρειαζόμαστε.

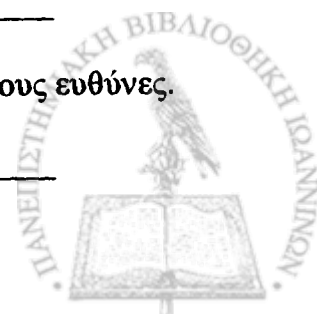
_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

9. Διστάζουμε να δείξουμε τρυφερότητα ο ένας στον άλλον.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

10. Φροντίζουμε ώστε τα μέλη να ανταποκρίνονται στις οικογενειακές τους ευθύνες.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



11. Δεν μιλάμε ο ένας στον άλλον για τη θλίψη που ενδεχομένως νιώθουμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

12. Συνήθως κάνουμε αυτό που αποφασίζουμε σχετικά με τα προβλήματα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

13. Προκαλούμε το ενδιαφέρον του άλλου μόνον όταν κάτι είναι σημαντικό γι' αυτόν.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

14. Δεν μπορείς να καταλάβεις πώς αισθάνεται ο άλλος από αυτά που λέει.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

15. Οι εργασίες της οικογένειας δεν κατανέμονται αρκετά.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

16. Τα άτομα της οικογένειας είναι αποδεκτά όπως είναι.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

17. Εύκολα τη γλιτώνεις όταν παραβιάζεις τους κανόνες.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

18. Οι άνθρωποι λένε τα πράγματα ανοιχτά αντί να τα λένε με υπονοούμενα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

19. Μερικοί από εμάς δεν ανταποκρινόμαστε συναισθηματικά.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

20. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ξέρουμε τι να κάνουμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

21. Αποφεύγουμε να συζητάμε τους φόβους και τις ανησυχίες μας.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

22. Είναι δύσκολο να μιλήσουμε μεταξύ μας για τρυφερά συναισθήματα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



23. Δυσκολευόμαστε να πληρώσουμε τους λογαριασμούς μας.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

24. Όταν η οικογένεια προσπαθεί να λύσει ένα πρόβλημα, συνήθως συζητούμε μετά αν η λύση ήταν αποτελεσματική ή όχι.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

25. Είμαστε υπερβολικά εγωκεντρικοί.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

26. Μπορούμε να εκφράσουμε συναισθήματα ο ένας στον άλλον.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

27. Δεν έχουμε σαφείς προσδοκίες ως προς τις συνήθειες προσωπικής υγιεινής.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

28. Δε δείχνουμε την αγάπη που έχουμε ο ένας για τον άλλον.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

29. Μιλάμε στους ανθρώπους απευθείας, χωρίς να χρησιμοποιούμε μεσάζοντες.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

30. Ο καθένας μας έχει συγκεκριμένα καθήκοντα και ευθύνες.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

31. Υπάρχουν πολλές δυσαρέσκεις μέσα στην οικογένεια.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

32. Έχουμε κανόνες για το ξύλο.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



33. Εμπλεκόμαστε με τα άλλα μέλη μόνο όταν κάτι μας ενδιαφέρει.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

34. Δεν υπάρχει χρόνος για να διερευνήσουμε προσωπικά ενδιαφέροντα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

35. Συχνά δε λέμε αυτό που εννοούμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

36. Νιώθουμε ότι μας δέχονται όπως είμαστε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

37. Δείχνουμε ενδιαφέρον ο ένας για τον άλλον όταν υπάρχει προσωπικό όφελος.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

38. Αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά σχεδόν κάθε συναισθηματική αναστάτωση που δημιουργείται.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

39. Η τρυφερότητα έρχεται σε δεύτερη μοίρα στην οικογένειά μας, σε σχέση με άλλα πράγματα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

40. Συζητούμε μεταξύ μας ποιος θα κάνει τις δουλειές του σπιτιού.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

41. Η λήψη αποφάσεων αποτελεί πρόβλημα για την οικογένειά μας.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

42. Στην οικογένειά μας, δείχνουμε ενδιαφέρον ο ένας για τον άλλον μόνο όταν μπορούμε να βγάλουμε κάτι από αυτό.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

43. Είμαστε ειλικρινείς μεταξύ μας.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

44. Δεν ακολουθούμε κανόνες ή πρότυπα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



45. Όταν ζητάς από κάποιον να κάνει κάτι, πρέπει να του το υπενθυμίζεις.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

46. Είμαστε σε θέση να παίρνουμε αποφάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

47. Όταν παραβιάζονται οι κανόνες, δεν ξέρουμε τι να περιμένουμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

48. Στην οικογένειά μας όλα επιτρέπονται.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

49. Εκφράζουμε τρυφερότητα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

50. Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα που συνεπάγονται συναισθήματα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

51. Δεν τα πάμε καλά μεταξύ μας.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

52. Δεν μιλάμε ο ένας στον άλλον όταν είμαστε θυμωμένοι.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

53. Γενικά, δεν είμαστε ικανοποιημένοι από τα οικογενειακά καθήκοντα που μας έχουν ανατεθεί.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

54. Αν και οι προθέσεις μας είναι καλές, αναμιγνύμαστε υπερβολικά ο ένας στη ζωή του άλλου.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

55. Υπάρχουν κανόνες σχετικά με επικίνδυνες καταστάσεις.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



56. Εκμυστηρεύομαστε ο ένας στον άλλον.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

57. Κλαίμε φανερά.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

58. Δεν έχουμε αρκετά μεταφορικά μέσα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

59. Όταν δεν μας αρέσει κάτι που έκανε κάποιος, του το λέμε.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____

60. Προσπαθούμε να σκεφτούμε διάφορους τρόπους για να λύσουμε τα προβλήματα.

_____ ΣΠ _____ Σ _____ Δ _____ ΔΠ _____



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (II)

Στατιστικές αναλύσεις



Συσχέτιση Ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Λύσεις» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

		Independent Samples Test		t-test for Equality of Means								
		Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
											Lower	Upper
Επίλυση Προβλημάτων	Equal variances assumed	,031	,861			-,970	53	,336	-,81	,84	-2,50	,87
	Equal variances not assumed					-,949	31,89	,350	-,81	,86	-2,56	,93

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη ΕΕ και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη ΕΕ) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

		Independent Samples Test		t-test for Equality of Means								
		Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
											Lower	Upper
επικοινωνία	Equal variances assumed	1,4	,22			-,840	56	,405	-1,13	1,34	-3,81	1,56
	Equal variances not assumed					-,750	27,342	,460	-1,13	1,50	-4,20	1,95

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη ΕΕ και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη ΕΕ) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Ρόλοι» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means									
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
ρόλοι	Equal variances assumed	,331	,567	-1,012	55	,316	-1,58	1,56	-4,71	1,55	
	Equal variances not assumed			-1,022	37,058	,313	-1,58	1,55	-4,71	1,55	

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη EE και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη EE) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means									
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
απαντητικότητα	Equal variances assumed	,073	,788	-2,007	55	,050	-2,47	1,23	-4,93	-3,74E-03	
	Equal variances not assumed			-1,922	29,9	,064	-2,47	1,28	-5,09	,16	

Τα παιδιά που ανήκουν σε οικογένειες με χαμηλές τιμές στον δείκτη ee έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα παιδιά οικογενειών με υψηλό δείκτη ee. Πιο συγκεκριμένα, Φαίνεται ότι η απαντητικότητα στα πρώτα παιδιά είναι λιγότερη συγκριτικά με τα δεύτερα ($t(55,29,9) = -2,007$, sig = 0,05).



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Εμπλοκή» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
εμπλοκή	Equal variances assumed	,556	,459	,820	52	,416	,82	1,00	-1,19	2,84
	Equal variances not assumed			,766	26,617	,450	,82	1,08	-1,38	3,03

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη ΕΕ και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη ΕΕ) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «ΕΛΕΓΧΟΣ» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Equal variances assumed		,000	,924	-1,053	54	,297	-,96	,91	-2,80	,87
Equal variances not assumed				-1,030	34,330	,310	-,96	,94	-2,86	,94

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη ΕΕ και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη ΕΕ) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Γενική Λειτουργικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με τον δείκτη Expressed Emotion

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Γεν. Λειτουργ	Equal variances assumed	,125	,725	-,848	53	,400	-1,64	1,93	-5,51	2,24
	Equal variances not assumed			-,812	32,668	,422	-1,64	2,02	-5,74	2,46

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (των παιδιών που είναι μέλη οικογενειών με υψηλό δείκτη EE και όσων είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό δείκτη EE) ως προς τις μέσες τιμές τους στην υποκλίμακα αυτή (Sig>0,05).



Διασταύρωση της υποκλίμακας «γνωστικός ανασχηματισμός» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Γνωστ. ανασχ.	Καθόλου	Μέτρηση	ομάδα		Σύνολο
			πειραματική	ελέγχου	
			1	2	3
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,2	1,8	3,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	33,3%	66,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,7%	5,3%	4,6%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	3,1%	4,6%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,3	,3	
	Λίγο	Μέτρηση	5	5	10
		Αναμενόμενη Μέτρηση	4,2	5,8	10,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	50,0%	50,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	18,5%	13,2%	15,4%
		Ποσοστό επί του συνόλου	7,7%	7,7%	15,4%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,6	-,6	
	Πολύ	Μέτρηση	9	10	19
		Αναμενόμενη Μέτρηση	7,9	11,1	19,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	47,4%	52,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	33,3%	26,3%	29,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	13,8%	15,4%	29,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,6	-,6	
	NA	Μέτρηση	12	21	33
		Αναμενόμενη Μέτρηση	13,7	19,3	33,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	56,4%	63,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	44,4%	55,3%	50,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	18,5%	32,3%	50,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,9	,9	
	Σύνολο	Μέτρηση	27	38	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	38,0	65,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	41,5%	58,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	41,5%	58,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,008	3	,799
Likelihood Ratio	1,008	3	,799
Linear-by-Linear Association	,723	1	,395
N of Valid Cases	65		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0,05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «αυτοκριτική» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

			ομάδα		Σύνολο
			Πειραματική	ελέγχου	
Ενοχοποίηση Εαυτού	καθόλου	Μέτρηση	6	6	12
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,0	7,0	12,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	50,0%	50,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	22,2%	15,8%	18,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,2%	9,2%	18,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,7	-,7	
	λίγο	Μέτρηση	2	2	4
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,7	2,3	4,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	50,0%	50,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	5,3%	6,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	3,1%	6,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,4	-,4	
	πολύ	Μέτρηση	2	2	4
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,7	2,3	4,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	50,0%	50,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	5,3%	6,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	3,1%	6,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,4	-,4	
	NA	Μέτρηση	17	28	45
		Αναμενόμενη Μέτρηση	18,7	26,3	45,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	37,8%	62,2%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	63,0%	73,7%	69,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	26,2%	43,1%	69,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,9	,9	
Σύνολο		Μέτρηση	27	38	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	38,0	65,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	41,5%	58,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	41,5%	58,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,852	3	,837
Likelihood Ratio	,846	3	,838
Linear-by-Linear Association	,839	1	,360
N of Valid Cases	65		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0,05).



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ενοχοποίηση άλλων» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

		Ομάδα		Σύνολο	
		πειραματική	ελέγχου		
Ενοχοποίηση άλλων	καθόλου	Μέτρηση	4	11	15
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,2	8,8	15,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	26,7%	73,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή ομάδα	14,8%	28,9%	23,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	6,2%	16,9%	23,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,3	1,3	
	λίγο	Μέτρηση	2	5	7
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,9	4,1	7,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	28,6%	71,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	13,2%	10,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	7,7%	10,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,7	,7	
	πολύ	Μέτρηση	1	7	8
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,3	4,7	8,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	12,5%	87,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,7%	18,4%	12,3%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	10,8%	12,3%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,8	1,8	
	NA	Μέτρηση	20	15	35
		Αναμενόμενη Μέτρηση	14,5	20,5	35,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	57,1%	42,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	74,1%	39,5%	53,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	30,8%	23,1%	53,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	2,8	-2,8	
Σύνολο		Μέτρηση	27	38	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	38,0	65,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	41,5%	58,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	41,5%	58,5%	100,0%



Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,138	3	,043
Likelihood Ratio	8,633	3	,035
Linear-by-Linear Association	7,448	1	,006
N of Valid Cases	65		

Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά (Sig = 0,043) και καταδεικνύουν ότι περισσότερα άτομα της πειραματικής ομάδας εμπίπτουν στην κατηγορία NA (μη εφαρμόσιμο) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Αυτό σημαίνει ότι λιγότερα άτομα της πειραματικής ομάδας εφαρμόζουν την πρακτική της ενοχοποίησης άλλων ως τροπο αντιμετώπισης των προβλημάτων τους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική υποστήριξη» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διτλής εισόδου

			ομάδα		Σύνολο
			πειραματική	ελέγχου	
Κοινωνική υποστήριξη	λίγο	Μέτρηση	2	8	10
		Αναμενόμενη Μέτρηση	4.2	5.8	10.0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	20.0%	80.0%	100.0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7.4%	21.6%	15.6%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3.1%	12.5%	15.6%
	πολύ	Μέτρηση	21	18	39
		Αναμενόμενη Μέτρηση	16.5	22.5	39.0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	53.8%	46.2%	100.0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	77.8%	48.6%	60.9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	32.8%	28.1%	60.9%
	NA	Μέτρηση	4	11	15
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6.3	8.7	15.0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	26.7%	73.3%	100.0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	14.8%	29.7%	23.4%
		Ποσοστό επί του συνόλου	6.3%	17.2%	23.4%
Σύνολο		Μέτρηση	27	37	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27.0	37.0	64.0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	42.2%	57.8%	100.0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100.0%	100.0%	100.0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	42.2%	57.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,673	2	,059
Likelihood Ratio	5,914	2	,052
Linear-by-Linear Association	1,860	1	,173
N of Valid Cases		64	

Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά (Sig > 0,05), αλλά παρατηρείται η τάση τα υποκείμενα της πειραματικής ομάδας να χρησιμοποιούν με καλύτερα αποτελέσματα την πρακτική της στήριξης από τους άλλους ως τρόπο επίλυσης των προβλημάτων τους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Adj res 2.4).



Διασταύρωση της υποκλίμακας «παραίτηση» του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

		ομάδα		Σύνολο	
		πειραματική	ελέγχ		
παραίτηση	καθόλου	Μέτρηση	6	9	15
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,3	8,7	15,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	40,0%	60,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	22,2%	24,3%	23,4%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,4%	14,1%	23,4%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,2	,2	
	λίγο	Μέτρηση	2	2	4
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,7	2,3	4,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	50,0%	50,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	5,4%	6,3%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	3,1%	6,3%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,3	-,3	
	πολύ	Μέτρηση	1	5	6
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,5	3,5	6,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	16,7%	83,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,7%	13,5%	9,4%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,6%	7,8%	9,4%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,3	1,3	
	NA	Μέτρηση	18	21	39
		Αναμενόμενη Μέτρηση	16,5	22,5	39,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	46,2%	53,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	66,7%	56,8%	60,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	28,1%	32,8%	60,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,8	-,8	
Σύνολο		Μέτρηση	27	37	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	27,0	37,0	64,0
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	42,2%	57,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	42,2%	57,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,983	3	,576
Likelihood Ratio	2,177	3	,536
Linear-by-Linear Association	,619	1	,431
N of Valid Cases	64		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0,05).



Διασταύρωση της υποκλίμακας «επίλυση προβλημάτων» (PROSOLB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

Επίλυση προβλημάτων	καθόλου	Μέτρηση	ομάδα		Σύνολο
			πειραματική 1	ελέγχου 2	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1.2	1.8	3.0
		Ποσοστό επί του PROSOLB	33,3%	66,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,8%	5,3%	4,7%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,6%	3,1%	4,7%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,3	,3	
	λίγο	Μέτρηση	9	10	19
		Αναμενόμενη Μέτρηση	7,7	11,3	19,0
		Ποσοστό επί του PROSOLB	47,4%	52,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	34,6%	26,3%	29,7%
		Ποσοστό επί του συνόλου	14,1%	15,6%	29,7%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,7	-,7	
	πολύ	Μέτρηση	10	17	27
		Αναμενόμενη Μέτρηση	11,0	16,0	27,0
		Ποσοστό επί του PROSOLB	37,0%	63,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	38,5%	44,7%	42,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,6%	26,6%	42,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,5	,5	
	NA	Μέτρηση	6	9	15
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,1	8,9	15,0
		Ποσοστό επί του PROSOLB	40,0%	60,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	23,1%	23,7%	23,4%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,4%	14,1%	23,4%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,1	,1	
	Σύνολο	Μέτρηση	26	38	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	26,0	38,0	64,0
		Ποσοστό επί του PROSOLB	40,6%	59,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	40,6%	59,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,571	3	,903
Likelihood Ratio	,569	3	,904
Linear-by-Linear Association	,004	1	,952
N of Valid Cases	64		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0.05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «συναισθηματική ρύθμιση» (EMOTREGB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

αν είναι σε κontrol ή πειραματική ομάδα * EMOTREGB Πίνακας διπλής εισόδου

ομάδα		Συναισθηματική ρύθμιση				Σύνολο
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
πειραματική	Μέτρηση	1	12	11	3	27
	Αναμενόμενη Μέτρηση	,8	10,8	12,5	2,9	27,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κontrol ή πειραματική ομάδα	3,7%	44,4%	40,7%	11,1%	100,0%
	Ποσοστό επί του EMOTREGB	50,0%	46,2%	36,7%	42,9%	41,5%
	Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	18,5%	16,9%	4,6%	41,5%
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,2	,6	-,7	,1	
ελέγχου	Μέτρηση	1	14	19	4	38
	Αναμενόμενη Μέτρηση	1,2	15,2	17,5	4,1	38,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κontrol ή πειραματική ομάδα	2,6%	36,8%	50,0%	10,5%	100,0%
	Ποσοστό επί του EMOTREGB	50,0%	53,8%	63,3%	57,1%	58,5%
	Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	21,5%	29,2%	6,2%	58,5%
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,2	-,6	,7	-,1	
Σύνολο	Μέτρηση	2	26	30	7	65
	Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	26,0	30,0	7,0	65,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κontrol ή πειραματική ομάδα	3,1%	40,0%	46,2%	10,8%	100,0%
	Ποσοστό επί του EMOTREGB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	40,0%	46,2%	10,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,585	3	,900
Likelihood Ratio	,586	3	,900
Linear-by-Linear Association	,004	1	,951
N of Valid Cases	65		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0.05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «διάσπαση» (DISTRACB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

Ομάδα	Μέτρηση	DISTRACB				Σύνολο
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
πειραματική	Μέτρηση	0	10	14	5	29
	Αναμενόμενη Μέτρηση	,9	10,0	13,0	5,2	29,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	,0%	34,5%	48,3%	17,2%	100,0%
	Ποσοστό επί του DISTRACB	,0%	43,5%	46,7%	41,7%	43,3%
	Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	14,9%	20,9%	7,5%	43,3%
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,3	,0	,5	-,1	
ομάδα ελέγχου	Μέτρηση	2	13	16	7	38
	Αναμενόμενη Μέτρηση	1,1	13,0	17,0	6,8	38,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	5,3%	34,2%	42,1%	18,4%	100,0%
	Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	56,5%	53,3%	58,3%	56,7%
	Ποσοστό επί του συνόλου	3,0%	19,4%	23,9%	10,4%	56,7%
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,3	,0	-,5	,1	
Σύνολο	Μέτρηση	2	23	30	12	67
	Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	23,0	30,0	12,0	67,0
	Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,0%	34,3%	44,8%	17,9%	100,0%
	Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του συνόλου	3,0%	34,3%	44,8%	17,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,679	3	,642
Likelihood Ratio	2,421	3	,490
Linear-by-Linear Association	,013	1	,911
N of Valid Cases	67		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0.05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ευσεβείς πόθοι» (WISHTHIB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

		Ευσεβείς πόθοι				Σύνολο	
			καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
ομάδα	πειραματική	Μέτρηση	6	11	8	2	27
		Αναμενόμενη Μέτρηση	9,6	9,1	6,2	2,1	27,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κόντρολ ή πειραματική ομάδα	22,2%	40,7%	29,6%	7,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	26,1%	50,0%	53,3%	40,0%	41,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,2%	16,9%	12,3%	3,1%	41,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,9	1,0	1,1	-,1	
	ομάδα ελέγχου	Μέτρηση	17	11	7	3	38
		Αναμενόμενη Μέτρηση	13,4	12,9	8,8	2,9	38,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κόντρολ ή πειραματική ομάδα	44,7%	28,9%	18,4%	7,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	73,9%	50,0%	46,7%	60,0%	58,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	26,2%	16,9%	10,8%	4,6%	58,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,9	-1,0	-1,1	,1	
Σύνολο		Μέτρηση	23	22	15	5	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	23,0	22,0	15,0	5,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κόντρολ ή πειραματική ομάδα	35,4%	33,8%	23,1%	7,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	35,4%	33,8%	23,1%	7,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,774	3	,287
Likelihood Ratio	3,880	3	,275
Linear-by-Linear Association	,000	1	,983
N of Valid Cases	65		

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig>0.05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική απόσυρση» (SOCWITHB) του ερωτηματολογίου KIDCOPE με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Πίνακας διπλής εισόδου

ομάδα	πειραματική	Μέτρηση	Κοινωνική απόσυρση				Σύνολο
			καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2	2	13	10	27
		Μέτρηση	4,2	4,2	7,5	11,2	27,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	7,4%	7,4%	48,1 %	37,0 %	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	20,0%	20,0%	72,2 %	37,0 %	41,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	3,1%	20,0 %	15,4 %	41,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,5	-1,5	3,1	-,6	
	ελέγχου	Μέτρηση	8	8	5	17	38
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,8	5,8	10,5	15,8	38,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	21,1%	21,1%	13,2 %	44,7 %	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	80,0%	80,0%	27,8 %	63,0 %	58,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,3%	12,3%	7,7%	26,2 %	58,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,5	1,5	-3,1	,6	
Σύνολο		Μέτρηση	10	10	18	27	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	10,0	10,0	18,0	27,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	15,4%	15,4%	27,7 %	41,5 %	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,4%	15,4%	27,7 %	41,5 %	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,025	3	,012
Likelihood Ratio	11,358	3	,010
Linear-by-Linear Association	,333	1	,564
N of Valid Cases	65		

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Περισσότερα υποκείμενα που ανήκουν στην πειραματική ομάδα συγκριτικά με τα υποκείμενα στην ομάδα ελέγχου ασκούν την πρακτική αυτή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με περισσότερη επάρκεια (Sig <0,05, Adj resid. 3,1 , -3,1).



Διασταύρωση Kiddie Με Είδος Κρίσεων

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,398	2	,111
Likelihood Ratio	4,409	2	,110
Linear-by-Linear Association	4,198	1	,040
N of Valid Cases	75		

Οι υπό εξέταση μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες μεταξύ τους (sig>0,05)

Διασταύρωση Kiddie με Expressed Emotion

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,162	2	,922
Likelihood Ratio	,161	2	,923
Linear-by-Linear Association	,032	1	,858
N of Valid Cases	60		

Οι υπό εξέταση μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες μεταξύ τους (sig>0,05)



Συσχέτιση της μεταβλητής ομάδα (πειραματική/ελέγχου) με με τόπο κατοικίας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,914	2	,633
Likelihood Ratio	,929	2	,628
Linear-by-Linear Association	,041	1	,840
N of Valid Cases	60		

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες ($\text{sig} > 0,05$)

Συσχέτιση της μεταβλητής ομάδα (πειραματική/ελέγχου) με οικονομική κατάσταση

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,008	1	,929		
Continuity Correction	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,008	1	,929		
Fisher's Exact Test				1,000	,598
Linear-by-Linear Association	,008	1	,930		
N of Valid Cases	60				

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες ($\text{sig} > 0,05$)

Συσχέτιση της μεταβλητής ομάδα (πειραματική/ελέγχου) με το φύλο

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,837	1	,360		
Continuity Correction	,455	1	,500		
Likelihood Ratio	,838	1	,360		
Fisher's Exact Test				,472	,250
Linear-by-Linear Association	,825	1	,364		
N of Valid Cases	72				

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες ($\text{sig} > 0,05$)



Συσχέτιση της μεταβλητής ομάδα (πειραματική/ελέγχου) με εκπαίδευση

EDU C	Πρωτοβάθμια	Μέτρηση	ομάδα		Σύνολο
			πειραματική	ομάδα ελέγχου	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,5	,5	1,0
		Ποσοστό επί του EDUC	100,0%	,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	3,1%	,0%	1,7%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,9	-,9	
	Δευτεροβάθμια	Μέτρηση	6	1	7
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,7	3,3	7,0
		Ποσοστό επί του EDUC	85,7%	14,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	18,8%	3,6%	11,7%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,8	-1,8	
	Τριτοβάθμια	Μέτρηση	6	5	11
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,9	5,1	11,0
		Ποσοστό επί του EDUC	54,5%	45,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	18,8%	17,9%	18,3%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,1	-,1	
	Ανώτερη	Μέτρηση	0	5	5
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,7	2,3	5,0
		Ποσοστό επί του EDUC	,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	,0%	17,9%	8,3%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-2,5	2,5	
	Ανώτατη	Μέτρηση	19	17	36
		Αναμενόμενη Μέτρηση	19,2	16,8	36,0
		Ποσοστό επί του EDUC	52,8%	47,2%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	59,4%	60,7%	60,0%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,1	,1	
Σύνολο		Μέτρηση	32	28	60
		Αναμενόμενη Μέτρηση	32,0	28,0	60,0
		Ποσοστό επί του EDUC	53,3%	46,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του αν είναι σε κοντρολ ή πειραματική ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	d f	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	9,549	4	,049
Likelihood Ratio	12,216	4	,016
Linear-by-Linear Association	1,871	1	,171
N of Valid Cases	60		

Αποδεικνύεται ότι πολύ λιγότεροι γονείς παιδιών που ανήκουν στην πειραματική ομάδα έχουν ανώτερη εκπαίδευση συγκριτικά με τους γονείς παιδιών που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου (adj resid. -2,5, 2,5, sig<0,05). Οι υπόλοιπες ομάδες δεν έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.



Συσχέτιση του δείκτη Expressed Emotion με το ερωτηματολόγιο K-SADS.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,543	1	,461		
Continuity Correction	,212	1	,645		
Likelihood Ratio	,541	1	,462		
Fisher's Exact Test				,582	,322
Linear-by-Linear Association	,534	1	,465		
N of Valid Cases	60				

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες (sig>0,05)

Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K-SADS. με την ομάδα των υποκειμένων (πειραματική/ελέγχου)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,172	1	,141		
Continuity Correction	1,519	1	,218		
Likelihood Ratio	2,167	1	,141		
Fisher's Exact Test				,156	,109
Linear-by-Linear Association	2,143	1	,143		
N of Valid Cases	75				

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες (sig>0,05)

Συσχέτιση του δείκτη Expressed Emotion με την ομάδα των υποκειμένων (πειραματική/ελέγχου)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,300	1	,584		
Continuity Correction	,075	1	,784		
Likelihood Ratio	,300	1	,584		
Fisher's Exact Test				,785	,392
Linear-by-Linear Association	,295	1	,587		
N of Valid Cases	60				

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες (sig>0,05)



Διασταύρωση ερωτηματολογίου K-SADS. με δείκτη Expressed Emotion

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,162	2	,922
Likelihood Ratio	,161	2	,923
Linear-by-Linear Association	,032	1	,858
N of Valid Cases	60		

Οι μεταβλητές αποδεικνύονται ανεξάρτητες (sig>0,05)

Συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή "υποτροπή".

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Λύσεις» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

Λύσεις		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Λύσεις	Equal variances assumed	,093	,763	1,22	28	,231	1,60	1,31	-1,07	4,27
	Equal variances not assumed			1,24	18,57	,231	1,60	1,29	-1,11	4,31

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

FAD Επικοινωνία		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances assumed	,466	,500	,348	31	,730	,58	1,68	-2,83	4,00
	Equal variances not assumed			,366	26,69	,717	,58	1,59	-2,68	3,85

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Ρόλοι» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

FAD Ρόλοι		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances assumed	4,38	,045	,327	29	,746	,75	2,29	-3,94	5,4
	Equal variances not assumed			,358	28,87	,723	,75	2,10	-3,54	5,0

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	Df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
FAD Απαντητικότητα									
Equal variances assumed	,440	,512	-,637	31	,529	-1,13	1,77	-4,75	2,49
Equal variances not assumed			-,675	27,08	,505	-1,13	1,68	-4,57	2,31

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «εμπλοκή» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means

Levene's Test for Equality of Variances

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FADI NVOL	Equal variances assumed	,023	,880	-,649	26	,522	-,85	1,31	-3,54	1,84
	Equal variances not assumed			-,647	21,23	,525	-,85	1,31	-3,58	1,88

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Έλεγχος» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test
Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Means

FAD		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances assumed	3,012	,093	,012	29	,991	1,36E-02	1,18	-2,40	2,43
	Equal variances not assumed			,010	14,177	,992	1,36E-02	1,36	-2,90	2,92

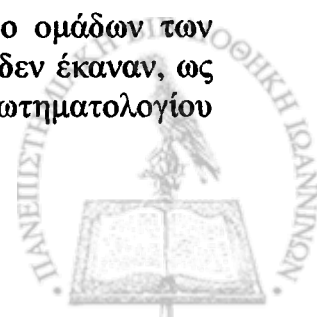
Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Γενική Λειτουργικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή «υποτροπή».

Independent Samples Test
Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Means

FAD Γεν Λειτουργικότητα		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances assumed	3,046	,092	,549	29	,587	1,50	2,73	-4,09	7,09
	Equal variances not assumed			,613	27,43	,545	1,50	2,45	-3,52	6,52

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή εκείνων που έκαναν υποτροπή και εκείνων που δεν έκαναν, ως προς τις τιμές των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «Γνωστικός Ανασχηματισμός» του ερωτηματολογίου Kid Core με τον δείκτη Expressed Emotion.

Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA	16	
ee	Hi	Μέτρηση	0	1	6	9	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,6	2,1	5,4	7,8	16,0
		Ποσοστό επί του ee	,0%	6,3%	37,5%	56,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	,0%	14,3%	33,3%	34,6%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	1,9%	11,3%	17,0%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,9	-1,0	,4	,7	
low		Μέτρηση	2	6	12	17	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,4	4,9	12,6	18,2	37,0
		Ποσοστό επί του ee	5,4%	16,2%	32,4%	45,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	100,0%	85,7%	66,7%	65,4%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,8%	11,3%	22,6%	32,1%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,9	1,0	-,4	-,7	
Σύνολο		Μέτρηση	2	7	18	26	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	7,0	18,0	26,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	3,8%	13,2%	34,0%	49,1%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,8%	13,2%	34,0%	49,1%	100,0%



Πίνακας:
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,031	3	,566
Likelihood Ratio	2,722	3	,436
Linear-by-Linear Association	,481	1	,488
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ενοχοποίηση άλλων» του ερωτηματολογίου Kid Core με τον δείκτη Expressed Emotion.

Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ee	hi	Μέτρηση	4	1	2	9	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,6	1,8	1,5	9,1	16,0
		Ποσοστό επί του ee	25,0%	6,3%	12,5%	56,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	33,3%	16,7%	40,0%	30,0%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	7,5%	1,9%	3,8%	17,0%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,3	-,8	,5	,0	
low	hi	Μέτρηση	8	5	3	21	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	8,4	4,2	3,5	20,9	37,0
		Ποσοστό επί του ee	21,6%	13,5%	8,1%	56,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	66,7%	83,3%	60,0%	70,0%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,1%	9,4%	5,7%	39,6%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,3	,8	-,5	,0	
Σύνολο	hi	Μέτρηση	12	6	5	30	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	12,0	6,0	5,0	30,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	22,6%	11,3%	9,4%	56,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	22,6%	11,3%	9,4%	56,6%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,806	3	,848
Likelihood Ratio	,855	3	,836
Linear-by-Linear Association	,001	1	,974
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «παραίτηση» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

εε * πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
εε	hi	Μέτρηση	3	3	0	10	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,3	1,2	1,8	9,7	16,0
		Ποσοστό επί του εε	18,8%	18,8%	,0%	62,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	27,3%	75,0%	,0%	31,3%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	5,7%	5,7%	,0%	18,9%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,2	2,0	-1,7	,2	
	low	Μέτρηση	8	1	6	22	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	7,7	2,8	4,2	22,3	37,0
		Ποσοστό επί του εε	21,6%	2,7%	16,2%	59,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	72,7%	25,0%	100,0%	68,8%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,1%	1,9%	11,3%	41,5%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,2	-2,0	1,7	-,2	
Σύνολο		Μέτρηση	11	4	6	32	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	11,0	4,0	6,0	32,0	53,0
		Ποσοστό επί του εε	20,8%	7,5%	11,3%	60,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	20,8%	7,5%	11,3%	60,4%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,467	3	,091
Likelihood Ratio	7,781	3	,051
Linear-by-Linear Association	,038	1	,845
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.

Διασταύρωση της υποκλίμακας «αυτοκριτική» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

Πίνακας διπλής εισόδου

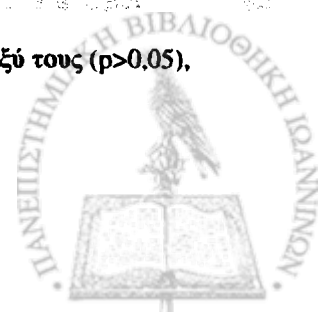
		πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος				Σύνολο
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
e e	Μέτρηση	5	2	1	8	16
	Αναμενόμενη Μέτρηση	3,3	1,2	,9	10,6	16,0
	Ποσοστό επί του ee	31,3%	12,5%	6,3%	50,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	45,5%	50,0%	33,3%	22,9%	30,2%
e w	Μέτρηση	6	2	2	27	37
	Αναμενόμενη Μέτρηση	7,7	2,8	2,1	24,4	37,0
	Ποσοστό επί του ee	16,2%	5,4%	5,4%	73,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	54,5%	50,0%	66,7%	77,1%	69,8%
Σύνολο	Μέτρηση	11	4	3	35	53
	Αναμενόμενη Μέτρηση	11,0	4,0	3,0	35,0	53,0
	Ποσοστό επί του ee	20,8%	7,5%	5,7%	66,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	Μέτρηση	11	4	3	35	53
	Αναμενόμενη Μέτρηση	11,0	4,0	3,0	35,0	53,0
	Ποσοστό επί του ee	20,8%	7,5%	5,7%	66,0%	100,0%
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,868	3	,412
Likelihood Ratio	2,770	3	,429
Linear-by-Linear Association	2,588	1	,108
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική υποστήριξη» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

Πίνακας διπλής εισόδου

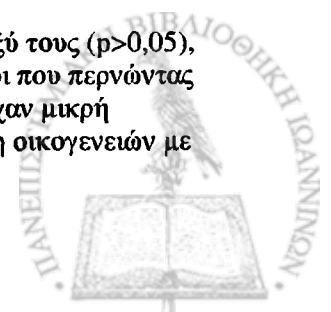
		πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους			Σύνολο	
		λίγο	πολύ	NA	ο	
ee	hi	Μέτρηση	5	7	4	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,4	10,3	3,3	16,0
		Ποσοστό επί του ee	31,3%	43,8%	25,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	62,5%	20,6%	36,4%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	9,4%	13,2%	7,5%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	2,2	-2,0	,5	
	low	Μέτρηση	3	27	7	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,6	23,7	7,7	37,0
		Ποσοστό επί του ee	8,1%	73,0%	18,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	37,5%	79,4%	63,6%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	5,7%	50,9%	13,2%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-2,2	2,0	-,5	
Σύνολο		Μέτρηση	8	34	11	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	8,0	34,0	11,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	15,1%	64,2%	20,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,1%	64,2%	20,8%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,649	2	,059
Likelihood Ratio	5,340	2	,069
Linear-by-Linear Association	,227	1	,634
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση. Διαφαίνεται όμως μία τάση, να είναι περισσότεροι εκείνοι που περνώντας χρόνο με τους άλλους, σε οικογένειες με υψηλούς δείκτες EE (expressed emotion), είχαν μικρή αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης αυτής, συγκριτικά με εκείνους που είναι μέλη οικογενειών με χαμηλό τον ίδιο δείκτη.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «επίλυση προβλημάτων» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

Πίνακας διπλής εισόδου

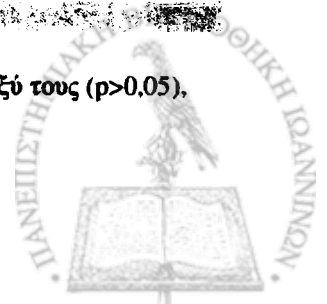
		PROSOLB				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ee	hi	Μέτρηση	1	3	8	4	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,9	4,6	7,4	3,1	16,0
		Ποσοστό επί του ee	6,3%	18,8%	50,0%	25,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του PROSOLB	33,3%	20,0%	33,3%	40,0%	30,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,9%	5,8%	15,4%	7,7%	30,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,1	-1,1	,4	,7	
	low	Μέτρηση	2	12	16	6	36
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,1	10,4	16,6	6,9	36,0
		Ποσοστό επί του ee	5,6%	33,3%	44,4%	16,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του PROSOLB	66,7%	80,0%	66,7%	60,0%	69,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,8%	23,1%	30,8%	11,5%	69,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,1	1,1	-,4	-,7	
Σύνολο		Μέτρηση	3	15	24	10	52
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,0	15,0	24,0	10,0	52,0
		Ποσοστό επί του ee	5,8%	28,8%	46,2%	19,2%	100,0%
		Ποσοστό επί του PROSOLB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	5,8%	28,8%	46,2%	19,2%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,300	3	,729
Likelihood Ratio	1,349	3	,718
Linear-by-Linear Association	,496	1	,481
N of Valid Cases	52		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «συναισθηματική ρύθμιση» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

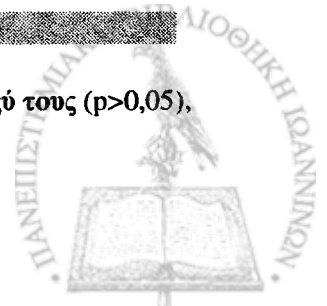
Πίνακας διπλής εισόδου

		EMOTREGB				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ee	hi	Μέτρηση	0	5	9	2	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,6	6,0	7,8	1,5	16,0
		Ποσοστό επί του ee	,0%	31,3%	56,3%	12,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	,0%	25,0%	34,6%	40,0%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	9,4%	17,0%	3,8%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,9	-,6	,7	,5	
	lo	Μέτρηση	2	15	17	3	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,4	14,0	18,2	3,5	37,0
		Ποσοστό επί του ee	5,4%	40,5%	45,9%	8,1%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	100,0%	75,0%	65,4%	60,0%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,8%	28,3%	32,1%	5,7%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,9	,6	-,7	-,5	
Σύνολο		Μέτρηση	2	20	26	5	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	20,0	26,0	5,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	3,8%	37,7%	49,1%	9,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,8%	37,7%	49,1%	9,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,590	3	,662
Likelihood Ratio	2,155	3	,541
Linear-by-Linear Association	,268	1	,604
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «distract» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

ee * DISTRACB Πίνακας διπλής εισόδου

		DISTRACB				Σύνολο	
ee	hi	Μέτρηση	Καθόλου 0	λίγο 6	πολύ 8	NA 3	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,3	5,9	7,7	3,1	17,0
		Ποσοστό επί του ee	,0%	35,3%	47,1%	17,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	,0%	31,6%	32,0%	30,0%	30,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	10,9%	14,5%	5,5%	30,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,7	,1	,2	-,1	
	low	Μέτρηση	1	13	17	7	38
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,7	13,1	17,3	6,9	38,0
		Ποσοστό επί του ee	2,6%	34,2%	44,7%	18,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	68,4%	68,0%	70,0%	69,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,8%	23,6%	30,9%	12,7%	69,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,7	-,1	-,2	,1	
Σύνολο	o	Μέτρηση	1	19	25	10	55
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,0	19,0	25,0	10,0	55,0
		Ποσοστό επί του ee	1,8%	34,5%	45,5%	18,2%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,8%	34,5%	45,5%	18,2%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,469	3	,926
Likelihood Ratio	,761	3	,859
Linear-by-Linear Association	,004	1	,949
N of Valid Cases	55		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ευσεβείς πόθοι» του ερωτηματολογίου Kid - Core με τον δείκτη Expressed Emotion.

ee * WISHTHIB Πίνακας διπλής εισόδου

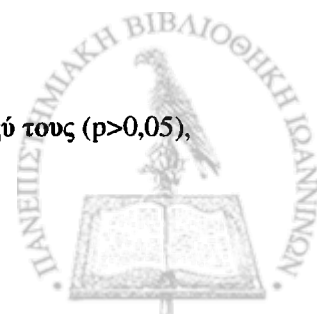
		WISHTHIB				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ee	hi	Μέτρηση	6	5	5	1	17
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,0	5,7	4,1	1,3	17,0
		Ποσοστό επί του ee	35,3%	29,4%	29,4%	5,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	31,6%	27,8%	38,5%	25,0%	31,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	11,1%	9,3%	9,3%	1,9%	31,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,0	-,4	,6	-,3	
	low	Μέτρηση	13	13	8	3	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	13,0	12,3	8,9	2,7	37,0
		Ποσοστό επί του ee	35,1%	35,1%	21,6%	8,1%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	68,4%	72,2%	61,5%	75,0%	68,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	24,1%	24,1%	14,8%	5,6%	68,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,0	,4	-,6	,3	
Σύνολο		Μέτρηση	19	18	13	4	54
		Αναμενόμενη Μέτρηση	19,0	18,0	13,0	4,0	54,0
		Ποσοστό επί του ee	35,2%	33,3%	24,1%	7,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	35,2%	33,3%	24,1%	7,4%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,486	3	,922
Likelihood Ratio	,482	3	,923
Linear-by-Linear Association	,077	1	,782
N of Valid Cases	54		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική απόσυρση» (SOCWITHB) του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη Expressed Emotion.

ee * SOCWITHB Πίνακας διπλής εισόδου

		SOCWITHB				Σύνολο	
		καθόλου	Λίγο	Πολύ	NA		
ee	hi	Μέτρηση	3	3	4	6	16
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,1	2,1	4,8	6,9	16,0
		Ποσοστό επί του ee	18,8%	18,8%	25,0%	37,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	42,9%	42,9%	25,0%	26,1%	30,2%
		Ποσοστό επί του συνόλου	5,7%	5,7%	7,5%	11,3%	30,2%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,8	,8	-,5	-,6	
	lo	Μέτρηση	4	4	12	17	37
		Αναμενόμενη Μέτρηση	4,9	4,9	11,2	16,1	37,0
		Ποσοστό επί του ee	10,8%	10,8%	32,4%	45,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	57,1%	57,1%	75,0%	73,9%	69,8%
		Ποσοστό επί του συνόλου	7,5%	7,5%	22,6%	32,1%	69,8%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,8	-,8	,5	,6	
	Σύνολο	Μέτρηση	7	7	16	23	53
		Αναμενόμενη Μέτρηση	7,0	7,0	16,0	23,0	53,0
		Ποσοστό επί του ee	13,2%	13,2%	30,2%	43,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	13,2%	13,2%	30,2%	43,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,454	3	,693
Likelihood Ratio	1,402	3	,705
Linear-by-Linear Association	,332	1	,564
N of Valid Cases	53		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Συσχετίσεις των Υποκλίμακων του ερωτηματολογίου FAD με την μεταβλητή "φαρμακευτική αγωγή"

Συσχέτιση της υποκλίμακας «Λύσεις» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA

FAD Λύσεις

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10,713	3	3,571	,505	,680
Within Groups	467,058	66	7,077		
Σύνολο	477,771	69			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν και όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD (sig>0,05).

Σύσχετιση της υποκλίμακας «Επικοινωνία» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA

FAD Επικοινωνία

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20,062	3	6,687	,332	,802
Within Groups	1387,91	69	20,115		
Σύνολο	1407,97	72			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν και όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν και τέλος όσων ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD(sig>0,05).



Συσχέτιση της υποκλίμακας «Ρόλοι» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA

FAD Ρόλοι

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	254,294	3	84,765	3,432	,022
Within Groups	1655,00	67	24,702		
Σύνολο	1909,29	70			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: FAD Ρόλοι

Bonferroni

		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
(I) αν παίρνει το παιδί φαρμακευτική αγωγή ναι	(J) αν παίρνει το παιδί φαρμακευτική αγωγή όχι	-3,28	2,09	,731	-8,98	2,41
	μη συμμορφώσιμο	-,16	2,73	1,000	-7,59	7,28
	NA	2,44	1,38	,494	-1,32	6,21
όχι	ναι	3,28	2,09	,731	-2,41	8,98
	μη συμμορφώσιμο	3,13	3,04	1,000	-5,15	11,40
	NA	5,73	1,92	,024	,49	10,96
μη συμμορφώσιμο	ναι	,16	2,73	1,000	-7,28	7,59
	όχι	-3,13	3,04	1,000	-11,40	5,15
	NA	2,60	2,61	1,000	-4,49	9,69
NA	ναι	-2,44	1,38	,494	-6,21	1,32
	όχι	-5,73	1,92	,024	-10,96	-,49
	μη συμμορφώσιμο	-2,60	2,61	1,000	-9,69	4,49

* The mean difference is significant at the .05 level.

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD. Πιο συγκεκριμένα, οι τιμές των οικογενειών των υποκειμένων που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τις τιμές των οικογενειών των υποκειμένων που δεν παίρνουν φαρμακευτική αγωγή. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των λοιπών ομάδων ($F(3,67)=3,432$, ($\text{sig}<0,05$)).



Συσχέτιση της υποκλίμακας «Απαντητικότητα» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA

FAD Απαντητικότητα

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	47,576	3	15,859	,904	,444
Within Groups	1192,29	68	17,534		
Σύνολο	1239,87	71			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν, όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν και τέλος όσων ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD(sig>0,05).

Συσχέτιση της υποκλίμακας «Εμπλοκή» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA

FADI Εμπλοκή

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,623	3	1,208	,113	,952
Within Groups	683,142	64	10,674		
Σύνολο	686,765	67			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν, όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν και τέλος όσων ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD(sig>0,05).



Συσχέτιση της υποκλίμακας «Ελεγχος» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA
FADCONT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	25,976	3	8,659	,902	,445
Within Groups	642,954	67	9,596		
Σύνολο	668,930	70			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν, όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν και τέλος όσων ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD(sig>0,05).

Συσχέτιση της υποκλίμακας «Γενική Λειτουργικότητα» με την μεταβλητή «Φαρμακευτική Αγωγή»

ANOVA
FADFUNK

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	40,64	3	13,547	,333	,801
Within Groups	2684,80	66	40,679		
Σύνολο	2725,44	69			

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των υποκειμένων, δηλαδή αυτών που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, αυτών που δεν παίρνουν, όσων δεν συμμορφώνονται με την άποψη των γιατρών για την φαρμακευτική αγωγή που θα έπρεπε να παίρνουν και τέλος όσων ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, ως προς τους μέσους όρους των τιμών των οικογενειών τους στην υποκλίμακα αυτή του ερωτηματολογίου FAD(sig>0,05).



Συσχετίσεις του Ερωτηματολογίου K- SADS με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου FAD

Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα «Εμπλοκή» του ερωτηματολογίου FAD.

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Εμπλοκή	Equal variances assumed	,962	,330	,707	66	,482	,57	,81	-1,04	2,18
	Equal variances not assumed			,737	56,9	,464	,57	,77	-,98	2,12

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της εμπλοκής των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας ($\text{sig} > 0,05$).

Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα «Εμπλοκή» του ερωτηματολογίου FAD.

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances assumed	,034	,855	1,051	68	,297	,68	,65	-,61	1,97
	Equal variances not assumed			1,049	54,98	,299	,68	,65	-,62	1,98

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της επίλυσης προβλημάτων μεταξύ των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας ($\text{sig} > 0,05$).



Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου FAD

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
επικοινωνία	Equal variances assumed	,003	,959	,555	71	,581	,60	1,08	-1,55	2,75
	Equal variances not assumed			,559	55,94	,578	,60	1,07	-1,54	2,74

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας ($\text{sig} > 0,05$).

Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα «Ρόλοι» του ερωτηματολογίου FAD.

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ρόλοι	Equal variances assumed	,720	,399	,186	69	,853	,24	1,30	-2,34	2,83
	Equal variances not assumed			,198	62,45	,843	,24	1,22	-2,19	2,67

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της κατανομής των ρόλων μεταξύ των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας ($\text{sig} > 0,05$).



**Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα
«Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD.**

Independent Samples Test
Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Απαντητικότητα	Equal variances assumed	,588	,446	1,445	70	,153	1,46	1,01	-,55	3,47
	Equal variances not assumed			1,474	58,30	,146	1,46	,99	-,52	3,44

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της απαντητικότητας μεταξύ των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας (sig>0,05).

**Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα
«Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD.**

Independent Samples Test
Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Means

		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FADCO NT	Equal variances assumed	2,952	,090	-,278	69	,782	-,21	,76	-1,73	1,31
	Equal variances not assumed			-,307	68,78	,760	-,21	,69	-1,58	1,16

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της απαντητικότητας μεταξύ των μελών της οικογενείας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας (sig>0,05).



**Συσχέτιση του ερωτηματολογίου K- SADS με την υποκλίμακα
«Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD.**

Independent Samples Test
Levene's Test for Equality of Variances t-test for Equality of Mean

		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Γενική λειτουργία	Equal variances assumed	,105	,747	1,005	68	,318	1,56	1,55	-1,54	4,66
	Equal variances not assumed			1,004	52,44	,320	1,56	1,56	-1,56	4,68

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της γενικότερης λειτουργίας των μελών της οικογένειας στην ψυχοπαθολογία του παιδιού, εφόσον οι δύο ομάδες, εκείνων που έχουν ψυχοπαθολογία και εκείνων που δεν έχουν, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους στις μέσες τιμές της υποκλίμακας.



Συσχέτιση Είδους Κρίσεων με τις Υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου FAD

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Λύσεις» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Επίλυση προβλημάτων	Equal variances assumed	,875	,358	,896	28	,378	1,14	1,27	-1,47	3,74
	Equal variances not assumed			,864	20,77	,398	1,14	1,32	-1,60	3,88

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της επίλυσης των προβλημάτων μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή (sig>0,05).



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Επικοινωνία	Equal variances assumed	1,853	,183	,199	31	,844	,33	1,68	-3,09	3,76
	Equal variances not assumed			,185	18,58	,855	,33	1,80	-3,45	4,11

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή (sig>0,05).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Ρόλοι» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means

Levene's Test for Equality of Variances

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ρόλοι	Equal variances assumed	4,162	,051	,807	29	,426	1,83	2,27	-2,81	6,48
	Equal variances not assumed			,735	17,08	,472	1,83	2,49	-3,42	7,09

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της κατανομής των ρόλων μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή (sig>0,05)..



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Απαντητικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FADRES P	Equal variances assumed	2,024	,165	-,027	31	,979	-4,76E-02	1,79	-3,69	3,59
	Equal variances not assumed			-,029	28,137	,977	-4,76E-02	1,66	-3,45	3,35

Independent Samples Test

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της απαντητικότητας μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή ($\text{sig} > 0,05$).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Εμπλοκή» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

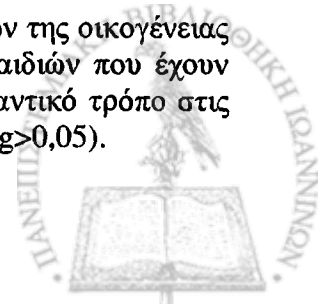
Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
εμπλοκή	Equal variances assumed	,163	,690	,077	26	,939	,10	1,32	-2,61	2,82
	Equal variances not assumed			,079	23,02	,938	,10	1,29	-2,57	2,77

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της εμπλοκής μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή ($\text{sig} > 0,05$).



Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Ελεγχος» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
FADCO NT	Equal variances assumed	1,080	,307	1,233	29	,227	1,39	1,13	-,92	3,71
	Equal variances not assumed			1,303	27,42	,204	1,39	1,07	-,80	3,59

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα « Ελεγχος» μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή (sig>0,05).

Συσχέτιση τιμών στην υποκλίμακα «Γενική Λειτουργικότητα» του ερωτηματολογίου FAD με το είδος των κρίσεων

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Γενική Λειτουργία	Equal variances assumed	3,269	,081	,784	29	,439	2,09	2,67	-3,37	7,55
	Equal variances not assumed			,720	17,55	,481	2,09	2,90	-4,02	8,20

Δεν αποδεικνύεται επίδραση του παράγοντα της Γενικότερης Λειτουργίας μεταξύ των μελών της οικογένειας στον τύπο κρίσεων του παιδιού. Πιο Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες των παιδιών που έχουν αφαιρετικές κρίσεις και τονικοκλονικές, δεν διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στις μέσες τιμές που οι οικογένειές τους παρουσιάζουν στην υποκλίμακα αυτή (sig>0,05).



Συσχέτιση της υποκλίμακας "επίλυση προβλημάτων" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Επύλ. προβλ.	Equal variances assumed	13,611	,000	1,058	68	,294	,68	,641	-,601	1,959
	Equal variances not assumed			,955	38,93	,346	,68	,711	-,759	2,117

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig>0,05)

Συσχέτιση της υποκλίμακας "επικοινωνία" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
επικοι ν	Equal variances assumed	,975	,327	,564	71	,574	,59	1,052	-1,504	2,692
	Equal variances not assumed			,557	61,44	,580	,59	1,066	-1,538	2,725

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig >0,05)



Συσχέτιση της υποκλίμακας "ρόλοι" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Independent Samples Test		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ρόλο	Equal variances assumed	9,018	,004	3,056	69	,003	3,64	1,192	1,265	6,021
t	Equal variances not assumed			2,829	43,81	,007	3,64	1,288	1,047	6,239

Καταδεικνύονται στατιστικά σημανικές διαφορές στους μέσους όρους των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, τα υποκείμενα στην ομάδα ελέγχου έχουν χαμηλότερο σκορ στην υποκλίμακα αυτή πράγμα το οποίο σημαίνει ότι στις οικογένειές τους οι ρόλοι είναι καλύτερα δομημένοι. (Sig<0,05)

Συσχέτιση της υποκλίμακας "Απαντητικότητα" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Independent Samples Test		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Απαντητ	Equal variances assumed	7,696	,007	,636	70	,527	,63	,999	-1,357	2,627
	Equal variances not assumed			,608	52,13	,546	,63	1,044	-1,461	2,731

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig >0,05)



Συσχέτιση της υποκλίμακας "εμπλοκή" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων.

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
εμπλοκή	Equal variances assumed	,799	,375	-,036	66	,971	-,03	,805	-1,636	1,578
	Equal variances not assumed			-,035	48,24	,972	-,03	,829	-1,695	1,636

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig >0,05)

Συσχέτιση της υποκλίμακας "" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων

Independent Samples Test										
Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FAD CON T	Equal variances assumed	,297	,588	1,179	69	,242	,88	,744	-,607	2,362
	Equal variances not assumed			1,170	58,70	,247	,88	,750	-,623	2,379

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig >0,05)



Συσχέτιση της υποκλίμακας "Γενική λειτουργικότητα" του ερωτηματολογίου FAD με την ομάδα (πειραματική ή ελέγχου) των υποκειμένων

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Γεν	Equal	3,26	,075	1,1	68	,275	1,68	1,523	-1,362	4,715
Λειτο	variances	0		01						
υργ.	assumed									
	Equal			1,0	49,37	,299	1,68	1,598	-1,534	4,887
	variances			49						
	not									
	assumed									

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (sig >0,05)



Διασταύρωση της υποκλίμακας «Γνωστικός Ανασηματισμός» του ερωτηματολογίου Kid Core με τον δείκτη K-SADS

αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι * πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος

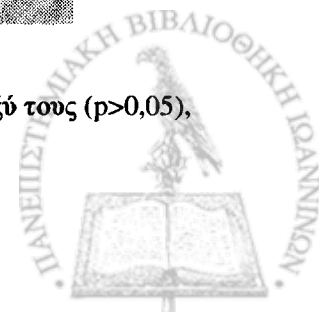
Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος				Σύνολο	
			καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
Kiddy Sads	όχι	Μέτρηση	3	8	10	20	41
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,9	6,3	12,0	20,8	41,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	7,3%	19,5%	24,4%	48,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	100,0%	80,0%	52,6%	60,6%	63,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	4,6%	12,3%	15,4%	30,8%	63,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,4	1,2	-1,1	-,4	
	ναι	Μέτρηση	0	2	9	13	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,1	3,7	7,0	12,2	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	,0%	8,3%	37,5%	54,2%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	,0%	20,0%	47,4%	39,4%	36,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	3,1%	13,8%	20,0%	36,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,4	-1,2	1,1	,4	
Σύνολο		Μέτρηση	3	10	19	33	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,0	10,0	19,0	33,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	4,6%	15,4%	29,2%	50,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	4,6%	15,4%	29,2%	50,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,962	3	,266
Likelihood Ratio	5,064	3	,167
Linear-by-Linear Association	,189	1	,664
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ενοχοποίηση άλλων» του ερωτηματολογίου Kid Core με τον δείκτη K-SADS

αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι * πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος

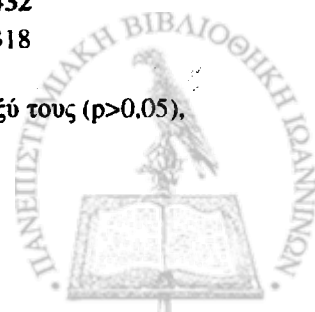
Πίνακας διπλής εισόδου

Kiddy sads	όχι	Μέτρηση	πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος				Σύνολο
			καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
			7	4	6	24	41
		Αναμενόμενη Μέτρηση	9,5	4,4	5,0	22,1	41,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	17,1%	9,8%	14,6%	58,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	46,7%	57,1%	75,0%	68,6%	63,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	10,8%	6,2%	9,2%	36,9%	63,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,5	-,3	,7	1,0	
	να	Μέτρηση	8	3	2	11	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,5	2,6	3,0	12,9	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	33,3%	12,5%	8,3%	45,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	53,3%	42,9%	25,0%	31,4%	36,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,3%	4,6%	3,1%	16,9%	36,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,5	,3	-,7	-1,0	
	Σύνολο	Μέτρηση	15	7	8	35	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	15,0	7,0	8,0	35,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	23,1%	10,8%	12,3%	53,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	23,1%	10,8%	12,3%	53,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,782	3	,426
Likelihood Ratio	2,751	3	,432
Linear-by-Linear Association	,998	1	,318
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «παραίτηση» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη K-SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ψυχοπαθολογία	οχι	Μέτρηση	10	3	5	22	40
		Αναμενόμενη Μέτρηση	9,4	2,5	3,8	24,4	40,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	25,0%	7,5%	12,5%	55,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	66,7%	75,0%	83,3%	56,4%	62,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,6%	4,7%	7,8%	34,4%	62,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,4	,5	1,1	-1,3	
	να	Μέτρηση	5	1	1	17	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	5,6	1,5	2,3	14,6	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	20,8%	4,2%	4,2%	70,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	33,3%	25,0%	16,7%	43,6%	37,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	7,8%	1,6%	1,6%	26,6%	37,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,4	-,5	-1,1	1,3	
Σύνολο		Μέτρηση	15	4	6	39	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	15,0	4,0	6,0	39,0	64,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	23,4%	6,3%	9,4%	60,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	23,4%	6,3%	9,4%	60,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,106	3	,551
Likelihood Ratio	2,257	3	,521
Linear-by-Linear Association	1,535	1	,215
N of Valid Cases	64		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.

Διασταύρωση της υποκλίμακας «αυτοκριτική» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη K-SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος				Σύνολο ο		
		καθόλου υ	λίγο	πολύ	NA			
Ψυχοπαθολογία	Όχι	Μέτρηση	9	2	3	27	41	
		Αναμενόμενη Μέτρηση	7,6	2,5	2,5	28,4	41,0	
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	22,0%	4,9%	7,3%	65,9%	100,0%	
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	75,0%	50,0%	75,0%	60,0%	63,1%	
		Ποσοστό επί του συνόλου	13,8%	3,1%	4,6%	41,5%	63,1%	
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,9	-,6	,5	-,8		
		Ναι	Μέτρηση	3	2	1	18	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	4,4	1,5	1,5	16,6	24,0	
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	12,5%	8,3%	4,2%	75,0%	100,0%	
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	25,0%	50,0%	25,0%	40,0%	36,9%	
	Ποσοστό επί του συνόλου	4,6%	3,1%	1,5%	27,7%	36,9%		
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,9	,6	-,5	,8			
Σύνολο	Μέτρηση	12	4	4	45	65		
	Αναμενόμενη Μέτρηση	12,0	4,0	4,0	45,0	65,0		
	Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	18,5%	6,2%	6,2%	69,2%	100,0%		
	Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	Ποσοστό επί του συνόλου	18,5%	6,2%	6,2%	69,2%	100,0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,453	3	,693
Likelihood Ratio	1,500	3	,682
Linear-by-Linear Association	,589	1	,443
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική υποστήριξη» του ερωτηματολογίου Kid- Core με τον δείκτη K- SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους			Σύνολο	
		λίγο	πολύ	NA		
ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	8	23	9	40
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,3	24,4	9,4	40,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	20,0%	57,5%	22,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	80,0%	59,0%	60,0%	62,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,5%	35,9%	14,1%	62,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,2	-,7	-,2	
	ναι	Μέτρηση	2	16	6	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,8	14,6	5,6	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	8,3%	66,7%	25,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	20,0%	41,0%	40,0%	37,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	25,0%	9,4%	37,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,2	,7	,2	
Σύνολο		Μέτρηση	10	39	15	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	10,0	39,0	15,0	64,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	15,6%	60,9%	23,4%	100,0%
		Ποσοστό επί του πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	15,6%	60,9%	23,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,554	2	,460
Likelihood Ratio	1,679	2	,432
Linear-by-Linear Association	,056	1	,813
N of Valid Cases	64		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «επίλυση προβλημάτων» (PROSOLB) του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη K- SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		PROSOLB				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	1	13	19	7	40
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,9	11,9	16,9	9,4	40,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	2,5%	32,5%	47,5%	17,5%	100,0 %
		Ποσοστό επί του PROSOLB	33,3%	68,4%	70,4%	46,7%	62,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,6%	20,3%	29,7%	10,9%	62,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,1	,6	1,1	-1,4	
	ναι	Μέτρηση	2	6	8	8	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,1	7,1	10,1	5,6	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	8,3%	25,0%	33,3%	33,3%	100,0 %
		Ποσοστό επί του PROSOLB	66,7%	31,6%	29,6%	53,3%	37,5%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	9,4%	12,5%	12,5%	37,5%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,1	-6	-1,1	1,4	
Σύνολο		Μέτρηση	3	19	27	15	64
		Αναμενόμενη Μέτρηση	3,0	19,0	27,0	15,0	64,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	4,7%	29,7%	42,2%	23,4%	100,0 %
		Ποσοστό επί του PROSOLB	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		Ποσοστό επί του συνόλου	4,7%	29,7%	42,2%	23,4%	100,0 %

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,691	3	,297
Likelihood Ratio	3,619	3	,306
Linear-by-Linear Association	2,030	1	,154
N of Valid Cases	64		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «συναισθηματική ρύθμιση» (EMOTREGB) του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη K-SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		EMOTREGB				Σύνολο	
		καθόλου	λίγο	πολύ	NA		
ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	1	19	17	4	41
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,3	16,4	18,9	4,4	41,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	2,4%	46,3%	41,5%	9,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	50,0%	73,1%	56,7%	57,1%	63,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	29,2%	26,2%	6,2%	63,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,4	1,4	-1,0	-,3	
	ναι	Μέτρηση	1	7	13	3	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,7	9,6	11,1	2,6	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	4,2%	29,2%	54,2%	12,5%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	50,0%	26,9%	43,3%	42,9%	36,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	1,5%	10,8%	20,0%	4,6%	36,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,4	-1,4	1,0	,3	
Σύνολο		Μέτρηση	2	26	30	7	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	26,0	30,0	7,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	3,1%	40,0%	46,2%	10,8%	100,0%
		Ποσοστό επί του EMOTREGB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	40,0%	46,2%	10,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,898	3	,594
Likelihood Ratio	1,934	3	,586
Linear-by-Linear Association	,128	1	,721
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «distract» του ερωτηματολογίου Kid-Cope με τον δείκτη K- SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		DISTRAC B				Σύνολο	
			καθόλου	λίγο	πολύ	NA	
ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	2	15	17	8	42
		Αναμενόμενη Μέτρηση	1,3	14,4	18,8	7,5	42,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	4,8%	35,7%	40,5%	19,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	65,2%	56,7%	66,7%	62,7%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,0%	22,4%	25,4%	11,9%	62,7%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,1	,3	-,9	,3	
ναι		Μέτρηση	0	8	13	4	25
		Αναμενόμενη Μέτρηση	,7	8,6	11,2	4,5	25,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	,0%	32,0%	52,0%	16,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	,0%	34,8%	43,3%	33,3%	37,3%
		Ποσοστό επί του συνόλου	,0%	11,9%	19,4%	6,0%	37,3%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,1	-,3	,9	-,3	
Σύνολο		Μέτρηση	2	23	30	12	67
		Αναμενόμενη Μέτρηση	2,0	23,0	30,0	12,0	67,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	3,0%	34,3%	44,8%	17,9%	100,0%
		Ποσοστό επί του DISTRACB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	3,0%	34,3%	44,8%	17,9%	100,0%

Πίνακας:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,800	3	,615
Likelihood Ratio	2,470	3	,481
Linear-by-Linear Association	,088	1	,767
N of Valid Cases	67		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «ευσεβείς πόθοι» (WISHTHIB) του ερωτηματολογίου Kid -Core με τον δείκτη K- SADS

Πίνακας διπλής εισόδου							
		WISHTHIB					Σύνολο
		καθόλου	Λίγο	πολύ	NA		
ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	15	16	7	3	41
		Αναμενόμενη Μέτρηση	14,5	13,9	9,5	3,2	41,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	36,6%	39,0%	17,1%	7,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	65,2%	72,7%	46,7%	60,0%	63,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	23,1%	24,6%	10,8%	4,6%	63,1%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	,3	1,2	-1,5	-,1	
	ναι	Μέτρηση	8	6	8	2	24
		Αναμενόμενη Μέτρηση	8,5	8,1	5,5	1,8	24,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	33,3%	25,0%	33,3%	8,3%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	34,8%	27,3%	53,3%	40,0%	36,9%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,3%	9,2%	12,3%	3,1%	36,9%
		Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-,3	-1,2	1,5	,1	
Σύνολο		Μέτρηση	23	22	15	5	65
		Αναμενόμενη Μέτρηση	23,0	22,0	15,0	5,0	65,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	35,4%	33,8%	23,1%	7,7%	100,0%
		Ποσοστό επί του WISHTHIB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Ποσοστό επί του συνόλου	35,4%	33,8%	23,1%	7,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,680	3	,444
Likelihood Ratio	2,651	3	,449
Linear-by-Linear Association	,031	1	,860
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Διασταύρωση της υποκλίμακας «κοινωνική απόσυρση» (SOCWITHB) του ερωτηματολογίου Kid- Core με τον δείκτη K- SADS

Πίνακας διπλής εισόδου

		SOCWITHB				Σύνολο	
		καθόλου	Λίγο	Πολύ	NA		
Ψυχοπαθολογία	όχι	Μέτρηση	8	7	11	15	41
		Αναμενόμενη Μέτρηση	6,3	6,3	11,4	17,0	41,0
		Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	19,5%	17,1%	26,8%	36,6%	100,0%
		Ποσοστό επί του SOCWITHB	80,0%	70,0%	61,1%	55,6%	63,1%
		Ποσοστό επί του συνόλου	12,3%	10,8%	16,9%	23,1%	63,1%
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	1,2	,5	-,2	-1,1		
να	Μέτρηση	2	3	7	12	24	
	Αναμενόμενη Μέτρηση	3,7	3,7	6,6	10,0	24,0	
	Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	8,3%	12,5%	29,2%	50,0%	100,0%	
	Ποσοστό επί του SOCWITHB	20,0%	30,0%	38,9%	44,4%	36,9%	
	Ποσοστό επί του συνόλου	3,1%	4,6%	10,8%	18,5%	36,9%	
	Προσαρμοσμένο υπόλοιπο	-1,2	-,5	,2	1,1		
Σύνολο	Μέτρηση	10	10	18	27	65	
	Αναμενόμενη Μέτρηση	10,0	10,0	18,0	27,0	65,0	
	Ποσοστό επί του αν έχει ψυχοπαθολογία ή όχι	15,4%	15,4%	27,7%	41,5%	100,0%	
	Ποσοστό επί του SOCWITHB	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Ποσοστό επί του συνόλου	15,4%	15,4%	27,7%	41,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,121	3	,548
Likelihood Ratio	2,233	3	,526
Linear-by-Linear Association	1,132	1	,287
N of Valid Cases	65		

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ($p > 0,05$), άρα δεν υπάρχει συσχέτιση.



Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	FADFUNK, FADCONT, FADINVOL, FADROL, FADRESP, FADSOLU T, FADCOM ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,320 ^a	,102	-,010	48,09

a. Predictors: (Constant), FADFUNK, FADCONT, FADINVOL, FADROL, FADRESP, FADSOLUT, FADCOM

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14732,332	7	2104,619	,910	,505 ^a
	Residual	129490,2	56	2312,324		
	Total	144222,5	63			

a. Predictors: (Constant), FADFUNK, FADCONT, FADINVOL, FADROL, FADRESP, FADSOLUT, FADCOM

b. Dependent Variable: RELAPSE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	112,337	43,273		2,596	,012
	FADSOLUT	1,649	4,673	,093	,353	,726
	FADCOM	,223	3,382	,021	,066	,948
	FADROL	-3,481	1,705	-,368	-2,042	,046
	FADRESP	1,146	2,950	,097	,388	,699
	FADINVOL	2,201	2,676	,148	,822	,414
	FADCONT	-1,311	2,492	-,087	-,526	,601
	FADFUNK	-,270	2,564	-,036	-,105	,916

a. Dependent Variable: RELAPSE

Δέν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά ευρήματα



Regression

Variables Entered/Removed^d

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ee ^a		Enter

- a. All requested variables entered.
b. Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,024 ^a	,001	-,017	49,02

- a. Predictors: (Constant), ee

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	78,408	1	78,408	,033	,857 ^a
	Residual	139352,5	58	2402,630		
	Total	139430,9	59			

- a. Predictors: (Constant), ee
b. Dependent Variable: RELAPSE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	42,425	23,251		1,825	,073
	ee	2,425	13,424	,024	,181	,857

- a. Dependent Variable: RELAPSE



Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	AGE, ECONOMIC		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,206 ^a	,042	,002	48,72

a. Predictors: (Constant), AGE, ECONOMIC

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4940,519	2	2470,260	1,040	,361 ^a
	Residual	111583,3	47	2374,112		
	Total	116523,8	49			

a. Predictors: (Constant), AGE, ECONOMIC

b. Dependent Variable: RELAPSE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18,241	33,890		,538	,593
	ECONOMIC	-2,427	18,797	-,018	-,129	,898
	AGE	3,062	2,130	,205	1,438	,157

a. Dependent Variable: RELAPSE

Δέν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά ευρήματα



Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	αριθμός παιδιών στην οικογένεια ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: RELAPSE

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,261 ^a	,068	,052	46,91

a. Predictors: (Constant), αριθμός παιδιών στην οικογένεια

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9142,980	1	9142,980	4,155	,046 ^a
	Residual	125433,5	57	2200,588		
	Total	134576,5	58			

a. Predictors: (Constant), αριθμός παιδιών στην οικογένεια

b. Dependent Variable: RELAPSE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	11,407	16,343		,698	,488
	αριθμός παιδιών στην οικογένεια	17,699	8,683	,261	2,038	,046

a. Dependent Variable: RELAPSE

Ο αριθμός των παιδιών στην υποτροπή φαίνεται να επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, τόσο αυξάνεται και η τάση για υποτροπή



Variables Entered/Removed

b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	<p>WISHTHIB, PROSOLB, DISTRAC B, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITH B, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίη σες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματ ος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίη σες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματ ος, EMOTREG B, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθη σες να δεις την θετική πλευρά του πράγματο ς, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με ^a άλλους</p>		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: RELAPSE

Regression



Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,378 ^a	,143	-,029	48,61

- a. Predictors: (Constant), WISHTHIB, PROSOLB, DISTRACB, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITHB, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος, EMOTREGB, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19663,588	10	1966,359	,832	,600 ^a
	Residual	118135,0	50	2362,699		
	Total	137798,6	60			

- a. Predictors: (Constant), WISHTHIB, PROSOLB, DISTRACB, πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί, SOCWITHB, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος, πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος, EMOTREGB, πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος, πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους
- b. Dependent Variable: RELAPSE



Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	76,220	20,301		3,754	,000
	πόσο βοήθησε το ότι προσπάθησες να δεις την θετική πλευρά του πράγματος	-8,01E-02	,153	-,082	-,525	,602
	πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες τον εαυτό σου για την δημιουργία του προβλήματος	4,852E-02	,149	,045	,326	,746
	πόσο βοήθησε το ότι ενοχοποίησες κάποιον για την δημιουργία του προβλήματος	-,320	,140	-,330	-2,287	,026
	πόσο βοήθησε το ότι πέρασες χρόνο με άλλους	,159	,191	,140	,831	,410
	πόσο βοήθησε το ότι δεν έκανες τίποτα μια που το πρόβλημα δεν μπορούσε να φτιαχτεί	-8,93E-02	,140	-,091	-,638	,526
	DISTRACB	1,755E-02	,184	,014	,095	,924
	SOCWITHB	4,686E-02	,135	,048	,348	,729
	PROSOLB	1,410E-02	,165	,012	,086	,932
	EMOTREGB	-,156	,235	-,096	-,666	,509
	WISHTHIB	-2,78E-02	,268	-,014	-,104	,918

a. Dependent Variable: RELAPSE

