

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΠ-Υ

Λεπτομερής Ανασκόπηση της Διαταραχής
Χορήγηση του Διαγνωστικού Εργαλείου “ Test Achenbach”
σε Περιορισμένο Δείγμα Εφήβων με ή χωρίς Μαθησιακή
Διαταραχή και Σύγκριση της Επίδοσής τους.

ADHD

Detailed Review of the Bibliography Literature
Administration of the Diagnostic Tool “ Test Achenbach” to
a Limited Sample of Teenagers with or without Learning
Disabilities and Comparison of their Performance.

Ονοματεπώνυμο Σπουδαστή: ΤΣΕΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

Εποπτεύων Καθηγήτρια: ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2012

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ πολύ τους καθηγητές του τμήματος Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Πάτρας για τις γνώσεις και τη βοήθεια που μου προσέφεραν καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και ιδιαίτερα την κα Κωτσοπούλου για την ένθερμη και ουσιαστική βοήθεια και καθοδήγηση για την περάτωση της συγκεκριμένης εργασίας.

Επίσης, Θέλω να ευχαριστήσω όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, τους γονείς , τους μαθητές και τους καθηγητές τους .

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου και τους φίλους μου για τη συμπαράσταση και την κατανόηση που μου έδειξαν κατά τη διάρκεια της ενασχόλησής μου με την πτυχιακή αυτή εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η εις βάθος ανασκόπηση της Διαταραχής Ελλειμματικής προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και η χορήγηση του διαγνωστικού τεστ Achenbach, που χρησιμοποιείται συνήθως σαν ένα από τα διαγνωστικά εργαλεία της ΔΕΠΥ, σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και σε παιδιά με τυπική ανάπτυξη. **Θεωρητικά**, η ΔΕΠ-Υ περιγράφεται δίνοντας τους ορισμούς, τα χαρακτηριστικά, τα διαγνωστικά κριτήρια και εργαλεία αξιολόγησης και τις μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης της. Αναφέρεται ακόμη, ο συσχετισμός της με τη νευροφυσιολογία, την κληρονομικότητα και τις ψυχικές νόσους. **Ερευνητικά**, περιγράφεται με λεπτομέρεια το τεστ Achenbach, η στάθμισή του στα Ελληνικά, και η χορήγησή του σε εφήβους με μαθησιακές δυσκολίες και εφήβους τυπικής ανάπτυξης.

Μεθοδολογία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 6 εφήβους ηλικίας 15 έως 18 ετών, τρεις με μαθησιακές δυσκολίες και τρεις με τυπική εξέλιξη.

Για την αξιολόγηση της παρουσίας ή μη ΔΕΠ-Υ ή προβλημάτων συμπεριφοράς χορηγήθηκε το τεστ Achenbach. Το τεστ αυτό αποτελείται από: Ερωτηματολόγιο για Γονείς (Child Behavior Checklist- CBCL), Ερωτηματολόγιο για Εφήβους (Youth Self Report- YSR) και Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς (Teacher's Report Form- TRF). Οι γονείς, οι δάσκαλοι και οι ίδιοι οι έφηβοι συμπλήρωσαν με προθυμία και με ειλικρίνεια (κατά το δυνατόν) τα ερωτηματολόγια αυτά.

Αποτελέσματα

Στο προφίλ Ικανοτήτων, δύο από τους τρεις εφήβους της ομάδας με μαθησιακές δυσκολίες στην Κλίμακα Δραστηριότητες κατατάχτηκαν στο οριακό φάσμα για ΔΕΠ-Υ, κάτι που σε μια από τις δύο περιπτώσεις βρίσκει σύμφωνους και τους γονείς. Αντίθετα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου βρέθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα, αποτέλεσμα που βρήκε σύμφωνους και τους γονείς τους. Στις κλίμακες Σχολική και Κοινωνική επίδοση δεν εντοπίστηκε κάποια διαφορά, αφού οι έφηβοι και των δύο ομάδων συγκέντρωσαν βαθμολογία που τους ανάγει στο φυσιολογικό φάσμα.

Στο προφίλ της Προσαρμοστικής λειτουργικότητας, οι δύο από τις τρεις περιπτώσεις στην ομάδα των εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες υπάγονται στο κλινικό φάσμα.

Και στις δύο αυτές περιπτώσεις οι εκπαιδευτικοί επεσήμαναν προβληματικές συμπεριφορές των εφήβων τόσο στην τάξη όσο και στο ευρύτερο σχολικό περιβάλλον. Αντίθετα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου ανήκουν όλοι στο φυσιολογικό φάσμα.

Όσον αφορά στο προφίλ Συνδρόμων, σημειώθηκαν κι εδώ αξιολογες διαφορές. Στην ομάδα εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες υπήρχε υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες Άγχος/ Κατάθλιψη, Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά, ενώ στην ομάδα ελέγχου η βαθμολογία ήταν εξαιρετικά χαμηλή, σχεδόν μηδενική.

Συστάσεις

Αν και το τεστ Achenbach χορηγείται κυρίως από τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, είναι ωφέλιμο ο λογοθεραπευτής να το γνωρίζει για να μπορεί να καταλάβει και να ερμηνεύει τα αποτελέσματα του, δεδομένου ότι οι διαταραχές λόγου ομιλίας, μάθησης συνδέονται συχνά με τη ΔΕΠ-Υ.

Summary

Aim

The aim of the present thesis was an extensive review of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) and the administration of the Achenbach behavior questionnaire to two groups of children one with learning difficulties and one with typical development. The ADHD review provides the clinical characteristics, the diagnostic criteria and the treatment methods. It also refers to neurophysiology, genetics and other associated psychiatric disorders. The Achenbach questionnaire is described in detail as well as its standardization in Greek, and its administration to adolescents with learning difficulties and with typical development.

Method

The sample of the study consisted of 6 adolescents of age 15 to 18 years, three with learning difficulties and three with typical development. For the assessment of the presence of ADHD and of behavior problems the Achenbach questionnaire was administered. The questionnaire consists of three versions: a. Child Behavior Checklist- CBCL, for parents b. Youth Self Report- YSR and c. Teacher's Report Form- TRF. The parents, the teachers and the adolescents themselves completed with eagerness the questionnaires.

Results

Three of the group of adolescents with learning difficulties scored in the borderline on the scale 'activities' for ADHD and for two of them the scores were in agreement with that of the parents. The scores of the adolescents with typical development were within the normal range and the scores by their parents were in agreement. The scores on the 'academic performance' and 'social competence' did not show differences between the two groups. The two groups scored within the normal range.

The scores on the 'adjustment skills' the two adolescents in the learning difficulties group were within the clinical spectrum. The teachers of these two adolescents reported for them behavior problems both in the class and the surrounding environment. The adolescents with typical development did not present with any behavior problems.

On the scales of associated psychiatric conditions there were important differences between the two groups. The adolescents with learning difficulties score high on the

scales 'anxiety/depression', 'social withdrawal/depression', 'breaking rules' and 'aggressive behavior'. The group of adolescents with typical development scored very low in the same scales.

Recommendations

Although the Achenbach questionnaire is used mainly by psychiatrists and psychologists it would be useful for the speech language therapist to be able to understand and interpret the results of the questionnaire since disorders of speech-language and learning are often associated with ADHD.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	
Περίληψη	5
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 1	
<u>Σύνδρομο ΔΕΠ-Υ</u>	
1.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις – ορισμοί	11
1.2 Κλινικό προφίλ	12
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια και εργαλεία	15
1.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια και τύποι της ΔΕΠ-Υ	15
1.3.1.1 Τύποι της ΔΕΠ-Υ	16
1.3.1.2 Εμπόδια στη διάγνωση	17
1.3.1.3 Διαφορική διάγνωση	18
1.3.1.4 Σύνοδες διαταραχές	20
1.3.1.5 Πρόγνωση	20
1.3.2 Εργαλεία	20
1.4 Μορφές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ	23
1.4.1 Φαρμακευτική Αγωγή	23
1.4.2 Συμπεριφορικές και Γνωστικές Θεωρίες	27
1.4.2.1 Εκπαίδευση και συμβουλευτική των γονέων	28
1.4.2.2 Παρέμβαση στην τάξη	29
1.4.2.3 Ατομική θεραπεία	30
1.4.3 Διεπιστημονική προσέγγιση	31
Κεφάλαιο 2	
<u>Τομείς αναφοράς του συνδρόμου ΔΕΠ-Υ</u>	
2.1 Κληρονομικότητα και ΔΕΠ-Υ	33
2.2 Νευροφυσιολογία και ΔΕΠ-Υ	35
2.3 Αναπτυξιακές διαταραχές- Σύνδρομα και ΔΕΠ-Υ	38
2.3.1 ΔΕΠ-Υ και αγχώδης διαταραχή	38
2.3.2 ΔΕΠ-Υ και το σύνδρομο Gilles de la Tourette	39
2.3.3 ΔΕΠ-Υ και μείζων κατάθλιψη	40
2.3.4 ΔΕΠ-Υ και διπολική διαταραχή	40
2.3.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς	41
2.3.6 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές διάθεσης	41

Κεφάλαιο 3

Η Προσοχή

3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις για την προσοχή	42
3.2 Η ανάπτυξη της προσοχής κατά την προσχολική ηλικία	43
3.3 Οι μαθησιακές δυσκολίες στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση	45

Κεφάλαιο 4

ΤΕΣΤ ACHENBACH

Εισαγωγή	46
4.1 Τι Περιλαμβάνει το Τεστ Achenbach	47
4.1.1 Τα Ερωτηματολόγια του Τεστ Achenbach	47
4.1.2 Το Ερωτηματολόγιο για Γονείς (Child Behavior Checklist- (CBCL) (παιδιά 6- 18 ετών).	48
4.1.3 Αξιολογητές που δεν Μπορούν να Συμπληρώσουν Μόνοι τους τα Ερωτηματολόγια.	49
4.1.4 Το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους	49
4.1.5 Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς (TRF)	50
4.2 Στατιστική Επεξεργασία του Τεστ Achenbach	51
4.1.6 Τα Προφίλ του Τεστ Achenbach	53
4.1.6.1 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Γονείς	53
4.1.6.2 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Εφήβους	54
4.1.6.3 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Εκπαιδευτικούς	55
4.1.6.4 Τα προφίλ των Συνδρόμων	56
4.1.6.5 Τα Προφίλ των Εναρμονισμένων με το DSM Κλιμάκων	58
4.3 Ερμηνεία Δεδομένων	58

Κεφάλαιο 5

Μελέτες περίπτωσης

5.1 Διαδικασία έρευνας	64
5.1.1 Στόχοι έρευνας	64
5.1.2 Συνθήκες έρευνας	65
5.2 Μελέτη περίπτωσης 1	66
5.2.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας	

(δια χειρός)	67
5.2.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	73
5.3 Μελέτη περίπτωσης 2	76
5.3.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας (δια χειρός)	77
5.3.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	84
5.4 Μελέτη περίπτωσης 3	87
5.4.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας (δια χειρός)	88
5.4.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	97
5.5 Συγκριτική παρουσίαση των δεδομένων και των τριών περιπτώσεων	101
5.6 Μελέτη περίπτωσης 4	103
5.6.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας (δια χειρός)	104
5.6.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	110
5.7 Μελέτη περίπτωσης 5	112
5.7.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας (δια χειρός)	113
5.7.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	118
5.8 Μελέτη περίπτωσης 6	120
5.8.1 Βαθμολογημένο προφίλ των ερωτηματολογίων σχολικής ηλικίας (δια χειρός)	121
5.8.2 Κλίμακες εναρμονισμένες με το DSM	126
5.9 Συγκριτική παρουσίαση των δεδομένων και των τριών περιπτώσεων	128
5.10 Συγκριτική Παρουσίαση των Δεδομένων των Έξι Περιπτώσεων	128
Συμπεράσματα	130
Βιβλιογραφία	132
Παραρτήματα	136

Εισαγωγή

Η εργασία χωρίζεται σε δυο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις βασικές πληροφορίες που αφορούν το σύνδρομο ΔΕΠ-Υ, ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η περιγραφή του διαγνωστικού εργαλείου Achenbach και η χορήγησή του.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους δίνονται, αρχικά, οι εννοιολογικές προσεγγίσεις και οι ορισμοί της ΔΕΠ-Υ. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Ακολουθούν, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα εργαλεία που η εφαρμογή τους θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στην αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου, γίνεται λόγος για τις μορφές αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρεται η θεωρητική προσέγγιση της προσοχής. Ακολουθεί η ανάπτυξη της προσοχής κατά την προσχολική ηλικία και τέλος αναφέρεται ο ρόλος της προσοχής στις μαθησιακές δυσκολίες.

Προχωρώντας στο τρίτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, αναλύονται τρεις τομείς αναφοράς της ΔΕΠ-Υ. Ο πρώτος τομέας αναφοράς είναι η κληρονομικότητα. Ακολουθεί ο τομέας της νευροφυσιολογίας και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις σύνοδες ψυχικές νόσους που μπορεί να εμφανίζονται στη ΔΕΠ-Υ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο ξεκινάει το ερευνητικό μέρος της εργασίας, όπου γίνεται η ανάλυση του διαγνωστικού εργαλείου Achenbach. Στην αρχή, αναφέρονται η χρησιμότητα και ο στόχος αυτού του εργαλείου. Έπειτα ακολουθεί η περιγραφή των ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο τρόπος βαθμολόγησης των ερωτηματολογίων και της ερμηνείας των δεδομένων.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά την πιλοτική χορήγηση του τεστ Achenbach και μελέτη της κάθε περίπτωσης. Ακολουθεί η σύγκριση των περιπτώσεων.

Μετά την ολοκλήρωση του πέμπτου κεφαλαίου παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε καθώς και κάποιες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΕΠ-Υ

1.1 Εννοιολογικές Προσεγγίσεις- Ορισμοί

Μέχρι τη δεκαετία του 1990, η ΔΕΠ-Υ θεωρούνταν μια διαταραχή που εμφανιζόταν στην παιδική ηλικία και τα συμπτώματά της ελαττώνονταν σταδιακά και εν τέλει εξαφανίζονταν. Πρόσφατες έρευνες (Balint et al, 2008; Elia et al, 1999) όμως υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια διαταραχή, καθώς το 30% με 50% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠ-Υ στην παιδική τους ηλικία συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα έως την ενηλικίωσή τους.

Η Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μια από τις πιο κοινές διαταραχές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η οποία όμως μπορεί να συνεχιστεί και κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσης.

Η παγκόσμια παρουσία της ΔΕΠ-Υ σε ανθρώπους κάτω των 19 ετών υπολογίζεται σε 3% έως 5% (Wikipedia, 2010), ενώ στα αγόρια παρουσιάζεται 3-4 φορές συχνότερα από ότι στα κορίτσια.

Βάσει ερευνών στην Αμερική το 35% των εφήβων με ΔΕΠ-Υ δεν παίρνει απολυτήριο λυκείου ενώ μόλις το 5% των ανθρώπων με ΔΕΠ-Υ ολοκληρώνουν τις σπουδές τους στο κολλέγιο (Soleil, 1995). Τέλος, το ποσοστό των Αμερικανών ενηλίκων που ζουν με αυτή τη διαταραχή υπολογίζεται στο 4.4% (Barkley, 2007).

Από τα παραπάνω στοιχεία ενισχύεται η άποψη των Froehlich et al (2007), οι οποίοι πιστεύουν ότι η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι αποφασιστικής σημασίας προκειμένου να μειωθούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβική και ενήλικη ζωή.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, διάσπαση προσοχής, δυσκολία ελεγχόμενης συμπεριφοράς και υπερκινητικότητα (Βοστάνης, 2003; , 2010; Sandberg, 1996). Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών (Biederman, 1998; Παπαγεωργίου, 2006) και πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες (Βοστάνης, 2003;) προκαλώντας σημαντικές δυσκολίες στη λειτουργία το παιδιού.

Γενικά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι υπερκινητικά, παρορμητικά και με δυσκολίες στη συγκέντρωση προσοχής αλλά οι αναλογίες ποικίλουν, γι' αυτό 2 παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν εντελώς διαφορετική ενήλικη εικόνα (Greenberg nd Horn, 1991).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καταστάσεις στις οποίες οι περισσότεροι από τους συνομηλίκους τους τα καταφέρνουν πολύ εύκολα. Με άλλα λόγια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διαφέρουν από τα περισσότερα παιδιά του ίδιου επιπέδου ως προς την ικανότητα να εστιάσουν την προσοχή τους, να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και σε μερικές περιπτώσεις να ελέγξουν την κινητικότητά τους (Παπαγεωργίου, 2006;).

1.2Κλινικό Προφίλ

Όπως αναφέραμε παραπάνω τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να παραμείνουν συγκεντρωμένα, να μείνουν ακίνητα και να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους. Πιθανόν να βαριούνται πολύ γρήγορα και να κινούνται νευρικά ή να στριφογυρίζουν διαρκώς. Η συχνά διαλυτική συμπεριφορά τους στο σχολείο, στο σπίτι και στις παρέες δυσκολεύει τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες κάθε είδους. Εξαιτίας των συμπτωμάτων αυτών, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μην πηγαίνουν καλά ή και να αποτύχουν στο σχολείο, παρά τη φυσιολογική ή αυξημένη νοημοσύνη τους (Power et al, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αλλάζουν (βλ. πίνακα 1). Σύμφωνα με τον Ingram (1999) η ΔΕΠ-Υ στους εφήβους και στους ενήλικες μπορεί να παρουσιάζεται με διαφορετική συμπτωματολογία. Είναι απαραίτητο οι ειδικοί να γνωρίζουν τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή για να μπορούν να τα διαφοροποιήσουν από τη φυσιολογική εφηβική συμπεριφορά.

α) Η απροσεξία στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ παραμένει επίμονα σαν πρόβλημα. Η αύξηση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων, κάνει φανερή την απόκλιση μεταξύ της ικανότητας του εφήβου για προσοχή και της προσοχής που πραγματικά απαιτείται, οδηγώντας σε χαμηλή σχολική επίδοση. Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ αδυνατώντας να ανταπεξέλθουν στις σχολικές υποχρεώσεις τους, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας (και γίνονται κακόκεφοι). Οι πιο ήσυχoi έφηβοι μπορεί να θεωρηθούν τεμπέληδες ή με έλλειψη κινήτρου. Στην εφηβεία, καθώς η προσοχή διασπάται συχνά ακόμα και σε φυσιολογικούς εφήβους ιδιαίτερα με εργασίες που δεν τους κεντρίζουν

το ενδιαφέρον, είναι πολύ σημαντικό να διαφοροποιηθεί αυτού του είδους η απροσεξία, από τη ΔΕΠ-Υ. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει με βάση το γεγονός ότι στη ΔΕΠ-Υ τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση των ακαδημαϊκών και κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Bafen (2002).

β) Η παρορμητικότητα στους εφήβους εκδηλώνεται σε πολλές δραστηριότητες, δημιουργώντας αρκετά προβλήματα στο σχολείο, στην εργασία, στην οικογένεια και στις κοινωνικές σχέσεις. Τα προβλήματα στην κοινωνική ζωή είναι ιδιαίτερα σοβαρά αφού οδηγούν τους εφήβους σε σύγκρουση με το νόμο και σε ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Σύμφωνα με το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ (ADHD Hellas) η ΔΕΠ-Υ στις περισσότερες περιπτώσεις έχει επιπτώσεις σε όλη την οικογένεια, όπως έντονους διαπληκτισμούς των παιδιών με τους γονείς (ή και των γονέων μεταξύ τους) ιδίως σε θέματα οργάνωσης και οριοθέτησης, και αρνητικό αντίκτυπο στις σχέσεις μεταξύ αδερφών.

γ) Η υπερκινητικότητα στην εφηβεία διαφοροποιείται ποιοτικά καθώς η υπερβολική κινητικότητα των παιδιών μετατρέπεται σε ένα πιο εσωτερικευμένο αίσθημα ανησυχίας. Αυτό συχνά εκλαμβάνεται από τους άλλους σαν πλήξη ή ανυπομονησία.

Αναλυτικά, τα πιθανά συμπτώματα που παρουσιάζονται στη ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (DSM-IV, 1994) χωρίζονται σε 3 κατηγορίες και είναι τα εξής:

Πιθανά συμπτώματα απροσεξίας

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού.
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος.
4. Συχνά δυσκολεύεται να ακολουθήσει μέχρι τέλους οδηγίες και έτσι αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται, ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας.
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
6. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν συστηματική πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες (παιχνίδια, σχολικές εργασίες για το σπίτι, βιβλία).
8. Συχνά η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

Πιθανά συμπτώματα υπερκινητικότητας

1. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει όταν κάθεται.
2. Συχνά κινείται στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος.
3. Συχνά τρέχει και σκαρφαλώνει, με τρόπο υπερβολικό, σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες.
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ήσυχα.
5. Συχνά μιλάει υπερβολικά.

Πιθανά συμπτώματα παρορμητικότητας

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.

3. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια).

1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια και Εργαλεία

1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια και Τύποι της ΔΕΠ-Υ

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο από εξειδικευμένο παιδοψυχίατρο (γιατρό) σε συνεργασία με την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς για να εκτιμηθούν όλες οι παράμετροι συμπεριφοράς του παιδιού, οι ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντός του και οι συνυπάρχουσες καταστάσεις που μπορεί να σχετίζονται ή να προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ.

Στο *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV)* περιέχονται τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, τα οποία ορίζουν ότι:

- Τουλάχιστον έξι συμπτώματα Ελλειμματικής προσοχής και/ ή τουλάχιστον έξι συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας είναι παρόντα για έξι τουλάχιστον μήνες και είναι πιο συχνά και σοβαρά από ό,τι παρατηρείται συνήθως σε άτομα του ανάλογου επιπέδου ανάπτυξης.
- Ορισμένα από αυτά τα συμπτώματα ήταν παρόντα πριν από την ηλικία των επτά ετών.
- Ορισμένα από αυτά τα συμπτώματα είναι παρόντα σε δυο τουλάχιστον περιβάλλοντα (π.χ. στο σχολείο/ στην εργασία και στο σπίτι)
- Υπάρχουν σαφή στοιχεία για σημαντική αδυναμία του ατόμου να λειτουργήσει σε καθημερινά πλαίσια.

Στη δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- ICD-10, 1990) χρησιμοποιείται ο όρος διαταραχές υπερκινητικού τύπου, ο οποίος όπως αναφέρεται εμφανίζεται πάντοτε νωρίς, μέχρι την ηλικία των πέντε ετών. Κάποια από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι η έλλειψη επιμονής σε ασχολίες αλλά και μια τάση για μετάπτωση από μια δραστηριότητα σε μια άλλη, χωρίς το πέρας της προηγούμενης. Αν και τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίζονται στην παιδική ηλικία, παραμένουν και στην σχολική και εφηβική αλλά και στην μετέπειτα ζωή παρουσιάζοντας

ίσως, κάποια βαθμιαία βελτίωση. Τα κύρια χαρακτηριστικά αφορούν την ελλειμματική προσοχή και την υπερδραστηριότητα. Για να πραγματοποιηθεί μια εμπειριστατωμένη διάγνωση πρέπει τα συμπτώματα των χαρακτηριστικών αυτών να εμφανίζονται σε περισσότερες από μια καταστάσεις και για έξι μήνες τουλάχιστον.

1.3.1.1 Τύποι της ΔΕΠ-Υ

Με βάση την επικράτηση ενός ή περισσοτέρων από τα κύρια συμπτώματα, δηλαδή της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας, διακρίνονται τρεις τύποι ΔΕΠ-Υ:

- Τύπος Κυρίως Απροσεξίας: Αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας) επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Ο τύπος αυτός είναι γνωστός και ως ΔΕΠ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής).
- Τύπος υπερκινητικότητας- Παρορμητικότητας: Αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής) επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες.
- Συνδυασμένος Τύπος: Αν έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας και έξι ή περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτός είναι ο πιο κοινός τύπος ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και στους εφήβους.

Επειδή δεν υπάρχει κανένα μεμονωμένο τεστ που να καθορίζει την παρουσία της ΔΕΠ-Υ, μια διάγνωση εξαρτάται από μια πλήρη αξιολόγηση. Ένας γιατρός πρέπει να συγκεντρώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το παιδί, τη συμπεριφορά του και το περιβάλλον του, χρησιμοποιώντας όπως αναφέρουν οι Sengwee και Pharm (2006), μια ομάδα προσεγγίσεων και εργαλείων, όπως οι παρακάτω:

1. Μια λίστα των συμπτωμάτων.
2. Αξιολογήσεις που αναδεικνύουν τη συμπεριφορά.
3. Απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν διάφορα προβλήματα στο παρελθόν και το παρόν.
4. Πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας ή κάποιον που είναι κοντά στον πάσχοντα.
5. Μια ιατρική εξέταση ώστε να αποκλεισθούν άλλες κλινικές αιτίες που προκαλούν τα συμπτώματα.

1.3.1.2 Εμπόδια στη Διάγνωση

Αποκλείοντας τις διανοητικές διαταραχές

Τα τρία συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται και σε ένα μεγάλο πλήθος ψυχιατρικών διαταραχών. Για παράδειγμα. Η μείζων κατάθλιψη χαρακτηρίζεται συχνά από ψυχοκινητική ταραχή και μειωμένη ικανότητα σκέψης, η διπολική διαταραχή από διασπαστικότητα, παρορμητικότητα, οι διαταραχές άγχους από νευρικότητα και δυσκολία στη συγκέντρωση, η λήψη τοξινών, όπως η κοκαΐνη, από υπερκινητικότητα, λογοδιάρροια, ταραχή και παρορμητικές πράξεις, οι διαταραχές της προσωπικότητας από παρορμητικές κινήσεις, ασυνεπή βιογραφικό εργασίας, φτωχή κοινωνικότητα και χρήση ουσιών (Faraone et al, 2006).

Για να αποκλείσουμε τις υπόλοιπες διαταραχές, υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις: να γνωρίζουμε αυτές τις διαταραχές, να γνωρίζουμε τα διαγνωστικά κριτήρια για αυτές και να αξιολογήσουμε προσεκτικά την εκκίνηση της διαταραχής, αφού η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και σίγουρα μέχρι τα επτά έτη (Faraone et al, 2006).

Αποκλεισμός της ΔΕΠ-Υ από παθολογικές ιατρικές καταστάσεις

Εκτός από τις ψυχιατρικές διαταραχές, υπάρχουν επίσης και κάποιες ιατρικές καταστάσεις που θα μπορούσαν να μπερδέψουν τους ειδικούς και να διαγνώσουν ΔΕΠ-Υ. Τέτοια παραδείγματα είναι ο υπερθυρεοειδισμός και ο υποθυρεοειδισμός, ο διαβήτης, οι διαταραχές παροξυσμού και οι κρανιακές κακώσεις. Γι' αυτό ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό πρέπει να είναι μέρος της διαγνωστικής προσέγγισης (Faraone et al, 2006).

Αποκλείοντας τη ΔΕΠ-Υ από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση των ατόμων, και οι αντιδράσεις και το παρατεταμένο άγχος μπορεί να ληφθούν εσφαλμένα υπόψη. Για παράδειγμα, αν κάποιος περιπλεχθεί σε ένα θορυβώδες διαζύγιο και εμπλακεί σε χρόνια διαμάχη για την κηδεμονία των παιδιών του, τότε παρουσιάζει δυσκολία στη συγκέντρωση, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Έτσι λοιπόν ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του ασθενούς του και τα οποία τον επηρεάζουν (Faraone et al, 2006).

Αυτό- διάγνωση

Αυτό είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στη διάγνωση της διαταραχής. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν καλύψει το θέμα της ΔΕΠ-Υ εκτενέστατα και έχουν ενημερώσει το κοινό για τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής καθώς και για τις προϋποθέσεις των διαγνωστικών κριτηρίων. Έτσι, κάποιοι ενήλικες αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, πραγματοποιούν τη διάγνωση μόνοι τους και βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα και στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν χωρίς τη βοήθεια κάποιου ειδικού (Faraone et al, 2006).

1.3.1.3 Διαφορική Διάγνωση

Οι ασθενείς με κλιμακούμενες ψυχιατρικές καταστάσεις ίσως παραπονιούνται για δυσκολία στη συγκέντρωση, στην προσοχή ή αδύναμη μνήμη κατά την περιγραφή των προβλημάτων τους στον ειδικό. Είναι σημαντικό να αποκλείσουμε άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, οι περισσότερες από τις οποίες είναι πιο διαδεδομένες από τη ΔΕΠ-Υ και περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Ψυχιατρική Διαταραχή	Κοινά Συμπτώματα με ΔΕΠ-Υ	Διακριτικά Χαρακτηριστικά
Μείζων κατάθλιψη	Αναφορά για δυσκολία συγκέντρωσης προσοχής και αδύνατη μνήμη, δυσκολία διευθέτησης εργασίας μέχρι το τέλος.	Δυσφορική διάθεση, δύσπνοια και πολλές ώρες ύπνου
Διπολική Διαταραχή	Υπερκινητικότητα, δυσκολία στην προσοχή και στη συγκέντρωση και κυκλοθυμική διάθεση.	Δυσφορική ή ευφορική διάθεση, αϋπνία και παραλήρημα.
Γενικευμένο άγχος	Νευρικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης.	Υπερβολική αντίληψη και ανησυχία, σωματικά συμπτώματα άγχους.
Χρήση ουσιών ή εξάρτηση	Δυσκολία στην προσοχή και στη συγκέντρωση, αδύναμη μνήμη, κυκλοθυμική διάθεση.	Παθολογική τήρηση προγράμματος χρήσης ουσίας με κοινωνικές συνέπειες, ψυχολογική ανεκτικότητα και απόσυρση.
Διαταραχές προσωπικότητας και αντικοινωνική συμπεριφορά	Παρορμητικότητα και συγκινησιακή αστάθεια.	Διακοπή συνεδριών (αντικοινωνική συμπεριφορά), επανάληψη αυτοτραυματισμών ή δήλωση πως θα γίνει αυτόχειρας (περιθωριακή προσωπικότητα), έλλειψη αναγνώρισης ότι αυτή η συμπεριφορά τον αυτοκαταβάλλει.

(ICD-10; DSM-IV).

1.3.1.4 Σύνοδες Διαταραχές

Τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν μία τουλάχιστον συνοδή διαταραχή. Μετά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, ο ειδικός πρέπει να αποφασίσει για την ύπαρξη κι άλλων συνοδών διαταραχών που επηρεάζουν το παιδί και είναι υπεύθυνες για τα εμφανιζόμενα συμπτώματα. Συχνά, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ υπερκαλύπτονται από τα συμπτώματα της συνοδής διαταραχής. Ο γιατρός πρέπει να αποφασίσει για το εάν ένα σύμπτωμα ανήκει στη ΔΕΠ-Υ ή στη συνοδή διαταραχή ή και στις δύο, αλλά και να αναγνωρίσει ποια είναι αυτή. Για κάποια παιδιά, η επικάλυψη των συμπτωμάτων ανάμεσα σε ποικίλες διαταραχές καθιστούν απαραίτητη την πολλαπλή διάγνωση. Με τη διεξαγωγή μιας πλήρους αξιολόγησης, ο ειδικός που είναι γνώστης της ΔΕΠ-Υ και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών θα μπορέσει να διαγνώσει τη ΔΕΠ-Υ και τις συνοδές διαταραχές (Faraone et al, 2006).

1.3.1.5 Πρόγνωση

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε μικρή ηλικία καθώς και η αναζήτηση σχετικής βοήθειας νωρίς μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα τόσο για τα ίδια τα παιδιά, όσο και για τις οικογένειές τους.

Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία στην παιδική ηλικία είναι αποφασιστικής σημασίας, καθώς μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στη βελτίωση των σχολικών και των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην επίλυση των προβλημάτων συμπεριφοράς και στη μείωση των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ζωή.

1.3.2 Εργαλεία

Υπάρχουν αρκετά σταθμισμένα εργαλεία για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Άλλα έχουν την ικανότητα να διαγνώσουν τη ΔΕΠ-Υ χωρίς τον συνδυασμό με κάποιο άλλο εργαλείο ενώ άλλα χρειάζονται να συνδυαστούν ώστε να δώσουν μια έγκυρη διάγνωση για τη διαταραχή αυτή (Hanc et al, 2008).

Αυτοτελή Εργαλεία

- Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ- IV (Α. Καλαντζή- Αζίζι, Κ. Αγγέλη, Ευσταθίου, 2005).
- Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA).
- ADD Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS).
- Child Behavior Checklist.
- Copeland Symptom Checklist for Attention Deficit Disorders.
- Conners Rating Scales (Szymanski, Zolotor, 2001).

Εργαλεία σε συνδυασμό

Νοητικό δυναμικό

- Weschler Intelligence Scale for Children- 3rd Edition (WISC-III), ετών 6- 16.
- Stanford- Binet Intelligence Scale- 4th Edition.

Αξιολόγηση Γλωσσικών Ικανοτήτων

- Peabody Picture Vocabulary Test- 3rd Edition (PPVT-III), προσληπτικός λόγος
- Expressive One Word Picture Vocabulary Test (EOWPVT), εκφραστικός λόγος.
- Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-4)

Οπτικοκινητική Προσέγγιση

- Beery Developmental Test of Visual Motor Integration (Beery VMI)

Ακαδημαϊκή Επίδοση

Screening:

- Wide Range Achievement Test- 3rd Edition (WRAT-III).

Εις βάθος:

- Woodcock- Johnson- Revised (WJ-R)
- Peabody Individual Achievement Test (PIAT)

- Weschler Individual Achievement Test (WIAT)

Νευροφυσιολογική Λειτουργία

- Trail Making (TMT) Parts A & B
- Continuous Performance Test (CPT)
- Purdue Pegboard Test

Προσαρμοστική Λειτουργία

- Vineland Adaptive Behavior Scales

Ερωτηματολόγια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του παιδιού για γονείς

- Conners Parent Rating Scale (CPRS: βασική συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ).
- Personality Inventory for Children 2nd Edition (PIC-R)
- Behavioral Assessment System for Children (BASC)

Ερωτηματολόγια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του παιδιού για εκπαιδευτικούς

- Conners Teacher Rating Scale (CPRS: βασική συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ).
- Behavioral Assessment System for Children (BASC).

Διαγνωστικές συνεντεύξεις δόμησης και ημιδόμησης

- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS).
- Diagnostic Interview for Children and Adolescents- IV (DICA-IV).
- Diagnostic Interview Schedule for Children- IV (DISC-IV).
- Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA).

Εκτίμηση της ψυχοπαθολογικής κατάστασης

- Child and Adolescent Functional Rating Scale (CFARS).
- Children's Global Assessment Scale (CGAS).

(Μπελιβανάκη, 2006; Vance, Pumariega, 2001).

1.4 Μορφές Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ δεν μπορεί να θεραπευτεί αλλά μπορεί σίγουρα να ρυθμιστεί επιτυχώς. Οι διαθέσιμες μέθοδοι αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ που υπάρχουν σήμερα επικεντρώνονται τόσο στη μείωση των συμπτωμάτων που υπάρχουν σήμερα αποκεντρώνονται στη μείωση των συμπτωμάτων όσο και στη βελτίωση της λειτουργίας του ανθρώπου που ζει με αυτήν.

Για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να εφαρμοστεί ένα πλήρες πρόγραμμα - εξατομικευμένο και μοναδικό για την κάθε περίπτωση- που να στοχεύει στην πολύπλευρη διαχείριση των δυσκολιών του παιδιού και του περιβάλλοντός του. Ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δρουν από κοινού υποστηρίζοντας η μια την άλλη (συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης γονέων και παιδιών, θεραπεία συμπεριφοράς, φαρμακευτική αντιμετώπιση, παρεμβάσεις αποκατάστασης των δυσκολιών στο σχολείο, οικογενειακή ή/ και ατομική ψυχοθεραπεία). Στη συνέχεια παρατίθενται και αναπτύσσονται όλες οι μορφές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ.

1.4.1 Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική θεραπεία, στα παιδιά με μέτρια ή σοβαρή ΔΕΠ-Υ, μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στην ικανότητα μάθησης και στις σχέσεις τους με τους άλλους (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Τα ερευνητικά δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι σήμερα υποστηρίζουν την ύπαρξη τριών ειδών ψυχοτρόπων φαρμάκων τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ: τα διεγερτικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά (Κωτσόπουλος, 2004; Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000). Τα φάρμακα αυτά επιδρούν στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και μέσω αυτής σε τρεις νευροδιαβιβαστές που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς και την αυτορρύθμιση: τη ντοπαμίνη, την επινεφρίνη, τη νορεπινεφρίνη και, ίσως, τη σεροτονίνη (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Ωστόσο, τα πιο αποτελεσματικά και συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι τα διεγερτικά, με κύριο εκπρόσωπο τη μεθυλφαινιδάτη (Ritalin) και τη δεξτροαμφεταμίνη (Dexedrine), οι οποίες μειώνουν την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα και βελτιώνουν τη συγκέντρωση της προσοχής (Ronald et al, 2005; Κωτσόπουλος, 2004). Χορηγούνται συνήθως αρχικά 5mg ημερησίως και η δόση αυξάνει σταδιακά μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα χωρίς παρενέργειες. Η μεγαλύτερη δοσολογία που αναφέρεται στη βιβλιογραφία φθάνει τα 60mg ημερησίως αλλά ελάχιστα παιδιά έχουν ανάγκη από αυτή τη δόση (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Το φάρμακο αρχίζει να ενεργεί σε 30 λεπτά. Η μέγιστη συγκέντρωση φαρμάκου στον εγκέφαλο επιτυγχάνεται σε 2 ώρες από τη λήψη και διαρκεί 4-5 ώρες. Η λήψη ρυθμίζεται με βάση τις ιδιότητες του φαρμάκου και τις περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται καλύτερη ανταπόκριση από το παιδί. Δεν προκαλεί εθισμό όταν χορηγείται κατάλληλα, ακόμη και μετά από χρήση ετών (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004; Κωτσόπουλος, 2004).

Οι αμφεταμίνες αποτελούν τη δεύτερη επιλογή στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, σε άτομα που δεν αντιδρούν στη μεθυλφαινιδάτη. Απαιτούνται διαφορετικές δόσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αποτελούν εναλλακτική θεραπεία για τον έλεγχο των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε μικρό ποσοστό ατόμων που δεν αντιδρούν στα διεγερτικά ή αντενδείκνυται η χορήγησή τους (Olfson, 2004). Βελτίωση παρατηρείται στη συναισθηματική διάθεση και την υπερκινητικότητα, αλλά εξαιτίας των κατασταλτικών ιδιοτήτων δε βελτιώνουν τη μάθηση. Είναι ιδιαίτερα βοηθητικά στις περιπτώσεις που συνυπάρχουν άγχος και κατάθλιψη. Μελέτες εστιασμένες στην επίδραση των νευροληπτικών, όπως η αλοπεριδόλη και η χλωροπρομαζίνη, έδειξαν ότι η θεραπευτική δόση ποικίλει, ενώ αντέδρασε θετικά το 50% των παιδιών. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες έδειξαν ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τα διεγερτικά (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι και τα αντιυπερτασικά φάρμακα βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, χρησιμοποιούνται λιγότερο γιατί έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν σε υπόταση ή και υπέρταση τα παιδιά που τα χρησιμοποιούν (Olfson, 2004).

Με τη χορήγηση φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρατηρείται σημαντική μείωση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Ακολουθεί βελτίωση στις σχολικές τους επιδόσεις, καλύτερη συνεργασία με τους γονείς και τους δασκάλους και ακολουθούν αποτελεσματικότερα εντολές και κανόνες (Olfson, 2004). Το παιδί αποκτά τη δυνατότητα να ελέγχει τη συμπεριφορά του και να επικοινωνεί. Επίσης, όπως

αναφέρει και το Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, η φαρμακευτική αγωγή βοηθά πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ να μειώσουν την υπερκινητικότητά τους και την παρορμητικότητά τους, να βελτιώσουν τις ικανότητές τους, να συγκεντρωθούν, (να εργαστούν), και να μάθουν. Παρόλα αυτά, η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις αποτελεσματική. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση με μικρές δόσεις φαρμάκων, ενώ άλλα χρειάζονται ισχυρότερες δόσεις. Επίσης ένα ποσοστό 10-30% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή παρουσιάζει ακόμη και επιδείνωση των συμπτωμάτων του (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000; Κωτσόπουλος, 2004).

Οι παράγοντες τους οποίους πρέπει να συνεκτιμήσει ο ειδικός προκειμένου να προτείνει τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οι εξής:

1. Η ηλικία του παιδιού.
2. Η διάρκεια και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων.
3. Ο κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του.
4. Η επιτυχία των προηγούμενων παρεμβάσεων.
5. Το επίπεδο άγχους.
6. Η απουσία ιστορικού κατάχρησης ουσιών από το παιδί ή τους γονείς του.
7. Η ικανότητα των γονέων να χορηγούν το φάρμακο με υπευθυνότητα ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του γιατρού (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000, 221).

Ωστόσο, παρόλα τα οφέλη που προσφέρουν αυτές οι ομάδες φαρμάκων, έχουν υπάρξει και ορισμένες αντιδράσεις και ανησυχίες σχετικά με τη χρήση τους. Μια σημαντική μειονότητα νέων παιδιών δεν ωφελείται από τα διεγερτικά φάρμακα. Όταν η ΔΕΠ-Υ συνδέεται με άλλα σημαντικά προβλήματα όπως ανησυχία ή κατάθλιψη, τα διεγερτικά φάρμακα δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό οδηγεί σε περαιτέρω διερεύνηση της κατάστασης για την εύρεση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής (Wicks- Nelson, Israel, 2003; Κωτσόπουλος, 2004).

Μια δεύτερη ανησυχία, όσον αφορά αυτά τα φάρμακα, είναι οι πιθανές παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν στον οργανισμό και οι οποίες θα πρέπει να εκτιμούνται με προσοχή. Μέτριες παρενέργειες εμφανίζονται στο 4% με 10% των περιπτώσεων επηρεάζοντας περισσότερο τα μικρά παιδιά και λιγότερο τα μεγαλύτερα (Wicks- Nelson, Israel, 2003; Κωτσόπουλος, 2004).

Γενικά, όταν τα φάρμακα συνταγογραφούνται και χρησιμοποιούνται σωστά θεωρούνται σχετικά ασφαλή για τα περισσότερα παιδιά. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι η παρακολούθηση αυτών των παιδιών δεν είναι απαραίτητη. Το αντίθετο μάλιστα. Έρευνα που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ έδειξε ότι τα φάρμακα λειτουργούν καλύτερα όταν ελέγχονται τακτικά από τον θεράποντα ιατρό και όταν η δόση ρυθμίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Όπως συμπληρώνει και ο Βοστάνης (2003) η φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται συνεχή ιατρική παρακολούθηση καθώς μπορεί να χρειαστεί να σταματήσει, να αυξηθεί ή να αλλάξει σε άλλου είδους αγωγή. Κάθε παιδί ανταποκρίνεται διαφορετικά στο κάθε φάρμακο και στην εκάστοτε δόση (Wicks- Nelson, Israel, 2003). Δηλαδή, ενώ ένα φάρμακο μπορεί να είναι αποτελεσματικό για ένα παιδί μπορεί- ακριβώς η ίδια φαρμακευτική αγωγή- για κάποιο άλλο παιδί να μην είναι.

Σε αντίθεση με τις ανησυχίες που ήδη παρουσιάστηκαν, υπάρχουν και κάποιοι που υποστηρίζουν ότι τα φάρμακα παρέχονται στα παιδιά πάρα πολύ νωρίς εξαιτίας της αποτελεσματικότητάς τους. Η χορήγηση των φαρμάκων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και αυτό οφείλεται στην αύξηση τη διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Ή ίσως οφείλεται στην αύξηση της χρήσης των φαρμάκων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από εφήβους, ενήλικες, κορίτσια, και παιδιά με δυσκολίες μάθησης. Σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ελλιπής έρευνα. Για παράδειγμα, σε μια αξιολόγηση που έγινε σε τέσσερις πόλεις καταγράφηκε ότι μόνο 1 στα 8 παιδιά που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή για ΔΕΠ-Υ πληρούσε τα χαρακτηριστικά. Σε μια δεύτερη αξιολόγηση βρέθηκε ότι το 72% των παιδιών που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή για ΔΕΠ-Υ δεν πληρούσε τις προδιαγραφές (Wicks- Nelson, Israel, 2003).

Συμπέρασμα

Βάσει των παραπάνω πληροφοριών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Βελτιώνουν την προσοχή και μειώνουν τη φυσική ανησυχία των παιδιών, επηρεάζοντας μέρη του εγκεφάλου που επιτρέπουν να ελέγχεται η προσοχή ενός ανθρώπου στο τι συμβαίνει γύρω του. Αυτό κάνει το παιδί πιο ικανό στη μάθηση του ελέγχου της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Αν αποφασιστεί η χορήγηση φαρμάκων σε ένα παιδί θα πρέπει να γίνει λεπτομερής αξιολόγηση των συμπτωμάτων από το γιατρό για να αποφασιστεί η καταλληλότερη αγωγή θεραπείας. Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων στο παιδί απαιτεί

έγκυρη γνώση και εξοικείωση του γιατρού με αυτά ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με τη μικρότερη δυνατή δόση και τις λιγότερες πιθανές παρενέργειες (Κωτσόπουλος, 2004). Φυσικά, κατά τη διάρκεια της λήψης φαρμάκων, θα πρέπει το παιδί να βρίσκεται υπό συνεχή ιατρική παρακολούθηση (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου συνίσταται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αυτή δε θα πρέπει να αποτελεί το μοναδικό είδος παρέμβασης. Θα πρέπει να υπάρξει παρέμβαση τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμβουλευτικής (Kingsley and Tynan, 2008). Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια προσωρινή και βραχυπρόθεσμη λύση στα ενοχλητικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά, όπως έχουμε αναφέρει, το παιδί πρέπει να αποκτήσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του μακροπρόθεσμα. Σε αυτό θα βοηθήσουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας όπως, η τροποποίηση συμπεριφοράς, η ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α. σε συνδυασμό με τη χορήγηση φαρμάκων. Θεραπείες οι οποίες μπορούν να αντιμετωπίζουν ή προλαμβάνουν τα δευτερογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει συχνά ολόκληρη η οικογένεια εξαιτίας των δυσκολιών και της συμπεριφοράς του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000; Κωτσόπουλος, 2004; Ronald et al, 2005).

1.4.2 Συμπεριφορικές και Γνωστικές Θεραπείες

Η συμπεριφορική παρέμβαση θεωρείται ως η πιο αποδεδειγμένα αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία στη ΔΕΠ-Υ. Ο λόγος είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια ευρεία κλίμακα συμπτωμάτων και να συνδυαστεί με διάφορες άλλες θεραπείες (Wicks- Nelson & Israel, 2003).

Σκοπός αυτών των θεραπειών είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς, ο έλεγχος της προσοχής, της παρορμητικότητας, η εκπαίδευση του παιδιού σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και προσαρμογής και η εκπαίδευση των γονέων και άλλων σημαντικών προσώπων, όπως τα αδέρφια και οι δάσκαλοι. Κεντρικός στόχος είναι να μάθουν τα παιδιά και οι οικογένειές τους να ασκούν έλεγχο στις σκέψεις και τα συναισθήματά τους ως μέσο για την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Η θεραπεία που συνήθως εφαρμόζεται έχει μια συγκεκριμένη δομή. Σε αρχικό στάδιο ο θεραπευτής δίνει ακριβείς πληροφορίες στους γονείς για τη διαταραχή του παιδιού τους και τους υποστηρίζει ώστε να κατανοήσουν τη φύση και την αιτία των δυσκολιών. Πολλές φορές, η λανθασμένη αντίληψη των γονιών όσον αφορά τη

συμπεριφορά του παιδιού τους καθιστά προβληματική την επικοινωνία μαζί του και οδηγούν σε τρόπους αντιμετώπισης που δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Σε επόμενο στάδιο ο θεραπευτής αξιολογεί τη συμπεριφορά του παιδιού και παρατηρεί την αλληλεπίδρασή του με τα αδέρφια και τους γονείς του. Ακολουθεί το τελικό στάδιο όπου ο ειδικός συνεργάζεται με τους γονείς και δημιουργεί στρατηγικές και συμπεριφορικές τεχνικές. Οι οποίες αφορούν στην αλλαγή συμπεριφοράς του παιδιού, όπως η *λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς* και η *θετική ενίσχυση*. Οι γονείς ενδέχεται να ακολουθήσουν επιπλέον εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ενώ το παιδί μπορεί να ακολουθήσει ατομική θεραπεία για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Σε πολλές περιπτώσεις η εκπαίδευση, η υποστήριξη και η συνεργασία των δασκάλων είναι εξίσου σημαντική (Παπαγεωργίου & Νταφούλης, 2004; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.4.2.1. Εκπαίδευση και Συμβουλευτική των Γονέων

Οι σύγχρονες μέθοδοι συμπεριφορικής- γνωστικής κατεύθυνσης δεν απευθύνονται μόνο στο παιδί αλλά και στους γονείς του. Όταν η αντιμετώπιση επικεντρώνεται τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένειά του τότε επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Σκοπός είναι η βελτίωση της συμπεριφοράς στο σπίτι, δεδομένου ότι οι δυσκολίες του παιδιού επηρεάζουν συχνά τη στάση των γονιών. Η εκπαίδευση εστιάζεται στη λεπτομερή ενημέρωση των γονιών για τη φύση της ΔΕΠ-Υ και τις δυσκολίες που παρουσιάζονται ως συνέπεια αυτής της διαταραχής, ώστε να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού και να μάθουν μεθόδους για τον χειρισμό της (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004; Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000). Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό σημείο γιατί τίθενται βάσεις για την κινητοποίηση των γονέων και την αύξηση των κινήτρων τους για τη συμμετοχή τους στη διαδικασία (Wicks-Nelson, Israel, 2003). Είναι αναγκαίο οι γονείς να εκπαιδευτούν στην υιοθέτηση νέων μορφών επικοινωνίας με το παιδί τους (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000). Οι ειδικοί ενθαρρύνουν τους γονείς να μάθουν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς που βασίζονται στη θετική ενίσχυση (Szymanski, Zolotor, 2001). Εκπαιδεύονται σε κατάλληλες και σταθερές στρατηγικές πειθαρχίας, στη θετική προσοχή και σε συστήματα άμεσης επιβράβευσης. Η αντιμετώπιση αυτή μειώνει τις συγκρούσεις και την έλλειψη συμμόρφωσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Ο θεραπευτής συχνά φτιάχνει κάποιο πρόγραμμα για τους γονείς στο σπίτι, το

οποίο είναι σχεδιασμένο σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού και αποτελεί σημαντικό κομμάτι της γενικής τους εκπαίδευσης (Wicks- Nelson, Israel, 2003).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι χρήσιμη όταν οι οικογενειακές σχέσεις είναι διαταραγμένες και όταν οι γονείς αρχίζουν να αισθάνονται ότι δεν έχουν τις ικανότητες να βοηθήσουν το παιδί τους. Ο θεραπευτής εστιάζεται στη βελτίωση της επικοινωνίας και της κατανόησης μεταξύ των μελών σε μια προσπάθεια να τους βοηθήσει να βρουν λύσεις στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με το παιδί (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Αυτή η θεραπεία βοηθά σημαντικά και το ίδιο το παιδί αφού βελτιώνει τη λειτουργικότητά του και ενισχύει την αυτοεκτίμησή του απέναντι στους γονείς του (Szymanski, Zolotor, 2001).

1.4.2.2 Παρέμβαση στην Τάξη

Η εξατομικευμένη αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών του παιδιού και η προσαρμογή της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι απαραίτητη, λόγω πιθανών προβλημάτων μάθησης, δυσκολιών στις σχέσεις του με τους συνομηλίκους και πιθανών συναισθηματικών προβλημάτων (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Οι δάσκαλοι τυπικά εκπαιδεύονται και συμβουλευονται από έναν ειδικό ψυχολόγο, μαθαίνοντας αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση αυτών των παιδιών μέσα στην τάξη (Szymanski, Zolotor, 2001).

Μια διαδικασία που οδηγεί τις περισσότερες φορές σε θετικά αποτελέσματα είναι μια γραπτή συμφωνία ανάμεσα στον δάσκαλο και το παιδί. Αυτή η συμφωνία καθορίζει πως θα πρέπει να συμπεριφέρεται το παιδί και τις συνέπειες που θα προκύψουν. Ο δάσκαλος στέλνει στους γονείς μια κάρτα, η οποία αναφέρει τη συμπεριφορά του παιδιού και τους στόχους που επιτεύχθηκαν. Η κάρτα λειτουργεί ως ανατροφοδότηση για το παιδί και ενημερώνει τους γονείς για την πρόοδο του παιδιού. Η διαδικασία αυτή προωθεί και την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ δασκάλου και γονέων (Szymanski, Zolotor, 2001; Wicks- Nelson, Israel, 2003).

Έρευνες έχουν δείξει ότι σημαντικό ρόλο στη μάθηση του παιδιού με ΔΕΠ-Υ έχει η καλή οργάνωση και η δομή της τάξης του. Κατάλληλη επιλογή θέσης για θετική βλεμματική ενίσχυση, καθήκοντα σε μικρές ακολουθίες, επιβράβευση για τις θετικές επιδόσεις, διατήρηση της προσοχής και γραπτοί κανόνες αναρτημένοι στην αίθουσα βοηθούν όχι μόνο το παιδί με ΔΕΠ-Υ αλλά και τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης (Wicks- Nelson, Israel, 2003; Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Η αναγνώριση του προβλήματος από το δάσκαλο, η παροχή ευκαιριών στο παιδί, η ενίσχυση, η υποστήριξη και η βοήθεια με κατάλληλους χειρισμούς, η συνεργασία με τους γονείς και τους ειδικούς και η αλληλεπίδραση του παιδιού με τον δάσκαλο είναι καθοριστικοί παράγοντες στη θετική έκβαση των δυσκολιών (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Αν και υπάρχουν πολύ θετικά αποτελέσματα από τη συμπεριφορική παρέμβαση αξίζει να αναφέρουμε ότι συχνά απαιτούνται περισσότερη προσπάθεια και περισσότερος χρόνος από όλη την οικογένεια, τους δασκάλους και το ίδιο το παιδί. Επίσης, σε παιδιά με σοβαρά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τα αποτελέσματα και τα οφέλη από αυτή τη θεραπεία είναι μικρότερα και η φαρμακευτική αγωγή θεωρείται αποτελεσματικότερη (Wicks- Nelson, Israel, 2003). Τέλος, τα παιδιά που δε μπορούν να αναπτύξουν επικοινωνιακές σχέσεις με τους συμμαθητές τους, μπορούν να ωφεληθούν από την ατομική θεραπεία (Szymanski, Zolotor, 2001).

1.4.2.3 Ατομική Θεραπεία

Μια ακόμη συμπεριφορική και γνωστική μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ είναι η ατομική θεραπεία. Όταν όμως αυτή αποτελεί το μοναδικό είδος παρέμβασης, δυστυχώς δεν υπάρχει βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Σκοπός αυτής της θεραπείας είναι η εκπαίδευση του παιδιού σε δεξιότητες αυτοελέγχου, στην παρατήρηση και στην κριτική της συμπεριφοράς του. Τα παιδιά εκπαιδεύονται να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες σε διαφορετικά καθήκοντα, όπως εντοπισμός του προβλήματος, διερεύνηση των στρατηγικών επίλυσης, επιλογή της πιο αποτελεσματικής λύσης, εφαρμογή του προγράμματος σε διαφορετικές καταστάσεις (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Υπάρχουν διάφορες πρακτικές τεχνικές που μπορούν να βοηθήσουν, όπως για παράδειγμα, η καταγραφή της συχνότητας της επιθυμητής συμπεριφοράς από τα παιδιά. Μια άλλη τεχνική, εκπαιδεύει το παιδί να κάνει παρατηρήσεις (ερωτήσεις- απαντήσεις) στον εαυτό του για να οδηγηθεί στη συμπεριφορά που είναι επιθυμητή (Wicks- Nelson, Israel, 2003). Φυσικά οι τεχνικές αυτές αναφέρονται σε παιδιά άνω των 7 ετών, τα οποία διαθέτουν ικανότητες και έχουν κίνητρο (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004).

Η ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη ατομική θεραπεία παρέχει την ευκαιρία στο παιδί που διαθέτει δεξιότητες ενδοσκόπησης και έκφρασης συναισθημάτων να διερευνήσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις σχέσεις και τις εμπειρίες του (Παπαγεωργίου, Νταφούλης, 2004). Παρόλα αυτά, επειδή η ΔΕΠ-Υ δεν θεωρείται

συναισθηματική διαταραχή, δεν μπορούμε να αναμένουμε βελτίωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της με την ατομική ψυχοθεραπεία (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Αυτή η μέθοδος αποκατάστασης αφορά περισσότερο την αντιμετώπιση των δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και βοηθά περισσότερο τα παιδιά που έχουν αναπτύξει χαμηλή αυτοπεποίθηση εξαιτίας της διαταραχής (Szymanski, Zolotor, 2001).

1.4.3 Διεπιστημονική Προσέγγιση

Οι μεμονωμένες θεραπευτικές διαδικασίες που περιγράφηκαν παραπάνω, όπως η φαρμακοθεραπεία, η εκπαίδευση των γονέων, η παρέμβαση στην τάξη και η ατομική θεραπεία, δεν είναι από μόνες τους αρκετές για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Ammerman, Hersen, 1997). Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 2005 από μια ομάδα ερευνητών (Jensen et al, 2005) διαπιστώθηκε ότι ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής και της συμπεριφορικής παρέμβασης είναι η πιο επιτυχημένη και η πιο αποτελεσματική στρατηγική εναντίον της ΔΕΠ-Υ. Τον συνδυασμό αυτόν ακολουθεί, σε αποτελεσματικότητα, η χορήγηση μόνο φαρμακευτικής αγωγής (χωρίς τη συμπεριφορική θεραπεία) και τέλος ακολουθεί η μεμονωμένη συμπεριφορική παρέμβαση (χωρίς χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής).

Η σύγχρονη έρευνα λοιπόν, στρέφεται όλο και περισσότερο στη χρήση πολυδιάστατων και συνδυασμένων μεθόδων θεραπευτικής παρέμβασης. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών και θέτει μια σειρά από θεραπευτικούς στόχους. Δίνεται έμφαση στην αντιμετώπιση των διαταραχών της παιδικής ηλικίας μέσα από την οικογένεια και στην ενεργό συμμετοχή όλων των μελών της στη θεραπευτική παρέμβαση (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Η παρέμβαση στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης γίνεται σε γνωστικό επίπεδο, σε επίπεδο συμπεριφοράς, σε ψυχολογικό επίπεδο, σε μαθησιακό επίπεδο και σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε παιδιού και της οικογένειάς του (Ronald et al, 2005).

Η πολυεπίπεδη προσέγγιση περιλαμβάνει όλες τις μορφές παρέμβασης που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζει τα πρωτεύοντα ενοχλητικά και έντονα συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί. Βελτιώνει σε ένα

μεγάλο ποσοστό την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Η διάρκεια και η αποτελεσματικότητά της όμως είναι βραχυπρόθεσμη. Τα συμπτώματα αυτά δεν είναι τα μοναδικά που εμφανίζονται. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα παρουσιάσει και δευτερογενή συμπτώματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολία στην επικοινωνία με τους γονείς, τους συνομηλίκους αλλά και γενικά με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του.

Αυτά τα δευτερογενή συμπτώματα αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα από τη συμπεριφορική και γνωστική παρέμβαση. Η εκπαίδευση των γονέων αλλά και του δασκάλου βοηθούν τα παιδιά σημαντικά. Ωστόσο, και το ίδιο παιδί παρακολουθώντας ένα πρόγραμμα ατομικής θεραπείας καταφέρνει να μειώσει τα συμπτώματα που παρουσιάζονται μακροπρόθεσμα.

Όλη αυτή η πολύπλευρη προσέγγιση οργανώνεται από τον ειδικό θεραπευτή, ο οποίος έχει μελετήσει και έχει αναλύσει τις ανάγκες του παιδιού με ΔΕΠ-Υ αλλά και της οικογένειάς του. Είναι αυτός ο οποίος κατευθύνει τις θεραπείες και οργανώνει την παρέμβαση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα

Όπως αναλύθηκε στις παραπάνω ενότητες, οι μορφές αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ είναι πολλές και διαφορετικές. Η παρέμβαση η οποία θα ακολουθηθεί εξαρτάται από το ίδιο το παιδί και την οικογένειά του. Ο ειδικός θεραπευτής θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του όλες τις παραμέτρους που αναφέρθηκαν και να αποφασίσει την αποτελεσματικότερη παρέμβαση για το παιδί. Ενδεχομένως να χρειαστεί να παρέμβουν και να συνεργαστούν μεταξύ τους περισσότεροι από έναν ειδικοί. Το παιδί θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς και οι γονείς θα πρέπει να παρακολουθούν και να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟΜΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΔΕΠ-Υ

2.1 Κληρονομικότητα και ΔΕΠ-Υ

Μέχρι και σήμερα, οι ερευνητές δεν είναι απόλυτα βέβαιοι τι προκαλεί τη ΔΕΠ-Υ. ωστόσο, πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί προτείνουν ότι τα γονίδια διαδραματίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή της. Οι γενετικοί παράγοντες της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ υπολογίζονται στο 80%. Μελέτες υποστηρίζουν την θεωρία ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως μια κληρονομική διαταραχή με την πλειοψηφία των ασθενών να έχουν πρώτου ή δεύτερου βαθμού συγγενείς με ιστορικό ΔΕΠ-Υ ή μαθησιακών δυσκολιών. Οι μαθησιακές δυσκολίες συχνά σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ και εμφανίζονται στο 70% των ασθενών και συγγενών τους. Σε μια μελέτη 145 παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα αγόρια υπερτερούσαν αριθμητικά σε σχέση με τα κορίτσια (3 προς 1), και το 30% είχαν αδέρφια με μαθησιακές δυσκολίες συγκρινόμενα με την ομάδα ελέγχου χωρίς ΔΕΠ-Υ που είχε μόνο το 7% μαθησιακές δυσκολίες. Ένας κληρονομικός παράγοντας σε αυτή την ομάδα ασθενών εκφράστηκε από την αριθμητική υπεροχή των αγοριών και την αυξανόμενη συχνότητα των μαθησιακών δυσκολιών στα αδέρφια (Millchap, 2008).

Οι διαφορές φύλου στην συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ έχουν αποδοθεί στην αυξανόμενη διασπαστική συμπεριφορά των αγοριών. Οι πληροφορίες για τα αίτια της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια είναι λίγες γιατί η έκταση στην οποία παρατηρείται είναι σχετικά σπάνια. Μια μελέτη για την κληρονομικότητα διαπίστωσε ότι δεν παίζει ρόλο το φύλο του συγγενή που πρωτοεμφάνισε τη διαταραχή αλλά η πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σε κάποιον από τους απογόνους τους, είτε αυτοί είναι κορίτσια είτε είναι αγόρια, είναι ίδιοι. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια και παιδιά) των ασθενών με ΔΕΠ-Υ έχουν ένα μεγάλο ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής με μια συχνότητα πενταπλάσια ή εξαπλάσια μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα από διάφορες διεθνείς μελέτες διδύμων δείχνουν

ότι η ΔΕΠ-Υ είναι συχνά κληρονομική. Οι ερευνητές εξετάζουν διάφορα γονίδια, τα οποία ιδίως να ευθύνονται για την αύξηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης της διαταραχής σε ορισμένους ανθρώπους. Πιο συγκεκριμένα, μελέτες σε δίδυμα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δείξει 79% συνταύτιση στα μονοζυγωτικά δίδυμα συγκρινόμενα με 32% στα διζυγωτικά δίδυμα του ίδιου φύλου. Μια ανασκόπηση 283 υιοθετημένων ενήλικων χωρισμένων σε 2 ομάδες, με ή χωρίς συμπεριφορικά διαταραγμένους βιολογικούς γονείς, έδειξε ότι αυτοί που είχαν ιστορικό υπερκινητικότητας στην παιδική ηλικία είχαν και βιολογικούς γονείς με παρόμοιο ιστορικό αλλά και στην θετή οικογένεια που μεγάλωσαν αντιμετώπιζαν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Μελέτες με υιοθετημένα παιδιά υποστηρίζουν ότι και η κληρονομικότητα και το περιβάλλον αποτελούν παράγοντες αιτιών της ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2008).

Σημειώνεται μια αυξανόμενη στροφή προς τις μοριακές γενετικές μελέτες για τον ακριβή εντοπισμό των μη φυσιολογικών γονιδίων ή των γονιδίων που αποτελούν αιτία εμφάνισης των συμπτωμάτων της διάσπασης της προσοχής, της υπερκινητικότητας, αυθορμητισμού, άρα, και της ΔΕΠ-Υ. πολλές από αυτές τις μελέτες εστιάζουν στα γονίδια που σχετίζονται με την ντοπαμίνη γιατί αυτός ο νευροδιαβιβαστής έχει αποδειχθεί ένοχος για τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Τα συγκεκριμένα γονίδια παρουσιάζονται ξεχωριστά παρακάτω (Lewis, 2002).

Dopamine D2 Receptor Gene (DRD2)

Σε μια μελέτη βρέθηκε φανερός συσχετισμός του συγκεκριμένου γονιδίου με το σύνδρομο Tourette, την ΔΕΠ-Υ (46,2%), τον αυτισμό, τον αλκοολισμό και το μετατραυματικό stress σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Παρόλα αυτά όμως ο συσχετισμός του DRD2 γονιδίου και της ΔΕΠ-Υ ακόμα δεν είναι βέβαιος (Lewis, 2002).

Dopamine Transporter Gene (DAT1)

Έρευνες που έχουν γίνει για το ρόλο αυτού του γονιδίου προτείνουν ότι το DAT1 γονίδιο μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, το γονίδιο αυτό ίσως θα πρέπει να αλληλεπιδρά με έναν αριθμό άλλων γονιδίων έτσι ώστε να συμβάλει στη δημιουργία συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Lewis, 2002).

Dopamine D4 Receptor Gene (DRD4)

Τα ευρήματα των ερευνών που έχουν γίνει κατά καιρούς δεν μας βοηθούν να καταλήξουμε σε ένα ξεκάθαρο συμπέρασμα. Τα συμπέρασμα είναι παρόμοιο όπως

και με το γονίδιο DAT1. Ο ρόλος του γονιδίου DRD4 φαίνεται να είναι σημαντικός όμως, όπως και στο γονίδιο DAT1, η επιρροή του στην ΔΕΠ-Υ γίνεται σε συνδυασμό με άλλα γονίδια και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών (Lewis, 2002).

Αναφορικά, κάποια άλλα γονίδια που υπάρχει η υπόνοια να δρουν θετικά στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ είναι τα Dopamine beta-Hydroxylase gene (DBH), Dopamine D5 Receptor gene (DRD5), Dopamine D1 Receptor gene (DRD1), Catechol-O-methyltransferase gene (COMT), Androgen Receptor gene (AR) και, τέλος, Immune Function and Regulation genes (Lewis, 2002).

Συμπερασματικά, οι περισσότερες από τις μοριακές γενετικές μελέτες επικεντρώνονται στα γονίδια που σχετίζονται με την ντοπαμίνη (π.χ. DRD2, DAT1, DRD4, DBH, DRD5, DRD1). Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα γονίδια που συνδέονται πιο συχνά με την ΔΕΠ-Υ είναι τα γονίδια DAT1 και DRD4. Ωστόσο, αυτός ο συσχετισμός συμβαίνει και με τον συνδυασμό και άλλων συνθηκών, άρα δεν ειδικεύονται στη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, για καθένα από αυτά τα γονίδια υπάρχουν μελέτες που έχουν αρνητικά αποτελέσματα. Γι' αυτό, χρειάζονται περισσότερες έρευνες προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ρόλος αυτών των γονιδίων στη ΔΕΠ-Υ (Lewis, 2002).

2.2 Νευροφυσιολογία και ΔΕΠ-Υ

Ανωμαλίες στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου ίσως ευθύνονται για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Ανάμεσα σε έρευνες σχετικές με τη δομή του εγκεφάλου ατόμων με ΔΕΠ-Υ και φυσιολογικών ατόμων, που έχουν χρησιμοποιήσει υψηλής ανάλυσης μηχανήματα μαγνητικών τομογραφιών, έχουν προκύψει διαφορές αλλά και όχι με συνέπεια. Έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μικρότερο μεσολόβιο από τα φυσιολογικά παιδιά, αλλά κάποιοι ερευνητές έχουν αποτύχει να βρουν αυτή την ανατομική διαφορά. Μελέτες μαγνητικής τομογραφίας έχουν ακόμα αναδείξει την πιθανότητα ότι ο κερκοφόρος πυρήνας και άλλες προμετωπιαίες περιοχές μπορεί να είναι μικρότερες στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Όμως δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς εάν αυτές οι ανατομικές διαφορές είναι λειτουργικά σημαντικές. Αρχικά ευρήματα δείχνουν ότι ίσως και να είναι σημαντικές, υποστηρίζοντας ότι το μέγεθος της προμετωπιαίας περιοχής δείχνει να σχετίζεται εμφανώς με την απόδοση σε ψυχολογικό τεστ συμπεριφορικών αναστολών (Walker, 2001).

Όσον αφορά τη λειτουργία του εγκεφάλου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, μελέτες έχουν γίνει στα πλαίσια της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο και της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων. Παρόλο που είναι λίγες σε αριθμό, έρευνες για την κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο έχουν δείξει μείωση της κυκλοφορίας του αίματος σε προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου σε διάφορες διαδρομές που συνδέουν αυτές τις περιοχές με το μεταχαιμιακό σύστημα, συμπεριλαμβανομένου του κερκοφόρου πυρήνα. Αυτό που κάνει αυτά τα ευρήματα ακόμα πιο ουσιαστικά είναι ότι αυτά τα ελλείμματα αντιστράφηκαν όταν χορηγήθηκε διεγερτική φαρμακευτική αγωγή. Στην τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων ενηλίκων υπήρχαν στοιχεία μείωσης του μεταβολισμού της γλυκόζης στις περιοχές του προμετωπιαίου και της έλικας του προσαγωγείου, καθώς και στην κερκοφόρο και σε άλλες υποφλοιώδεις δομές. Παρόμοια αποτελέσματα τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων αρχικά αναφέρθηκαν σε κοπέλες εφήβους με ΔΕΠ-Υ, αλλά πρόσφατες προσπάθειες απέτυχαν να εντοπίσουν τα ίδια ευρήματα (Walker, 2001).

Σε μια προσπάθεια να εξακριβωθεί εάν οι νευρολογικές αντιδράσεις των παιδιών με συμπτώματα υπερκινητικότητας, αυθορμητισμού και διάσπασης προσοχής διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ τους, μελέτες εξέτασαν το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα που σχετίζει τις αντιδράσεις των παιδιών με αυτά τα συμπτώματα. Αυτές οι έρευνες κεντρικά, έχουν συμπεριλάβει ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (HEΓ) και καταγραφή προκλήτων δυναμικών, και περιφερικά δίνουν έμφαση νευροκινητική διέγερση (Lewis, 2002).

Έχει υπολογιστεί ότι το 35% με 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχουν μη φυσιολογικό HEΓ. Η πιο κοινή ανωμαλία που καταγράφηκε αφορά διάχυτες, μη συγκεκριμένες αλλαγές και υπερβολικά αργή εγκεφαλική δραστηριότητα. Έρευνα έδειξε ότι, σε μια σειρά από 75 υπερκινητικά υποκείμενα, η πιο λογική ανωμαλία ήταν η απουσία ενός απαιτούμενο αριθμού καλά οργανωμένων κυμάτων άλφα για χρόνια (Lewis, 2002).

Μια άλλη ανωμαλία που περιγράφηκε μέσω HEΓ σε υπερκινητικά παιδιά περιλαμβάνει δυσκολίες με την εξασθένηση των κυμάτων άλφα, τα οποία προφανώς αντιπροσωπεύουν τη μείωση της ικανότητας αυτών των παιδιών να σταματήσουν να επικεντρώνονται σε περιττά πράγματα (Lewis, 2002).

Έρευνες με προκλητά δυναμικά δεν έχουν καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα, δίνοντας αντιφατικά αποτελέσματα. Έχει αναφερθεί ότι τα ακουστικά προκλητά δυναμικά στα υπερκινητικά υποκείμενα είχαν μεγαλύτερη λανθάνουσα κατάσταση και λιγότερο πλάτος δόνησης σε σύγκριση με την αντίστοιχη συνομήλικη ομάδα ελέγχου. Από την άλλη μεριά, οι μελέτες οπτικών και ακουστικών μέσων προκλητών

αντιδράσεων, έδειξαν αυξανόμενες λανθάνουσες καταστάσεις και μεγαλύτερο πλάτος δόνησης με αυξήσεις στην ένταση των οπτικών ερεθισμάτων. Η ομάδα ελέγχου, που είχε την ίδια ηλικία και φύλο, έδειξε λιγότερες αυξήσεις στο πλάτος δόνησης και μείωση της λανθάνουσας κατάστασης. Ο Hall και οι συνεργάτες του, καταγράφοντας προκλητά δυναμικά σε αντίδραση με τέσσερα ερεθίσματα διαφορετικής έντασης υπό συνθήκες προσοχής και διάσπασης προσοχής, δεν βρήκαν διαφορές στη σταθερότητα, στο πλάτος δόνησης ή στη λανθάνουσα κατάσταση μεταξύ υπερκινητικών παιδιών και της ομάδας ελέγχου. Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες κατέγραψαν προκλητά δυναμικά σε μία ή περισσότερες θέσεις ηλεκτροδίων (Lewis, 2002).

Ο Satterfield και οι συνεργάτες του διεξήγαν μια έρευνα πάνω σε εξάχρονα παιδιά με προβλήματα προσοχής και σε 20 αντίστοιχα φυσιολογικά παιδιά που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου, χρησιμοποιώντας 19 θέσεις καταγραφής και 2 δοκιμασίες διάκρισης. Συμπέραναν ότι τα παιδιά με προβλήματα προσοχής είχαν δυσκολίες στη διαδικασία αντιστοίχισης, καταλήγοντας σε φτωχή διάκριση των βασικών ερεθισμάτων. Αυτή είναι μια αυτόματη διαδικασία που δεν ελέγχεται εκούσια αλλά πιστεύεται ότι αποτελεί μέρος μιας βασικής αντίδρασης του προσανατολισμού (Lewis, 2002).

Ο Baving και οι συνεργάτες του εξέτασαν ΗΕΓ καταγραφές σε 117 παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι καταγραφές υποβλήθηκαν σε ανάλυση δυναμικού φάσματος και βρέθηκε η λανθάνουσα κατάσταση. Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εκδήλωσαν μικρότερη λανθάνουσα κατάσταση στο δεξιό μετωπιαίο μέρος του εγκεφάλου από ότι τα αγόρια της ομάδας ελέγχου. Τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ εκδήλωσαν μεγαλύτερη λανθάνουσα κατάσταση στο δεξιό μετωπιαίο μέρος του εγκεφάλου από ότι τα κορίτσια της ομάδας ελέγχου. Αυτά τα αποτελέσματα προέρχονται από μελέτες μαγνητικών τομογραφιών (Lewis, 2002).

Ο Halliday και οι συνεργάτες του εξέτασαν τη συνέπεια της μεθυλφαινιδάτης στα οπτικά προκλητά δυναμικά σε υπερκινητικά παιδιά. Συμπέραναν ότι οι αντιδράσεις που προκάλεσαν τα προκλητά δυναμικά ήταν πιο ευαίσθητες στην ηλικία και στις συνθήκες προσοχής και λιγότερο ευαίσθητες στη δόση της μεθυλφαινιδάτης. Παρόμοιες μελέτες που επικεντρώθηκαν στη νευροκινητική διεγερσιμότητα έδωσαν επίσης αντιφατικά αποτελέσματα. Συνεπώς, ο Pivik και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι κάποια υπερκινητικά παιδιά είχαν εμφανή εξέλιξη, ενώ κάποια άλλα εμφανείς καταθλιπτικές αντιδράσεις σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Lewis, 2002).

Σύμφωνα με τους Dumontheil, Burgess και Blackmore (2008) μελέτες στη δομή του εγκεφάλου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δείχνουν ότι ο συνολικός όγκος του εγκεφάλου τους έχει μειωθεί σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μείωση του όγκου

της φαιάς ή/ και της λευκής ουσίας στο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου έχει παρατηρηθεί, παρόλο που καμία μελέτη δεν έχει βρει κάποια συγκεκριμένη ανωμαλία στον ραμφοειδή προμετωπιαίο φλοιό. Σε σχέση με την πιθανή δυσλειτουργία στον προμετωπιαίο φλοιό, άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν δυσκολίες σε πολλαπλές δοκιμασίες. Επιπλέον, σε μια από αυτές τις μελέτες βρέθηκε μια σημαντική συσχέτιση της ΡΜ επίδοσης και μιας κλινικής μέτρησης της ΔΕΠ-Υ. Τέλος, τα στοιχεία για τη διαταραχή της μνήμης ποικίλουν (Lewis, 2002).

Τα διαφορούμενα και ατελή ευρήματα αυτών των μελετών της νευροφυσιολογίας της ΔΕΠ-Υ μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι επιχειρείται η κατανόηση της σύνθεσης και της πολύπλευρης κεντρικής διαδικασίας χρησιμοποιώντας λανθασμένους τρόπους (Lewis, 2002).

2.3 Αναπτυξιακές Διαταραχές- Σύνδρομο και ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει με κάποια άλλη ψυχική νόσο όπως διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, κυρίως του συνδρόμου Asperger, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής και το σύνδρομο Gilles de la Tourette. Μεγάλο ποσοστό των παιδιών παρουσιάζει και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας όπως δείχνουν μελέτες εστιασμένες σε κλινικούς πληθυσμούς. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι το 60% των παιδιών παρουσιάζει ταυτόχρονα εναντιωματική προκλητική διαταραχή (oppositional Defiant Disorder- (ODD), ενώ η διαταραχή διαγωγής (Conduct Disorder- (CD) συνυπάρχει σε ποσοστό 45% των περιπτώσεων. Επιπλέον, συναντάται η μείζων κατάθλιψη σε ποσοστό 33%, οι αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 30% και άλλα συναισθηματικά προβλήματα σε ποσοστό 50% (Παπαγεωργίου, 2005).

2.3.1 ΔΕΠ-Υ και Αγχώδης Διαταραχές

Στο παρελθόν, μελέτες έχουν βρει ότι το 1/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληρούν τα κριτήρια για μια αγχώδη διαταραχή. Μελέτες που εφαρμόστηκαν σε οικογένειες με γενετικό υπόβαθρο δείχνουν ότι το άγχος και η ΔΕΠ-Υ αποτελούν δυο ξεχωριστές διαταραχές. Με αυτή την υπόθεση, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ- Αγχώδη Διαταραχή μοιράζονται τα κοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με τις Αγχώδεις Διαταραχές (Lewis, 2002).

Διάφοροι ερευνητές εξέτασαν εάν το άγχος ως συνοδό χαρακτηριστικό έχει αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της χρήσης διεγερτικών. Κλινικοί πιστεύουν ότι η παρουσία άγχους σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά προβλέπει φτωχή αντίδραση σε διεγερτικά, και περισσότερες παρενέργειες, και αυτό έχει αποδειχθεί σε μια σειρά από δοκιμασίες διεγερτικών σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ- Αγχώδη Διαταραχή. Ο Lewis (2002) αναφέρει στο βιβλίο του την έρευνα του Tannock και των συνεργατών του, οι οποίοι βρήκαν ότι η συνοσηρότητα του άγχους έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή ανάπτυξη της συμπεριφοράς. Ακόμα παρατηρήθηκε μικρότερη εξέλιξη στη βραχυπρόθεσμη μνήμη όταν αυτή αντιμετωπίζονταν θεραπευτικά με διεγερτικά σε σύγκριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ χωρίς Αγχώδη Διαταραχή. Τελικά, ο Tannock κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ- Αγχώδη Διαταραχή είχαν περισσότερες παρενέργειες από ότι τα παιδιά που είχαν μόνο ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα αποτελέσματα οδήγησαν τον Tannock να προτείνει ότι η ΔΕΠ- Αγχώδη Διαταραχή αποτελεί μια υποκατηγορία της ΔΕΠ-Υ εξαιτίας της διαφορετικής αντίδρασης στα διεγερτικά. Έτσι, αυτή η υποκατηγορία προτείνεται να αντιμετωπίζεται ταυτόχρονα φαρμακευτικά αλλά και ψυχολογικά καθώς τα αποτελέσματα της θεραπείας διαφέρουν σημαντικά (Lewis, 2002).

2.3.2 ΔΕΠ-Υ και το Σύνδρομο Gilles da la Tourette (GTS)

Το σύνδρομο Gilles da la Tourette αποτελεί μια κινητική διαταραχή και απαντάται συχνά σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου πριν την έναρξη της ήβης με το ένα δεύτερο των περιπτώσεων να έχουν μια ξεκάθαρη εικόνα στην αρχή της ενηλικίωσής τους. Το σύνδρομο Gilles da la Tourette αποτελεί την πιο συχνή αιτία εμφάνισης των τικ, τα οποία είναι ακούσιες ή μερικώς ακούσιες, ξαφνικές, στιγμιαίες, περιοδικές, επαναλαμβανόμενες κινήσεις (κινητικά τικ) ή ήχοι (φωνητικά τικ). Κυρίως, συνοδεύεται με ΔΕΠ-Υ αλλά και με άλλες ψυχικές νόσους. Η εικόνα του συνδρόμου αυτού ποικίλει και έτσι μπορεί να μιμηθεί πολλές υπερκινητικές διαταραχές κάνοντας την διάγνωση ιδιαίτερα δύσκολη μερικές φορές (Kenney, Kuo, Jimenez- Shahed, 2008).

Όταν συνυπάρχουν η ΔΕΠ-Υ και το σύνδρομο Gilles da la Tourette έχει αποδειχθεί ότι είναι σπάνιο η θεραπεία με συχνή δόση διεγερτικών να αυξήσει τα τικ του συνδρόμου. Ωστόσο, η σπάνια και μεγάλη δόση αυτών αυξάνει τα τικ. Γενικά, υποστηρίζεται ότι οι στρατηγικές θεραπείας πρέπει να οργανώνονται έτσι ώστε είτε να λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα και οι δύο διαταραχές είτε η κάθε μία ξεχωριστά (Lewis, 2002).

2.3.3 ΔΕΠ-Υ και Μείζων Κατάθλιψη

Η Μείζων Κατάθλιψη είναι πολύ συχνή ψυχική νόσος στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Υπάρχουν παιδιά που δεν αντέχουν να υπομένουν την κατάστασή τους και εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση. Αυτή η διάθεση διαρκεί το λιγότερο αρκετές ώρες της ημέρας για τουλάχιστον δυο εβδομάδες. Μερικές φορές, εάν αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν και ψυχοκινητική καθυστέρηση, μπορεί να γίνουν ληθαργικά και ήσυχα, τόσο που παραδόξως όταν η κατάθλιψη παρουσιάζει έξαρση και ανακάμπτουν, οι δάσκαλοί τους μπορεί να περιγράψουν την συμπεριφορά τους μέσα στην τάξη ως χειρότερη. Παιδιά με ΔΕΠ-Υ- Μείζων Κατάθλιψη μπορεί να είναι κουρασμένα, η προσοχή τους είναι ακόμα πιο μειωμένη και μπορεί να θέλουν να εγκαταλείψουν τις προσπάθειες. Παρόλο που το τελευταίο είναι συχνό φαινόμενο, δεν μπορούν να αφηγήσουν την κατάσταση. Βασικό είναι να γνωρίζουμε ότι πολλά από αυτά τα παιδιά είναι αξιοθαύμαστο το πόσο ευπροσάρμοστα είναι παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κάθε μέρα (Lewis, 2002).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο. Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου ΔΕΠ-Υ- Μείζων Κατάθλιψη χρησιμοποιούνται φάρμακα διεγερτικά, αντικαταθλιπτικά ή και άλλα. Η αγωγή πρέπει να δίνεται λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του κάθε παιδιού ξεχωριστά (Lewis, 2002).

2.3.4 ΔΕΠ-Υ και Διπολική Διαταραχή

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα (δηλαδή τουλάχιστον δυο) επεισόδια, κατά τη διάρκεια των οποίων η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας του ασθενούς διαταράσσονται σημαντικά. Η διαταραχή αυτή συνίσταται σε πολλές περιπτώσεις σε υπερθυμία, αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (μανία και υπομανία) και σε άλλες περιπτώσεις σε πτώση διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη) (ICD-10, 2007).

Η συνοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και Διπολική Διαταραχή θεωρείται αρκετά σπάνια. Αντίθετα, κάποιες κλινικές μελέτες έδειξαν ότι πάνω από το 16% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφάνισαν μανία. Ακόμα, η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο ειδικά στους συγγενείς πρώτου βαθμού (Lewis, 2002).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Διπολική Διαταραχή χαρακτηρίζονται από εκρηκτικά ξεσπάσματα, έντονη συνοσηρότητα και πολλές φορές χρίζουν εισαγωγής σε νοσοκομείο. Αυτοί οι ασθενείς είναι ασταθείς, ευέξαπτοι, επιθετικοί και έχουν δύσκολη ιδιοσυγκρασία (Lewis, 2002).

Όσον αφορά την θεραπεία, υπάρχει έλλειψη εμπειρισμού. Φάρμακα όπως τι λίθιο, τα αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά, διεγερτικά και άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως σε αυτό το πλήθος των παιδιών. Οι κλινικοί μπορεί να διαφωνούν στη διάγνωση όμως είναι απόλυτα σύμφωνοι ότι αυτά τα παιδιά είναι εξαιρετικά άρρωστα και δύσκολα μπορεί κανείς να τα βοηθήσει για αυτό και συχνά καταλήγουν στο νοσοκομείο. Απαιτούν εντατική θεραπεία αλλά κάποιες φορές διατρέχουν τον κίνδυνο της υπερβολικής δόσης και της χρήσης ουσιών. Τέλος, οι θεραπείες πρέπει να γίνονται με προσοχή και να είναι επαναλαμβανόμενες και εντατικές (Lewis, 2002).

2.3.5 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

Το 40% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει διαταραχή συμπεριφοράς με κύρια χαρακτηριστικά την αντιθετική και προκλητική συμπεριφορά. Το 25% των παιδιών, το 40-45% των εφήβων και το 20-25% των ενηλίκων παρουσιάζουν Διαταραχή Διαγωγής (Hanc et al, 2008).

2.3.6 ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης

Κάποια παιδιά εκτός από την υπερκινητικότητα, την παρορμητικότητα και την ελλειμματική προσοχή ίσως να έχουν άσχημη διάθεση μπορεί να κλαίνε καθημερινά χωρίς συγκεκριμένη αιτία και συχνά ενοχλούνται από τους άλλους χωρίς να συντρέχει κάποιος λόγος (Hanc et al, 2008).

Η πιο κοινή Διαταραχή Διάθεσης που εμφανίζεται στα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι η κατάθλιψη με ποσοστό εμφάνισης 10% έως 30% στα παιδιά και 47% στους ενήλικες. Τυπικά, πρώτα γίνεται αντιληπτή η ΔΕΠ-Υ και μετά η κατάθλιψη. Μπορεί να

εμπλέκονται περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες και στις δυο διαταραχές. Μια άλλη διαταραχή είναι η Διπολική Διαταραχή που συναντάται στο 20% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Βασικό χαρακτηριστικό της Διπολικής Διαταραχής είναι η εναλλαγή της συναισθηματικής διάθεσης του ατόμου μεταξύ των ακραίων πόλων, της υπερβολικής ευφορίας ή ευερεθιστότητας από τη μία, και της κατάθλιψης από την άλλη (Βακόνδιος, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΡΟΣΟΧΗ

3.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις για την προσοχή

Προσοχή ορίζεται γενικά ως η ετοιμότητα του οργανισμού απέναντι στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, λειτουργία που έχει επιλεκτικό χαρακτήρα, βασίζεται στα κίνητρα και αποτελεί μέρος της προσαρμοστικής του συμπεριφοράς (Corsini, 1994, Ruff and Rothbart, 1996). Μεγάλη ώθηση στο ερευνητικό ενδιαφέρον για την δομή και την λειτουργία της προσοχής δόθηκε όταν η Γνωστική Ψυχολογία που έρχεται στο προσκήνιο κατά τα μέσα της δεκαετίας του '50, θέτει την προσοχή ως μια από τις σημαντικότερες γνωστικές λειτουργίες για την μάθηση .

Ξεκινώντας από το ερώτημα γιατί ένας οργανισμός επικεντρώνεται σε ένα μικρό μόνο μέρος του πλήθους των ερεθισμάτων που το περιβάλλουν, οι γνωστικοί ψυχολόγοι ασχολούνται ιδιαίτερα με τον επιλεκτικό χαρακτήρα της προσοχής. Το 1960 ο Treisman παρουσίασε ένα μοντέλο δύο καναλιών από τα οποία το πρώτο παρακολουθεί ενώ το δεύτερο επεξεργάζεται όλες τις σημαντικές σχετικές πληροφορίες που έρχονται από άλλες πηγές. Λίγο αργότερα οι Deutch and Deutsch (αναφορά από Corsini, 1994) παρατήρησαν ότι η τελική επιλογή γίνεται μόνο αφού όλα τα εισερχόμενα ερεθίσματα έχουν επεξεργαστεί και το τελικό μήνυμα έχει διαμορφωθεί. Σήμερα η Γνωστική Ψυχολογία τονίζει ότι η προσοχή συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου για επεξεργασία των πληροφοριών σε σχέση με τις απαιτήσεις του θέματος στο οποίο εμπλέκεται.

Ένας μεγάλος όγκος της ερευνητικής δραστηριότητας που κατευθύνθηκε κυρίως από την Σοβιετική σχολή και συνεχίστηκε στις ΗΠΑ, αφορά στις φυσιολογικές αλλαγές που συντελούνται σε έναν οργανισμό όταν αυτός ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του περιβάλλοντός του, όπως για παράδειγμα, η

ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, η διαστολή της κόρης του ματιού, η σύσπαση των σκελετικών μυών και η αύξηση της πίεσης του αίματος στο εγκέφαλο. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν στην διαμόρφωση μεθόδων φυσιολογικών μετρήσεων όπως οι χτύποι της καρδιάς και η κατεύθυνση και διάρκεια του βλέμματος, αλλά και η χρήση ηλεκτρομυογραφήματος και άλλων τεχνολογιών όπως ο σαρωτής PET που βοηθούν στον εντοπισμό των περιοχών του εγκεφάλου που δραστηριοποιούνται στην προσοχή. Η Νευροψυχολογία συνέβαλλε στον εντοπισμό της συγκεκριμένης δομής του εγκεφάλου, του δικτυωτού πλέγματος, το οποίο φαίνεται ότι συμμετέχει στην διαδικασία διέγερσης, συγκέντρωσης της προσοχής και επιλογής του ερεθίσματος και τα ευρήματά της έχουν συμβάλει στην κατανόηση της επίδρασης που έχουν παράγοντες όπως τα κίνητρα και η μάθηση στην προσοχή.

Τα ερευνητικά δεδομένα τόσο της Γνωστικής Ψυχολογίας όσο και της Νευροψυχολογίας βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό στην κατανόηση της προσοχής. Ωστόσο, η προσοχή αποτελεί μέρος μιας διαρκούς προσπάθειας του οργανισμού για προσαρμογή στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του και μέσα από αυτή την οπτική αποτελεί μια συμπεριφορά η οποία συντελείται μέσα σε κοινωνικά πλαίσια και συνδέεται με παραμέτρους που σχετίζονται με την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Μια τέτοια λειτουργική προσέγγιση συνδέει άμεσα την προσοχή με τα κίνητρα και το συναίσθημα. Για παράδειγμα, ο ενθουσιασμός ενός παιδιού για μια δραστηριότητα μπορεί να καθορίσει την διάρκεια και τον βαθμό της εμπλοκής της προσοχής του σ' αυτήν. Η επιθυμία επίσης ενός παιδιού να φανεί αντάξιο των προσδοκιών του δασκάλου ή των γονέων μπορεί να λειτουργήσει με τον ίδιο τρόπο προκειμένου να είναι αποδεκτό και "εντάξιμο" στα σχολικά ή ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια.

Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι πολλές και διαφορετικές διεργασίες εμπλέκονται στην προσοχή η ανάπτυξη της οποίας πραγματοποιείται σε πολλά παράλληλα και αλληλοκαθοριζόμενα επίπεδα όπου η κατανόηση του ενός βοηθά στην κατανόηση του άλλου. Θα λέγαμε λοιπόν ότι, η προσοχή, που ορίζεται ως η ικανότητα του οργανισμού για ανταπόκριση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, συνιστά μια σύνθετη και πολυδιάστατη δομή. Συνδέεται με την κοινωνική προσαρμογή, εξαρτάται από την ωρίμανση του εγκεφάλου και σχετίζεται τόσο με τις πληροφορίες και τις επιταγές του περιβάλλοντος όσο και με τα κίνητρα και τις συναισθηματικές προτεραιότητες (Ruff and Rothbart 1996).

3.2 Η ανάπτυξη της προσοχής κατά την προσχολική ηλικία

Το παιδί της προσχολικής ηλικίας βρίσκεται αντιμέτωπο με ένα πλήθος ερεθισμάτων. Η προσοχή είναι μέρος της διαδικασίας προσαρμογής του στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και του παρέχει τους μηχανισμούς εκείνους που θα τον βοηθήσουν να λειτουργεί επιλεκτικά απέναντι στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και να απωθεί τα ερεθίσματα που λειτουργούν διασπαστικά. Οι μηχανισμοί αυτοί τελειοποιούνται με την ανάπτυξη.

Η ικανότητα του παιδιού να παρακολουθεί μια δραστηριότητα ή να ολοκληρώνει μια εργασία είναι συνάρτηση της ωρίμανσης του εγκεφάλου, της ανάπτυξης του Κ.Ν.Σ και της κινητικής του ανάπτυξης, διαδικασίες οι οποίες βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη κατά την προσχολική ηλικία. Ως μέρος μιας προσαρμοστικής διαδικασίας στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, η προσοχή θα πρέπει να συνδεθεί με παραμέτρους όπως η κοινωνική ανάπτυξη, τα κίνητρα και το συναίσθημα και ακόμη με την ανάπτυξη του λόγου και την επικοινωνία. Η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή και η επίγνωση για τα κοινωνικά standards οδηγεί σε μια μεταβολή στα κίνητρα του παιδιού που από εσωτερικά γίνονται περισσότερο εξωτερικά ενώ, η ανάπτυξη του προφορικού λόγου, ο εσωτερικός λόγος και η ικανότητα μίμησης συνδράμουν ώστε το παιδί της προσχολικής ηλικίας να μπορεί να συμμετέχει σε περισσότερο οργανωμένες και στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες.

Η ανάπτυξη της προσοχής ξεκινά από τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα βρέφη καθώς μεγαλώνουν συγκεντρώνουν την προσοχή τους σε διαφορετικές πλευρές ενός γεγονότος ή αντικειμένου. Για παράδειγμα στην ηλικία των δύο μηνών το βρέφος συγκεντρώνει την προσοχή του με κριτήριο κυρίως το σχήμα ή την μορφή (Ruff and Turkewitz, 1979), ενώ στη συνέχεια και μέχρι το τέλος του πρώτου έτους κατευθύνει την προσοχή του σε ό,τι αποτελεί καινούρια εμπειρία. Καθώς αναπτύσσονται νέες ικανότητες και προστίθεται καινούρια γνώση η προσοχή του βρέφους στρέφεται σε ό,τι είναι ευχάριστο ή περίεργο στην υφή, ή, καθώς αναπτύσσεται κινητικά, σε ό,τι μπορεί να φτάσει. Σε όλη την διάρκεια του πρώτου χρόνου, τόσο η κατεύθυνση της προσοχής όσο και η ικανότητα διατήρησής της συνεχίζουν να αλλάζουν. Το βρέφος της ηλικίας αυτής κατευθύνει την προσοχή του κυρίως στο καινούριο (Ruff, 1986) και διατηρεί περισσότερο χρόνο την προσοχή του στο σύνθετο και πολύπλοκο (Oaks and Tellinghuisen, 1994). Κατά το τέλος του πρώτου χρόνου τα βρέφη μπορούν να ασκούν ακόμη μεγαλύτερο έλεγχο της προσοχής τους και να μεταφέρουν το ενδιαφέρον τους από την μια πηγή πληροφόρησης σε μια άλλη. Το παιδί των δύο χρόνων μπορεί σε φυσικά πλαίσια, να

συγκεντρώνεται στα παιχνίδια του, και να παρακολουθεί την αγαπημένη του σειρά στην τηλεόραση. Η προσοχή του πλέον δεν έχει τόσο διερευνητικό χαρακτήρα, όσο συνδέεται με σχεδιασμένες και πραγματοποιημένες από το ίδιο δραστηριότητες. Όταν για παράδειγμα αποφασίζει 'να χτίσει ένα σπίτι' με τα πλαστικά τουβλάκια του, τότε αφοσιώνεται στην δραστηριότητά του αυτή μέχρι την ολοκλήρωσή της (Case and Khanna,1981).

Καθώς το παιδί αναπτύσσεται, τα έργα του γίνονται πιο σύνθετα και απαιτητικά και η διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής του αυξάνει. Σταδιακά αποκτά την επίγνωση ότι παράγοντες όπως ο θόρυβος ή ακόμη και το ενδιαφέρον που έχουν για ένα θέμα, μπορεί να επηρεάσει την προσοχή τους (Miller and Zalenski, 1982). Για τον λόγο αυτό τα παιδιά γίνονται πιο συστηματικά στην εμπλοκή της προσοχής τους σε μνημονικά κυρίως έργα (Miler,1990) Η επίγνωση αυτή θα πρέπει να ενταχθεί στα πλαίσια μιας γενικότερης ικανότητας για αυτορύθμιση (selfregulation), της ικανότητας δηλαδή να μπορεί να προσαρμόζει την συμπεριφορά του σύμφωνα με τις συναισθηματικές κοινωνικές και γνωστικές απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης. Η ικανότητα αυτή είναι επίσης παρούσα και στους μηχανισμούς απόθησης που χρησιμοποιούν τα παιδιά μέσα στις στρατηγικές τους κατά την επίλυση προβλημάτων ή κατά την ενασχόλησή τους με μνημονικά έργα. Η ικανότητα αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη κατά την προσχολική ηλικία και συνδέεται με την ανάπτυξη του Κ.Ν.Σ

3.3 Οι Μαθησιακές Δυσκολίες στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Οι περισσότεροι μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες, χαρακτηρίζονται από σημαντικά προβλήματα απόδοσης προσοχής στο γνωστικό έργο με το οποίο έχουν εμπλακεί. Είναι τόσο έντονο και τόσο συχνό το πρόβλημα, που πολλές φορές ακόμη και σε ερευνητικό επίπεδο συγχέονται οι Μαθησιακές Δυσκολίες με το Σύνδρομο της Ελλειμματικής Προσοχής.

Στο γενικό τυπικό πληθυσμό, με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσεται η ικανότητα επιλεκτικής προσοχής, η χρησιμοποίηση της εργαζόμενης μνήμης. Η εργαζόμενη μνήμη αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να έχει εποπτεία σε ένα μικρό μέρος πληροφορίας ενώ συγχρόνως προσπαθεί να ολοκληρώσει και άλλες διαδικασίες. Η εργαζόμενη μνήμη θεωρείται σαν πιο δυναμικό και ενεργητικό σύστημα επειδή την ίδια στιγμή επικεντρώνεται στις απαιτήσεις επεξεργασίας αλλά

και ενεργητικής αποθήκευσης, όταν η βραχύχρονη μνήμη επικεντρώνεται αποκλειστικά στον περισσότερο παθητικό ρόλο της αποθήκευσης της πληροφορίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΕΣΤ ACHENBACH

Εισαγωγή

Το σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά και εφήβους. Τα σταθμισμένα αυτά εργαλεία καθιστούν δυνατή τη συλλογή πολλών πληροφοριών με τυποποιημένο τρόπο. Επιτρέπουν, επίσης σε επαγγελματίες ποικίλων ειδικοτήτων να αποκτούν γρήγορα σταθμισμένα δεδομένα για ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών των παιδιών.

Η λειτουργικότητα μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο και το πρόσωπο με το οποίο το παιδί συναλλάσσεται, και για τον λόγο αυτόν, τα διαγνωστικά εργαλεία συλλέγουν πληροφορίες από πολλαπλές πηγές, διευκολύνοντας τη συστηματική μελέτη και τη σύγκριση της λειτουργικότητας των παιδιών από πολλές και διαφορετικές οπτικές γωνίες. Οι σταθμισμένες περιγραφές που δίνουν οι αξιολογητές, για τη συμπεριφορά παιδιών και εφήβων, μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους.

Τα αποτελέσματα τα οποία συλλέγονται από αυτή τη διαδικασία συμβάλλουν στην αναγνώριση των θετικών χαρακτηριστικών αλλά και των περιοχών στις οποίες απαιτείται βοήθεια, και βάση αυτών μπορούν να προγραμματιστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Το συγκεκριμένο τεστ δεν έχει ως στόχο μόνο τη διάγνωση των διαταραχών και των δυσκολιών που μπορεί να παρουσιάζει ένα παιδί. Οι σημαντικές και πολύπλευρες πληροφορίες που παρέχει αυτό το εργαλείο, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τον εκάστοτε ειδικό που θα ασχοληθεί με τον τομέα παρέμβασης και της αποκατάστασης.

Τα εργαλεία του Achenbach είναι παγκοσμίως αποδεκτά και χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων.

4.1 Τι Περιλαμβάνει το Τεστ Achenbach

Το διαγνωστικό εργαλείο του Achenbach περιλαμβάνει τρία ερωτηματολόγια, τα οποία χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών. Αυτά τα ερωτηματολόγια είναι:

2. Το Ερωτηματολόγιο για Γονείς (Child Behavior Checklist- CBCL)
3. Το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους (Youth Self Report- YSR)
4. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς (Teacher's Report Form- TRF).

4.1.1 Τα Ερωτηματολόγια του Τεστ Achenbach

Τα ερωτηματολόγια του ΣΑΕΒΑ (Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση) έχουν ιδιαίτερη αξία ως αναπόσπαστα εργαλεία της καθημερινής πρακτικής, καθώς χρησιμοποιούνται κατά την αρχική αξιολόγηση σε δομές ψυχικής υγείας, για την ανίχνευση προβλημάτων σε εκπαιδευτικά και ιατρικά πλαίσια, καθώς και για την εκτίμηση ποικίλων καταστάσεων στις κοινωνικές υπηρεσίες και τους φορείς δικαιοσύνης. Αποτελούν σταθμισμένα εργαλεία, τα οποία επιτρέπουν τη σύγκριση των πληροφοριών που παίρνουμε για κάθε παιδί. Η συχνή χρήση των ερωτηματολογίων δίνει επιπλέον στους ειδικούς τη δυνατότητα να αναπτύξουν τα δικά τους κριτήρια για την αξιολόγηση των παιδιών στην περιοχή ευθύνης τους.

Διαφορετικοί αξιολογητές μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις για τη συμπεριφορά ενός παιδιού ή εφήβου. Από την άλλη πλευρά, τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να εκδηλώσουν πολύ διαφορετική συμπεριφορά όταν βρίσκονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή αντιμετωπίζουν διαφορετικούς ανθρώπους. Για το λόγο αυτό, η εκτίμηση της λειτουργικότητάς τους πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα από πολλαπλές πηγές. Επιπλέον, τα παιδιά ηλικίας 11-18 ετών μπορούν να συμπληρώσουν το YSR, καθώς είναι εξίσου σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται και αυτοαναφορές για τις ικανότητες και τα προβλήματά τους. Τα προφίλ του ΣΑΕΒΑ

καθιστούν τη συστηματική σύγκριση μεταξύ διαφορετικών αξιολογητών απλή αλλά συγχρόνως αξιόπιστη. Οι διαφωνίες και οι συμφωνίες των αξιολογητών προσφέρουν εξαιρετικά σημαντικές και χρήσιμες πληροφορίες για τη δημιουργία αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

4.1.2 Το Ερωτηματολόγιο για Γονείς (Child Behavior Checklist- (CBCL) (παιδιά 6- 18 ετών).

Το ερωτηματολόγιο για γονείς CBCL/ 6-18, συμπληρώνεται από γονείς, κηδεμόνες ή όσους ζουν με τα παιδιά σε περιβάλλον ανάλογο του οικογενειακού.

Η πρώτη σελίδα του CBCL/ 6-18 (βλ. παράρτημα) περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικές πληροφορίες που συμπληρώνει ο αξιολογητής, όπως το όνομα του παιδιού, καθώς και η σχέση του αξιολογητή με το παιδί (π.χ. μητέρα, πατέρας, θετός γονιός, άλλη σχέση). Ζητούνται, επίσης, πληροφορίες για το επάγγελμα των γονέων, έτσι ώστε ο ειδικός να είναι σε θέση να εκτιμήσει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Εν συνέχεια, ο αξιολογητής συμπληρώνει στις σελίδες 1 και 2 τα στοιχεία τα οποία αφορούν τις ικανότητες του παιδιού. Στη σελίδα 2, ο αξιολογητής απαντά στις ανοιχτές ερωτήσεις που περιγράφουν τις ασθένειες και τις τυχόν αναπηρίες του παιδιού. Γράφει, επίσης, όσα τον ανησυχούν σχετικά με το παιδί, καθώς και τα θετικά χαρακτηριστικά του. Αυτός που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο δίνει όχι μόνο βαθμολογίες για τις κλίμακες, που θα περιγραφούν παρακάτω, αλλά και ειδικές περιγραφικές πληροφορίες για το παιδί που αξιολογείται. Αυτά τα στοιχεία σκιαγραφούν την εικόνα του παιδιού μέσα από τα μάτια του αξιολογητή. Ο ειδικός μπορεί κατόπιν να συζητήσει με τους αξιολογητές αυτές τις πληροφορίες, καθώς και τη βαθμολόγηση των στοιχείων και των κλιμάκων.

Στις σελίδες 3 και 4 του ερωτηματολογίου, γίνεται η αξιολόγηση των συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και των προβλημάτων συμπεριφοράς. Περιλαμβάνονται συνολικά 113 στοιχεία. Ο αξιολογητής βαθμολογεί κάθε πρόβλημα με 0,1 ή 2 (0= αυτό δεν ταιριάζει στο παιδί, 1= ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές, 2= ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά), κρίνοντας με βάση τη συμπεριφορά του παιδιού κατά τους προηγούμενους έξι μήνες. Επίσης, στις σελίδες αυτές οι αξιολογητές πρέπει να συμπληρώσουν σημαντικό αριθμό στοιχείων συμπεριφοράς. Το στοιχείο 56 στη σελίδα 3 περιγράφει και αξιολογεί σωματικά ενοχλήματα. Το

στοιχείο 113 στη σελίδα 4 ζητά από τους αξιολογητές να περιγράψουν και να αξιολογήσουν πρόσθετα προβλήματα τα οποία δεν είχαν αναφερθεί προηγουμένως.

4.3.1 Αξιολογητές που δεν Μπορούν να Συμπληρώσουν Μόνοι τους τα Ερωτηματολόγια.

Όταν οι αξιολογητές δυσκολεύονται στην ανάγνωση ή δεν είναι ικανοί να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια ή προκύπτει κάποιος άλλος λόγος, τότε συνιστάται ο ειδικός να δίνει στον αξιολογητή ένα αντίγραφο του ερωτηματολογίου, να κρατά για τον εαυτό του ένα δεύτερο αντίγραφο, και να λέει:

« Θα σας διαβάσω τα στοιχεία του ερωτηματολογίου και θα σημειώνω τις απαντήσεις σας». Όσοι αξιολογητές διαβάζουν αρκετά καλά αρχίζουν να απαντούν στις ερωτήσεις χωρίς να περιμένουν να τις ακούσουν πρώτα. Με αυτή τη διαδικασία, όσοι δεν μπορούν να διαβάσουν καλά, δεν αισθάνονται αμηχανία. Παράλληλα, αποφεύγονται οι ανακρίβειες στις απαντήσεις και διατηρείται ο τυποποιημένος τρόπος απάντησης τον οποίο ακολουθούν όσοι συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους.

4.3.2 Το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους

Το YSR συμπληρώνεται από εφήβους, ηλικίας 11 έως 18 ετών, οι οποίοι περιγράφουν μόνοι τους τη λειτουργικότητά τους. Όταν οι αξιολογητές δυσκολεύονται στην ανάγνωση ή δεν είναι ικανοί να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια ή προκύπτει κάποιος άλλος λόγος, τότε συνιστάται ο ειδικός να δίνει στον αξιολογητή ένα αντίγραφο του ερωτηματολογίου, να κρατά για τον εαυτό του ένα δεύτερο αντίγραφο, και να λέει:

« Θα σας διαβάσω τα στοιχεία του ερωτηματολογίου και θα σημειώνω τις απαντήσεις σας». Όσοι αξιολογητές διαβάζουν αρκετά καλά αρχίζουν να απαντούν στις ερωτήσεις χωρίς να περιμένουν να τις ακούσουν πρώτα. Με αυτή τη διαδικασία, όσοι δεν μπορούν να διαβάσουν καλά, δεν αισθάνονται αμηχανία. Παράλληλα, αποφεύγονται οι ανακρίβειες στις απαντήσεις και διατηρείται ο τυποποιημένος

τρόπος απάντησης τον οποίο ακολουθούν όσοι συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους.

Η σελίδα 1 του YSR περιλαμβάνει, όπως και του CBCL, δημογραφικές πληροφορίες και στοιχεία για τις ικανότητες του εφήβου. Η σελίδα 2 αναφέρεται σε στοιχεία παρόμοια με αυτά του CBCL, με τη διαφορά ότι από το παρόν έχουν αφαιρεθεί οι πληροφορίες για την ειδική αγωγή ή την επανάληψη τάξεων, ίσως επειδή οι έφηβοι δεν μπορούν ή δεν θέλουν να απαντήσουν σε τέτοιες ερωτήσεις με ακρίβεια.

Στις δύο τελευταίες σελίδες, 3 και 4, του YSR περιλαμβάνονται 105 στοιχεία προβλημάτων που αντιστοιχούν σε αυτά του CBCL/ 6-18. Επιπλέον, το YSR περιλαμβάνει 93 στοιχεία προβλημάτων που αντιστοιχούν σε αυτά του TRF. Εκτός από τα 105 στοιχεία προβλημάτων, οι σελίδες 3 και 4 του YSR περιέχουν 14 ερωτήσεις σχετικές με κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές, στις οποίες οι περισσότεροι νέοι απαντούν θετικά για τον εαυτό τους. Τα στοιχεία που απαντάει ο έφηβος είναι συνολικά 112.

4.3.3 Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς (TRF)

Το TRF συμπληρώνεται από εκπαιδευτικούς ή άλλα μέλη του σχολικού προσωπικού, όπως βοηθοί δασκάλων, σύμβουλοι, διευθυντές και εκπαιδευτικοί της ειδικής αγωγής, οι οποίοι γνωρίζουν πως λειτουργεί το παιδί στο σχολείο. Με αυτόν τρόπο, σκιαγραφείται αποτελεσματικά και οικονομικά μια συνολική εικόνα της λειτουργικότητας του παιδιού στο χώρο του σχολείου. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο για να συγκριθούν οι αναφορές διαφορετικών δασκάλων και ατόμων που έρχονται σε επαφή με το παιδί στο σχολείο αλλά και να συγκριθεί με τις αναφορές του CBCL και του YSR.

Η πρώτη σελίδα του TRF περιλαμβάνει δημογραφικές πληροφορίες σχετικά με τον μαθητή. Για να καθοριστούν η ιδιότητα του αξιολογητή και το πλαίσιο μέσα στο οποίο έρχεται σε επαφή με το παιδί, ζητείται από τους αξιολογητές να δηλώσουν ποιος είναι ο ρόλος τους στο σχολείο, πόσο καιρό ξέρουν το μαθητή, πόσο καλά τον γνωρίζουν, πόσο χρόνο περνά ο μαθητής στην τάξη λη την υπηρεσία τους και τι είδους τάξη ή υπηρεσία είναι αυτή. Τους ζητείται, επίσης, να δηλώσουν αν ο μαθητής έχει παραπεμφθεί σε τάξεις ένταξης ή σε ειδικές υπηρεσίες, εάν έχει λάβει συμπληρωματική διδασκαλία ή έχει επαναλάβει οποιαδήποτε τάξη. Οι περιγραφικές απαντήσεις που δίνονται διευκολύνουν τον ειδικό να κατανοήσει τα ποσοτικά στοιχεία και τη βαθμολόγηση των κλιμάκων.

Για την αξιολόγηση της προσαρμοστικής λειτουργικότητας των μαθητών οι αξιολογητές πρέπει να βαθμολογήσουν αφενός την επίδοση στα μαθήματα και αφετέρου συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσαρμοστικότητας, όπως το πόσο σκληρά εργάζεται το άτομο με ΔΕΠ-Υ, πόσο σωστά συμπεριφέρεται, πόσο πολύ μαθαίνει, πόσο χαρούμενο είναι, κτλ. Στη συνέχεια, πρέπει να αναφέρουν τα αποτελέσματα από τις δοκιμασίες επίδοσης και ικανοτήτων, καθώς και πληροφορίες για τις ασθένειες του μαθητή, τις αναπηρίες του, τα θετικά χαρακτηριστικά του αλλά και τα στοιχεία που τους ανησυχούν περισσότερο. Μπορούν επίσης, να κάνουν οποιοδήποτε άλλο σχόλιο θεωρούν σημαντικό.

Στις δυο τελευταίες σελίδες (3 και 4) ζητείται από τους αξιολογητές να βαθμολογήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθήματος και τα κοινωνικά προβλήματα του παιδιού με βαθμολογία από 0 έως και 2, όπως ακριβώς και στο CBCL. Στο τεστ περιλαμβάνονται συνολικά 113 στοιχεία και η αξιολόγησή τους πρέπει να βασίζεται σε μια περίοδο δυο μηνών, και όχι έξι όπως γίνεται στο CBCL. Η αξιολόγηση με το TRF αναφέρεται σε συντομότερη χρονική περίοδο για το λόγο ότι συχνά οι καθηγητές είναι απαραίτητο να αξιολογούν τους μαθητές βασισμένοι στις σύντομες επαφές τους και να τους επαναξιολογούν περιοδικά μέσα σε σχετικά βραχείες περιόδους κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους. Τέλος, το TRF ζητά από τους αξιολογητές να περιγράψουν αρκετά προβλήματα καθώς και πρόσθετα σωματικά ενοχλήματα ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα δεν είχε αναφερθεί προηγουμένως.

4.4 Στατιστική Επεξεργασία του Τεστ Achenbach

Για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας ενός παιδιού σε σχέση με το μέσο όρο χρειαζόμαστε νόρμες βασισμένες σε βαθμολογίες, οι οποίες να προκύπτουν από μεγάλο δείγμα παιδιών.

Για την απόκτηση ενός πραγματικά αντιπροσωπευτικού δείγματος από έναν πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας επιλογής, όπου όλα τα άτομα του συγκεκριμένου πληθυσμού έχουν τις ίδιες πιθανότητες να επιλεγούν.

Επιλέχτηκε, λοιπόν, ένα δείγμα από παιδιά τα οποία δεν θεωρούνταν ότι αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα αφού δεν είχαν δεχθεί επαγγελματική βοήθεια για συμπεριφορικά συναισθηματικά, αναπτυξιακά προβλήματα ή χρήση ουσιών κατά τους προηγούμενους δώδεκα μήνες. Αυτό το δείγμα ονομάζεται «κοινοτικό δείγμα». Αποτελεί τη βάση για τον προσδιορισμό των νορμών με τις οποίες θα μπορούσαν να

συγκριθούν οι βαθμολογίες κλιμάκων άλλων παιδιών, ούτως ώστε να διαπιστωθεί εάν η βαθμολογία του δείγματος εμπίπτει στο φυσιολογικό, το οριακό ή το κλινικό φάσμα.

Στην Ελλάδα, η Ρούσσου και οι συνεργάτες της (2002) έχουν πραγματοποιήσει στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα γονέων και εκπαιδευτικών, παιδιών ηλικίας 6-12 ετών, καθώς και του ερωτηματολογίου YRS σε αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα σχολικού πληθυσμού εφήβων. Για τη στάθμιση χρησιμοποιήθηκαν οι εκδόσεις του 1991, οι οποίες διαφέρουν σε λίγα στοιχεία προβλημάτων (6 στο CBCL και στο YSR, και 3 στο TRF) από τις αναθεωρημένες εκδόσεις του 2001.

Διαδικασίες δειγματοληψίας

Το δείγμα για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων CBCL και TRF προέρχονταν από 42 δημόσια και ιδιωτικά δημοτικά σχολεία από όλη την Ελλάδα. Ειδικότερα, όσον αφορά την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο σχολεία από περιοχές υψηλού και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Όσον αφορά την υπόλοιπη Ελλάδα, επιλέχθηκε ένα σχολείο από αστική περιοχή, ένα από γειτονική ημιαστική περιοχή και ένα από αγροτική περιοχή. Επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 30 παιδιών από κάθε σχολείο, με ίσο αριθμό αγοριών και κοριτσιών, και όμοια ως προς την τάξη του δημοτικού. Δηλαδή για κάθε τάξη ενός δημοτικού σχολείου συλλέγονταν πέντε ερωτηματολόγια CBCL και TRF. Όσον αφορά τη στάθμιση των ερωτηματολογίων YSR, το δείγμα προήλθε από 17 γυμνάσια και λύκεια 5 περιοχών της Ελλάδας (Αττική, Σαντορίνη, Ιωάννινα, Βόλος, Χανιά).

Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοχορηγούμενα και συμπληρώθηκαν από γονείς, δασκάλους και εφήβους στα σχολεία, μετά από συνεννόηση. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 95% για τους γονείς, σχεδόν 99% για τους δασκάλους και 100% για τους εφήβους.

Για την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από την έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω νόρμες βάσει των οποίων μπορούμε να συγκρίνουμε τη βαθμολογία του εκάστοτε παιδιού με τους συνομηλίκους του. Αυτές οι νόρμες ονομάζονται «προφίλ», και μας δίνουν τη γενική εικόνα που παρουσιάζει το κάθε παιδί.

4.2.1 Τα Προφίλ του Τεστ Achenbach

Οι ικανότητες και τα προβλήματα ενός παιδιού μπορούν να διαπιστωθούν εύκολα και γρήγορα καθώς όλες οι βαθμολογίες των στοιχείων και των κλιμάκων, δηλαδή το προφίλ του παιδιού, καταγράφονται σε ειδικά διαγράμματα του ΣΑΕΒΑ.

Παρόλο που το περιεχόμενο των κλιμάκων είναι το ίδιο και για τα δυο φύλα και για τις δύο ηλικιακές ομάδες (6-11 ετών και 12-18 ετών) υπάρχουν ξεχωριστά έντυπα για τα προφίλ του CBCL και του TRF για τα αγόρια και τα κορίτσια, με διαφορετικές νόρμες για κάθε φύλο και κάθε ηλικιακή ομάδα. Αντίθετα, οι νόρμες του ερωτηματολογίου για τους εφήβους (YSR) εμφανίζονται στο ίδιο προφίλ και για τα δύο φύλα.

4.2.1.1 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Γονείς

Οι Κλίμακες Ικανοτήτων στο CBCL

Το προφίλ αυτό εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι γονείς του παιδιού.

Οι εκατοστιαίες θέσεις εμφανίζονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ των ικανοτήτων και οι τιμές Τα στη δεξιά. Οι εκατοστιαίες θέσεις μας επιτρέπουν να συγκρίνουμε την αρχική βαθμολογία του παιδιού σε κάθε κλίμακα ικανοτήτων που εμφανίζεται στο διάγραμμα με τις εκατοστιαίες θέσεις κοινοτικού δείγματος ανάλογου φύλου και ηλικίας. Οι τιμές Τα είναι τυπικοί βαθμοί που συγκρίνουν τη θέση ενός παιδιού σε μια κλίμακα με την κατανομή των βαθμολογιών που προέκυψαν από το δείγμα στάθμισης. Επιτρέπουν, επίσης, τη σύγκριση της θέσης ενός παιδιού σε μια κλίμακα με τη θέση του στις άλλες κλίμακες. Με αυτόν τον τρόπο είναι εύκολο να εξακριβωθεί σε ποιες κλίμακες η βαθμολογία του παιδιού είναι σχετικά υψηλή ή χαμηλή σε σχέση με τους συνομήλικούς του. Οι τιμές Τα αποτελούν ένα μετρικό σύστημα που είναι ομοιόμορφο σε όλες τις κλίμακες. Τα διαστήματα στην αριστερή πλευρά του προφίλ είναι χωρισμένα σε εκατοστιαίες θέσεις για να αντιστοιχούν σωστά στις τιμές Τα της δεξιάς πλευράς του προφίλ.

Το προφίλ αποτελείται από τρεις κλίμακες: i) *Δραστηριότητες*, ii) *Κοινωνική* και iii) *Σχολική*. Η Κλίμακα Δραστηριοτήτων απαρτίζεται από τα στοιχεία I, II και IV, και περιλαμβάνει βαθμούς για τον αριθμό των σπορ, των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, των εργασιών και των θελημάτων, καθώς και πρόσθετους βαθμούς για τον χρόνο συμμετοχής του παιδιού σε διάφορες δραστηριότητες και την ποιοτική του απόδοση σε αυτές. Η βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 15.

Η Κοινωνική Κλίμακα αποτελείται από τα στοιχεία III, V και VI, και διαμορφώνεται από τις βαθμολογίες που αφορούν τη συμμετοχή σε οργανώσεις, τον αριθμό στενών φίλων, τον αριθμό εβδομαδιαίων επαφών με τους φίλους, το πόσο καλά τα πηγαίνει το παιδί με τους άλλους και το πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του. Η βαθμολογία της κλίμακας αυτής μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 14.

Τέλος, η Σχολική Κλίμακα περιλαμβάνει τα στοιχεία της ερωτήσεως VII, και διαμορφώνεται από τις βαθμολογίες που αφορούν την επίδοση στα μαθήματα, τη συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης, την επανάληψη τάξης και άλλα σχολικά προβλήματα. Η βαθμολογία εδώ μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 6.

Η βαθμολογία της συνολικής ικανότητας στο CBCL προκύπτει από το άθροισμα των αρχικών τιμών της Κλίμακας Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής και της Σχολικής Κλίμακας. Αν κάποια από τις βαθμολογίες των κλιμάκων λείπει, η βαθμολογία της συνολικής ικανότητας δεν μπορεί να υπολογιστεί. Η βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 35. Στο προφίλ ικανοτήτων, που η βαθμολογία γράφεται με τη μορφή σημειώσεων, υπάρχουν κενά για να συμπληρωθεί το άθροισμα των τριών κλιμάκων, έτσι ώστε να υπολογιστεί η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας.

Στο δεξί άκρο του εντύπου του προφίλ ικανοτήτων υπάρχει ένας πίνακας όπου αναγράφονται οι τιμές Τα για κάθε βαθμολογία Συνολικής Ικανότητας. Ο πίνακας βαθμολογίας της Συνολικής Ικανότητας παρουσιάζει το κλινικό, το οριακό και το φυσιολογικό φάσμα τιμών. Οι τιμές $T < 37$ ($< 10^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα. Οι τιμές Τα από 37 έως 40 ($10^{\text{η}}$ έως $16^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο οριακό φάσμα, και οι τιμές $T > 40$ ($> 16^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο φυσιολογικό φάσμα.

4.2.1.2 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Εφήβους

Οι Κλίμακες Ικανοτήτων στο YSR

Το προφίλ ικανοτήτων του YSR έχει σχεδιαστεί και βαθμολογείται όπως εκείνο των ικανοτήτων του CBCL, με κάποιες διαφορές. Πρώτον, επειδή το YSR δεν ζητά από τους εφήβους να αναφέρουν αν έχουν ενταχθεί σε ειδική αγωγή, αν έχουν επαναλάβει τάξεις ή αν έχουν ειδικά σχολικά προβλήματα, δεν υπολογίζουμε την Σχολική Κλίμακα. Δεύτερον, από την αυτοαξιολόγηση που κάνει ο έφηβος για την σχολική του επίδοση προκύπτει μια μέση τιμή για τη μοναδική σχετική ερώτηση, η οποία προστίθεται στην Κλίμακα των Δραστηριοτήτων και στην Κοινωνική Κλίμακα.

Με αυτόν τον τρόπο προκύπτει η βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, που μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 32. Οι τρεις ερωτήσεις στη Σχολική Κλίμακα, οι οποίες βαθμολογούνται με 0 ή 1 που περιλαμβάνει το CBCL, παραλείπονται στο YSR.

4.2.1.3 Το Προφίλ του Ερωτηματολογίου για Εκπαιδευτικούς

Προσαρμοστική Λειτουργικότητα

Το προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας του TRF αναλύει τα εξής στοιχεία: Τις τιμές για τη *Μαθησιακή Επίδοση* στο σχολείο, την οποία οι δάσκαλοι βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1 έως 5 (όπου 1=πολύ πιο κάτω και 5=πολύ πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης). Τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά *''Χαρούμενος''*, *''Εργάζεται σκληρά''*, *''Συμπεριφέρεται σωστά''* και *''Μαθαίνει''*, τα οποία οι δάσκαλοι βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1 έως 7 (όπου 1=πολύ λίγο και 7=πάρα πολύ), σε σύγκριση με τους μέσους μαθητές της ίδιας ηλικίας.

Το άθροισμα της βαθμολογίας των τεσσάρων χαρακτηριστικών της προσαρμοστικότητας, μπορεί να κυμαίνεται από 4 έως 28. Στην αριστερή πλευρά του προφίλ διακρίνονται οι εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά πλευρά οι τιμές Tα του TRF για την προσαρμοστική λειτουργικότητα, οι οποίες είναι ανάλογες με εκείνες των προφίλ ικανοτήτων των CBCL και YSR. Επειδή όμως υπάρχουν διαφορές στην κατανομή της βαθμολογίας, η κατανομή των εκατοστιαίων θέσεων και των τιμών T στο προφίλ της προσαρμοστικής λειτουργικότητας του TRF διαφέρει από εκείνη που εμφανίζεται στα προφίλ ικανοτήτων του CBCL και YSR ως προς τα εξής: Η κατανομή των εκατοστιαίων θέσεων στο προφίλ προσαρμοστικής λειτουργικότητας του TRF κυμαίνεται από 7 έως 93 και οι τιμές κυμαίνονται από 35 έως 65.

Τα σημεία τομής στην Κλίμακα της Μαθησιακής Επίδοσης και το άθροισμα των τεσσάρων χαρακτηριστικών της Προσαρμοστικότητας είναι τα ίδια με τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας του CBCL και του YSR. Οι τιμές $T < 37$ ($10^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα, οι τιμές T 37 έως 40 ($10^{\text{η}}$ έως $16^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο οριακό φάσμα και οι τιμές $T > 40$ ($>16^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση) αντιστοιχούν στο φυσιολογικό φάσμα. Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν σημεία τομής για τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά προσαρμογής.

4.2.1.4 Τα προφίλ των Συνδρόμων

Τα προφίλ των συνδρόμων είναι τα ίδια και για τα τρία ερωτηματολόγια. Οι εκατοστιαίες θέσεις για το κοινοτικό δείγμα αναγράφονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ, ενώ οι τιμές T στη δεξιά.

Το προφίλ των συνδρόμων αποτελείται από τις κλίμακες οκτώ συνδρόμων. Διαβάζοντας από αριστερά προς δεξιά, οι κλίμακες ορίζονται ως: *Άγχος/ Κατάθλιψη, Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά και Άλλα Προβλήματα*. Ο τίτλος κάθε κλίμακας συνοψίζει τα είδη των προβλημάτων που διαμορφώνουν το σύνδρομο. Κάτω από το όνομα της κλίμακας διακρίνεται η βαθμολογία 0, 1 ή 2. δεξιά από τη βαθμολογία 0, 1 ή 2 αναγράφεται το στοιχείο με τον αύξοντα αριθμό που περιέχει το ερωτηματολόγιο.

Οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες των συνδρόμων υποδηλώνουν κλινικά σημαντική απόκλιση από το φυσιολογικό, γιατί αντανακλούν την ύπαρξη πολυάριθμων προβλημάτων.

Αφού υπολογιστεί η βαθμολογία για κάθε κλίμακα συνδρόμου, μπαίνει σε κύκλο το άθροισμα της βαθμολογίας στη στήλη των αριθμών στο διάγραμμα. Τραβώντας μια γραμμή που να συνδέει τα αθροίσματα, που βρίσκονται μέσα σε κύκλο, σχηματίζεται το προφίλ που αναδεικνύει τα σύνδρομα στα οποία τα παιδί έχει χαμηλή, μεσαία και υψηλή βαθμολογία.

Το οριακό φάσμα διαχωρίζεται από τις διακεκομμένες γραμμές στο διάγραμμα και κυμαίνεται από την 93^η έως την 97^η εκατοστιαία θέση. Βαθμολογίες υψηλότερες από την 97^η εκατοστιαία θέση εντάσσονται στο κλινικό φάσμα και βαθμολογίες χαμηλότερες από την 93^η εκατοστιαία θέση εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα

Εσωτερικευμένες και Εξωτερικευμένες Ομάδες Συνδρόμων

Εκτός από τις κλίμακες των συνδρόμων, τα ερωτηματολόγια του ΣΑΕΒΑ κατηγοριοποιούν τα σύνδρομα σε δυο ευρείες ομάδες. Η μια ομάδα αφορά τα *Εσωτερικευμένα Προβλήματα* και περιλαμβάνει τα τρία σύνδρομα που βρίσκονται στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος. Η ομάδα αυτή ονομάζεται έτσι επειδή τα σύνδρομα που την απαρτίζουν περιγράφουν προβλήματα, τα οποία δε φαίνονται σε τρίτους αφού το κάθε άτομο το βιώνει μόνο του. Η άλλη ομάδα αφορά στα *Εξωτερικευμένα Προβλήματα* και περιλαμβάνει τα δύο σύνδρομα που βρίσκονται στην δεξιά πλευρά του διαγράμματος. Η ομάδα αυτή ονομάζεται έτσι επειδή τα

σύνδρομα που την απαρτίζουν περιγράφουν προβλήματα, τα οποία αναφέρονται σε συγκρούσεις με άλλους ανθρώπους και με τις προσδοκίες που έχουν αυτοί από το παιδί. Τα τρία σύνδρομα στο μέσο του προφίλ δεν περιλαμβάνονται σε καμία από τις δύο ομάδες.

Η βαθμολογία των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των τριών εσωτερικευμένων συνδρόμων. Η βαθμολογία των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των δυο εξωτερικευμένων συνδρόμων. Οι τιμές T για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα αναγράφονται σε ένα πλαίσιο στα δεξιά του διαγράμματος. Οι συγκεκριμένες τιμές δείχνουν πόσο υψηλές είναι οι εσωτερικευμένες και οι εξωτερικευμένες βαθμολογίες του παιδιού σε σχέση με τις τιμές T του κοινοτικού δείγματος.

Οι διακεκομμένες γραμμές στο πλαίσιο των τιμών T στη δεξιά πλευρά του διαγράμματος υποδεικνύουν το οριακό φάσμα για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα. Το οριακό φάσμα των τιμών T εκτείνεται από το 60 έως το 63 (84^η έως 90^η εκατιστιαία θέση). Οι τιμές T πάνω από το 63 αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα και οι τιμές T κάτω του 60 στο φυσιολογικό φάσμα.

Βαθμολογία Συνολικών Προβλημάτων

Η βαθμολογία των Συνολικών Προβλημάτων προκύπτει από το σύνολο των βαθμολογιών (1 και 2) στα στοιχεία των ειδικών προβλημάτων των τριών ερωτηματολογίων, συν, την υψηλότερη βαθμολογία οποιουδήποτε άλλου προβλήματος αναφέρεται στις ανοιχτές ερωτήσεις 113 του CBCL και του TRF από τον αξιολογητή. Στα CBCL και TRF η βαθμολογία των Συνολικών Προβλημάτων του παιδιού μπορεί να κυμαίνεται από 0 (αν ο αξιολογητής βαθμολόγησε κάθε πρόβλημα με 0) έως 240 (αν ο αξιολογητής βαθμολόγησε κάθε πρόβλημα με 2). Επειδή το YSR περιέχει 14 στοιχεία λιγότερα για ειδικά προβλήματα και δεν περιλαμβάνει την ανοιχτή ερώτηση 113, οι βαθμολογίες του για τα Συνολικά Προβλήματα μπορεί να κυμαίνονται από 0 (αν ο έφηβος βαθμολογήσει όλα τα στοιχεία προβλημάτων με 0) έως 210 (αν ο έφηβος βαθμολογήσει όλα τα στοιχεία προβλημάτων με 2).

Η βαθμολογία των Συνολικών Προβλημάτων αποτελείται από το άθροισμα των βαθμολογιών των Εσωτερικευμένων και των Εξωτερικευμένων προβλημάτων, των υπόλοιπων τριών συνδρόμων και Άλλων Προβλημάτων. Οι τιμές T όλων των προβλημάτων αναφέρονται στο πλαίσιο, το οποίο βρίσκεται δεξιά του διαγράμματος,

μαζί με τις τιμές T για τα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα. Οι τιμές T που κυμαίνονται από 60 έως 63 (84^η έως 90^η εκατοστιαία θέση) εμπίπτουν στο οριακό φάσμα για τα Συνολικά Προβλήματα, το κλινικό φάσμα βρίσκεται πάνω από την τιμή T 63 και το φυσιολογικό φάσμα βρίσκεται κάτω από την τιμή T 60.

4.2.1.5 Τα Προφίλ των Εναρμονισμένων με το DSM Κλιμάκων

Το προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων αποτελείται από έξι κατηγορίες: *Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα, Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής.*

Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες, βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο με τις εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ. Για τη συνολική βαθμολογία αθροίζονται οι βαθμοί 0, 1 ή 2 τους οποίους έδωσε σε κάθε στοιχείο το πρόσωπο που συμπλήρωσε το έντυπο. Στη συνέχεια το άθροισμα των βαθμών τοποθετείται σε κύκλο στη στήλη των αριθμών πάνω από την κλίμακα. Στη συνέχεια, μια γραμμή ενώνει τους αριθμούς που βρίσκονται σε κύκλο και από τη μορφή του προφίλ που προκύπτει διαπιστώνεται πόσο ψηλά βρίσκεται το παιδί στην κάθε εναρμονισμένη με το DSM κλίμακα συγκριτικά με το εθνικό δείγμα παιδιών.

Τα προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων φέρουν διακεκομμένες γραμμές που κυμαίνονται μεταξύ της 93^{ης} και της 97^{ης} εκατοστιαίας θέσης και προσδιορίζουν το οριακό φάσμα. Οι εκατοστιαίες θέσεις βρίσκονται στην αριστερή πλευρά του προφίλ, ενώ οι τιμές T στη δεξιά πλευρά. Οι εκατοστιαίες θέσεις και οι τιμές T στις διακεκομμένες γραμμές που διαχωρίζουν το οριακό φάσμα καθοδηγούν τους ειδικούς έτσι ώστε να καθορίζουν τον βαθμό στον οποίο οι βαθμολογίες ενός παιδιού, σύμφωνα με τις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες, παρεκκλίνουν από αυτές των συνομήλικών του.

4.3 Ερμηνεία Δεδομένων

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Ρούσσου κ.α., 2002) για τη στάθμιση των ερωτηματολογίων του Achenbach, CBCL, TRF, και YSR, προέκυψαν κάποια αποτελέσματα – συμπεράσματα, τα οποία βοηθούν στον τρόπο χρήσης και ανάλυσης των ερωτηματολογίων. Σε αυτές τις πληροφορίες βασίζεται η σύγκριση και η ανάλυση των δεδομένων αυτής της έρευνας. Η ερμηνεία των

δεδομένων παρουσιάζεται σε κατηγορίες, οι οποίες χωρίζονται ανάλογα με τα προβλήματα, τις ικανότητες και τα σύνδρομα και ανάλογα με το ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα

Στοιχεία Συμπεριφοράς των CBCL και TRF

Στην ανάλυση των CBCL και TRF, που αφορούσαν τα στοιχεία συμπεριφοράς, οι απαντήσεις σε κάθε στοιχείο κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το φύλο του παιδιού. Τα στοιχεία συμπεριφοράς που πήραν συχνότερα από τους γονείς το βαθμό 2 ήταν παρόμοια και για τα δύο φύλα. Αντιθέτως, στα TRF τα στοιχεία που βαθμολογήθηκαν με 2 σε μεγάλη συχνότητα από τους δασκάλους ήταν διαφορετικά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.

Κλίμακες Συνδρόμων των CBCL και TRF

Στις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων, τις ευρείες κλίμακες και τις κλίμακες συνολικών προβλημάτων, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς, συγκριτικά με τους δασκάλους, έδιναν μεγαλύτερη σημασία στα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα των παιδιών τους. Οι ίδιοι θεωρούσαν ότι τα αγόρια έχουν περισσότερα προβλήματα από τα κορίτσια, και ειδικότερα Προβλήματα Προσοχής και Εξωτερικευμένα Προβλήματα (επιθετικότητα, παραπτωματικότητα).

Η ανάλυση της διακύμανσης των βαθμολογιών κάθε κλίμακας σε σχέση με το φύλο και την αστικοποίηση δεν έδειξε σημαντικές αλληλεπιδράσεις του φύλου με την αστικοποίηση. Ωστόσο, οι αναλύσεις του TRF έδειξαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με τον βαθμό αστικοποίησης κυρίως στα Εσωτερικευμένα σύνδρομα, στα Προβλήματα Προσοχής και στα Συνολικά Προβλήματα. Οι μέσες τιμές ήταν χαμηλότερες στις αγροτικές περιοχές από ότι στην Αθήνα, με τις άλλες αστικές και ημιαστικές περιοχές να βρίσκονται ενδιάμεσα.

Κλίμακες Ικανοτήτων των CBCL και TRF

Όλα τα παιδιά ασχολούνται με χόμπι και αθλήματα. Ο τύπος όμως των αθλημάτων και των χόμπι διαφέρει ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους. Για

παράδειγμα, τα παιδιά από τις αγροτικές περιοχές δε συμμετέχουν σε λέσχες ή οργανώσεις για τον απλό λόγο ότι οι δομές αυτές απουσιάζουν από τέτοιες περιοχές. Επίσης, ο αριθμός των θελημάτων/ εργασιών που κάνουν τα παιδιά συνδέεται με το πολιτισμικό πλαίσιο της περιοχής.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στις κλίμακες συνδρόμων και στις κλίμακες ικανοτήτων υπολογίστηκαν ξεχωριστά για κάθε φύλο. Η κλίμακα των Δραστηριοτήτων του CBCL δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με καμία από τις κλίμακες συνδρόμων του CBCL, πιθανώς εξαιτίας των προαναφερθέντων κοινωνικών παραγόντων. Η Κοινωνική Κλίμακα του CBCL συσχετίζεται σημαντικά με όλες τις κλίμακες συνδρόμων στα αγόρια, εκτός από τα Σωματικά Ενοχλήματα. Στα κορίτσια, όμως, η Κοινωνική Κλίμακα συσχετίζεται μόνο με τα Κοινωνικά Προβλήματα, ίσως επειδή γενικά τα κορίτσια είναι πιο περιορισμένα κοινωνικά. Η Σχολική Κλίμακα βρέθηκε να έχει την ισχυρότερη συσχέτιση με τις βαθμολογίες στις κλίμακες συνδρόμων του CBCL, με στατιστικά σημαντικά ευρήματα και για τα δυο φύλα (εκτός από τα Σωματικά Ενοχλήματα στα κορίτσια). Η ισχύς αυτής της συσχέτισης οφείλεται πιθανόν στο ενδιαφέρον και τη γνώση των γονέων για την απόδοση των παιδιών τους στο σχολείο, καθώς και στη διαθεσιμότητα έγκυρων δεδομένων όπως είναι οι σχολικοί βαθμοί, στους οποίους οι γονείς βασίζονται τις απαντήσεις τους. Η Συνολική Ικανότητα του CBCL συσχετίστηκε με όλες τις κλίμακες συνδρόμων στα αγόρια, εκτός από τα Σωματικά Ενοχλήματα. Στα κορίτσια βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μόνο με την Απόσυρση, τα Κοινωνικά Προβλήματα, την Επιθετική Συμπεριφορά, τα Εξωτερικευμένα και τα Συνολικά Προβλήματα.

Σχεδόν όλες οι συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας του TRF και των κλιμάκων συνδρόμων του TRF ήταν στατιστικά πολύ σημαντικές στα αγόρια, εκτός από την κλίμακα Άγχος/ Κατάθλιψη. Παρόμοια προβλήματα προέκυψαν και για τα κορίτσια.

Η ανάλυση διακύμανσης των βαθμολογιών στις κλίμακες ικανοτήτων έδειξε μικρές διαφορές ανάλογα με το φύλο και τον βαθμό αστικοποίησης, οι οποίες ήταν περισσότερο σταθερές στο TRF. Στο CBCL τα αγόρια είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην Κοινωνική Κλίμακα από τα κορίτσια, ενώ τα παιδιά από τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις Δραστηριότητες, στην Κοινωνική Κλίμακα και την Κλίμακα Συνολικής Ικανότητας, αλλά χαμηλότερη βαθμολογία στη Σχολική Κλίμακα. Στο TRF, όπου τα στοιχεία αφορούν κυρίως τη σχολική απόδοση και λειτουργικότητα, τα κορίτσια βαθμολογήθηκαν πολύ υψηλότερα από τα αγόρια σε όλα τα στοιχεία. Επιπλέον, οι

χαμηλότερες μέσες τιμές Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας του TRF βρέθηκαν στην Αθήνα και στις αγροτικές περιοχές, σε σύγκριση με τις αστικές και τις ημιαστικές περιοχές.

Συσχετίσεις Μεταξύ των Βαθμολογιών στο CBCL και TRF

Όσον αφορά τα αγόρια, γονείς και δάσκαλοι έτειναν να έχουν υψηλότερες συσχετίσεις στα Εξωτερικά Προβλήματα, και κυρίως στην Επιθετική Συμπεριφορά, ενώ ακολουθούσαν τα Προβλήματα Προσοχής. Στα κορίτσια βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μόνο στην κλίμακα Προβλήματα Προσοχής. Οι κλίμακες Επιθετική Συμπεριφορά και Προβλήματα Προσοχής έδωσαν τις υψηλότερες συσχετίσεις πιθανότατα επειδή αυτές οι συμπεριφορές είναι σχετικά εύκολα παρατηρήσιμες. Εξετάστηκε, επίσης, η σχέση μεταξύ των κλιμάκων των συνδρόμων στα CBCL και TRF όσον αφορά την πιθανότητα συμφωνίας γονέων και δασκάλων στη βαθμολόγηση του ίδιου παιδιού πάνω ή κάτω από την 98^η εκατοστιαία θέση. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συμφωνία μόνο για την Εξωτερικευμένη Συμπεριφορά. Όταν η ανάλυση επαναλήφθηκε χρησιμοποιώντας ως σημείο τομής την 90^η εκατοστιαία θέση, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συμφωνία και για τα Σωματικά Ενοχλήματα.

Στοιχεία Συμπεριφοράς του YSR

Τα περισσότερα από τα 16 κοινωνικά επιθυμητά στοιχεία συμπεριφοράς βαθμολογήθηκαν με 2 από σχεδόν το 98% των εφήβων. Τα κορίτσια υποστήριξαν την πλειονότητα των κοινωνικά επιθυμητών στοιχείων με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα από ότι τα αγόρια. Η ανάλυση φύλου των απαντήσεων στα κοινωνικά επιθυμητά στοιχεία φάνηκε να ταιριάζει στα στερεότυπα του φύλου, ενώ τα αγόρια ενδιαφέρθηκαν περισσότερο για την απόδοση και τις ικανότητες.

Οι απαντήσεις στα στοιχεία προβλημάτων φάνηκαν να ακολουθούν την πολιτισμικά αναμενόμενη σχέση με το φύλο. Τα αγόρια βαθμολόγησαν με μεγαλύτερη συχνότητα από τα κορίτσια τρία στοιχεία: 10. Δεν μπορώ να σταθώ ακίνητος, είμαι ανήσυχος, υπερκινητικός, 95. Αρπάζομαι εύκολα, 96. Σκέφτομαι το σεξ πάρα πολύ. Όλα αυτά τα στοιχεία υπόκεινται σε πολιτισμικές επιδράσεις σχετιζόμενες με το φύλο. Για παράδειγμα, το πρώτο στοιχείο αφορά τη δράση, μια ιδιότητα που θεωρείται σημαντική για τα αγόρια στην Ελλάδα. Η διαφορά στις απαντήσεις αγοριών και κοριτσιών στο τρίτο στοιχείο αντανακλά πιθανώς μια τάση των κοριτσιών να είναι πιο μυστικοπαθή στα σεξουαλικά ζητήματα από ότι τα

αγόρια. Το φύλο έδειξε, επίσης, να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στα δέκα συνηθέστερα στοιχεία προβλημάτων συμπεριφοράς που απαντήθηκαν από τα κορίτσια με μεγαλύτερη συχνότητα συγκριτικά με τα αγόρια. Όλα αυτά τα στοιχεία αναφέρονται σε συναισθηματικές καταστάσεις. Πέντε από αυτά ανήκουν στην Εσωτερικευμένη Κλίμακα και τέσσερα ανήκουν στο σύνδρομο Άγχος/ Κατάθλιψη.

Πολλά ήταν τα στοιχεία προβλημάτων που οι έφηβοι βαθμολόγησαν αρκετά συχνά με 2. αυτό φαίνεται από το ότι, 22 στοιχεία έλαβαν το βαθμό 2 από τουλάχιστον 22% των αποκριθέντων του ενός ή και των δυο φύλων.

Κλίμακες Συνδρόμων του YSR

Από τις αναλύσεις και τις συγκρίσεις που έγιναν στις κλίμακες συνδρόμων, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: Πρώτον, ο τόπος κατοικίας, ή αλλιώς ο βαθμός αστικοποίησης, δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση σε καμία κλίμακα. Σε συνδυασμό με τα ευρήματα της στάθμισης το αποτέλεσμα αυτό αντανακλά τον υψηλό βαθμό πολιτισμικής ομοιογένειας που έχει επιτευχθεί στην Ελλάδα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Δεύτερον, η επίδραση του φύλου ήταν στατιστικά σημαντική για την Απόσυρση, τα Σωματικά Ενοχλήματα, το Άγχος/ Κατάθλιψη, την Εσωτερικευμένη και την Κλίμακα Συνολικών Προβλημάτων (υψηλότερες τιμές στα κορίτσια), και για την Παραπτωματική Συμπεριφορά, την Επιθετική Συμπεριφορά και την Εξωτερικευμένη Κλίμακα (υψηλότερες τιμές στα αγόρια). Τέλος, η επίδραση της ηλικίας ήταν στατιστικά σημαντική για το Άγχος/ Κατάθλιψη, τα Προβλήματα Σκέψης, την Παραπτωματική Συμπεριφορά, την Επιθετική Συμπεριφορά, την Εξωτερικευμένη Κλίμακα και την Κλίμακα Συνολικών Προβλημάτων. Οι μέσες τιμές όλων αυτών των κλιμάκων αυξάνονταν με την ηλικία. Το ποσοστό διακύμανσης που εξηγούνταν από την επίδραση του φύλου ήταν γενικά υψηλότερο από αυτό που εξηγούνταν από την επίδραση της ηλικίας. Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων για καμία κλίμακα.

Κλίμακες Ικανοτήτων του YSR

Από τις αναλύσεις και τις συγκρίσεις του κοινοτικού δείγματος για τις κλίμακες ικανοτήτων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: Πρώτον, ο τόπος κατοικίας επηρέασε σημαντικά μόνο την κλίμακα Δραστηριότητες, με τις υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται στις ημιαστικές περιοχές. Δεύτερον, το φύλο επηρέαζε την Κοινωνική Κλίμακα, στην οποία τα αγόρια βαθμολογήθηκαν υψηλότερα και την

κλίμακα Δραστηριότητες, στην οποία τα κορίτσια βαθμολογήθηκαν υψηλότερα. Τέλος, σύμφωνα με την εν λόγω ανάλυση, η ηλικία επηρέασε σημαντικά την Κοινωνική Κλίμακα, αλλά εξηγούσε μόνο το 0,8% της διακύμανσης.

Σύγκριση Μεταξύ Κλιμάκων Συνδρόμων και Κλιμάκων Ικανοτήτων

Τόσο η κλίμακα Δραστηριοτήτων όσο και η κλίμακα Συνολικής Ικανότητας δεν συσχετιζόνταν σημαντικά με καμία κλίμακα συνδρόμων και στα δύο φύλα. Και τα δύο φύλα εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της Κοινωνικής Κλίμακας και των συνδρόμων που συγκροτούν τα Εσωτερικευμένα Προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι έφηβοι που βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στις κλίμακες Άγχους και Απόσυρσης (είχαν δηλαδή περισσότερα προβλήματα) έτειναν να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην Κοινωνική Κλίμακα (δηλαδή λιγότερες δεξιότητες). Παρόμοια αρνητική συσχέτιση παρουσίασε και το σύνδρομο Κοινωνικά Προβλήματα. Από την άλλη πλευρά, τα σύνδρομα των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων εμφάνισαν θετική συσχέτιση με την Κοινωνική Κλίμακα.

Σχέση Μεταξύ Βαθμολογιών στα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα

Μεταξύ των υψηλών βαθμολογιών στα Εσωτερικευμένα και τα Εξωτερικευμένα Προβλήματα, βρέθηκε ισχυρή σχέση, μεταξύ των εφήβων που βαθμολογήθηκαν κάτω από το σημείο τομής των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων, αφού μόνο το 7,3% υπερέβη το σημείο τομής των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων. Από τους εφήβους που βαθμολογήθηκαν πάνω από το σημείο τομής των Εξωτερικευμένων Προβλημάτων, το 35,3% υπερέβη το σημείο τομής των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων. Έτσι λοιπόν, ενισχύεται το συμπέρασμα ότι τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς τείνουν να εμφανίζουν ένα συνδυασμό Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων Προβλημάτων.

Σημεία Τομής

Τα ελληνικά σημεία τομής της βαθμολογίας για το YSR υπολογίστηκαν με βάση την πρόταση του Achenbach ότι το κλινικό εύρος θα πρέπει να τοποθετείται

πάνω από το 98% για τις κλίμακες συνδρόμων, και κάτω από το 2% για τις κλίμακες ικανοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ACHENBACH

5.1 Διαδικασία Έρευνας

5.1.1 Στόχος Έρευνας

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διαπιστωθεί εάν το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο είναι χρήσιμο για τη διάγνωση του συνδρόμου ΔΕΠ-Υ, μέσα από τη χορήγηση του τεστ Achenbach, και κατά πόσο τα αποτελέσματα των δύο ομάδων που χορηγήθηκε το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο διαφέρουν μεταξύ τους. Η ποικιλομορφία των κατηγοριών των ερωτήσεων συνεισφέρουν όχι μόνο στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, αλλά και στη συλλογή άλλων σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τον εξεταζόμενο και το περιβάλλον του. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να αποτελούν έναρξη για περαιτέρω ανάλυση αυτών των επιμέρους χαρακτηριστικών, με σκοπό την ανίχνευση άλλων διαταραχών.

Συγκεκριμένα, ο εξεταστής έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύσει προβλήματα που σχετίζονται με το άγχος, την απόσυρση, την κατάθλιψη, τα σωματικά ενοχλήματα, τα κοινωνικά προβλήματα, τα προβλήματα σκέψης και προσοχής, την παράβαση κανόνων, την επιθετική συμπεριφορά και τη σχολική επίδοση του εξεταζόμενου. Σε περίπτωση που ο εξεταστής διαπιστώσει ότι η βαθμολογία, σε μία ή περισσότερες από τις επιμέρους κλίμακες, βρίσκεται μέσα στα όρια του κλινικού φάσματος, μπορεί να εφαρμόσει ή να συμβουλευτεί κάποιο άλλο εργαλείο που να ειδικεύεται στη διάγνωση της πιθανής διαταραχής. Ακόμα και αν η βαθμολογία βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα, ο εξεταστής μπορεί να αποκομίσει πληροφορίες σχετικά με τις δυνατότητες αλλά και τις αδυναμίες του εξεταζόμενου. Έστω και αν

μία από τις ερωτήσεις δείξει κάποιο πρόβλημα, τότε αυτό μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική πληροφορία για τη γενική εικόνα του εξεταζόμενου.

5.1.2 Συνθήκες Έρευνας

Το τεστ Achenbach χορηγήθηκε σε έξι εφήβους, τους γονείς τους και τους καθηγητές τους. Τρεις από τους μαθητές παρουσίαζαν μαθησιακές δυσκολίες και οι γονείς τους ήθελαν να τους χορηγηθεί το τεστ Achenbach και τρεις τυπικής ανάπτυξης που χρησιμοποιήθηκε σαν ομάδα ελέγχου. Και στις έξι περιπτώσεις οι εξεταζόμενοι ήταν κάτοικοι Αθηνών. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν είτε στο σχολικό περιβάλλον του εφήβου είτε στο σπίτι της εκάστοτε οικογένειας. Το τεστ Achenbach εφαρμόστηκε στις τρεις περιπτώσεις, στο τέλος της σχολικής χρονιάς 2009-2010, ώστε να διασφαλιστεί το γεγονός ότι ο κάθε καθηγητής έχει σχηματίσει μια σφαιρική άποψη για τον μαθητή του και στις υπόλοιπες τρεις στα μέσα της σχολικής χρονιάς 2011-2012. Εξάλλου, το ελάχιστο όριο γνωριμίας του καθηγητή με τον έφηβο, όπως το ορίζει το τεστ Achenbach, ανέρχεται στους δύο μήνες.

Το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους εφήβους ήταν αυτό για ηλικίες από 11 έως 18 ετών. Παρόλο που, σύμφωνα με το συγκεκριμένο τεστ, τα παιδιά ανήκουν στην ίδια ηλικιακή κατηγορία, είναι γνωστό ότι στην εφηβεία υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες. Η πρώτη υποκατηγορία είναι οι έφηβοι ηλικίας 12 έως 14 ετών, η δεύτερη από 14 έως 16 ετών και η τρίτη από 16 έως 18 ετών. Οι τρεις από τους έξι εφήβους ανήκουν στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία και οι υπόλοιποι δύο στην Τρίτη. Τρεις από τους εφήβους είναι αγόρια και τρεις κορίτσια.

Στη διαδικασία της επιλογής του δείγματος συνέβαλαν δύο παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας έγκειται στην επιθυμία των γονέων να συμμετάσχουν στην έρευνα επειδή είχαν ανησυχίες για τα παιδιά τους σχετικά με την απότομη αλλαγή της συμπεριφοράς των παιδιών ή γενικά προβλήματα συμπεριφοράς που ήδη υπήρχαν (3 από τις 6 περιπτώσεις). Ο δεύτερος παράγοντας που συνέβαλε στη διαδικασία της επιλογής του δείγματος αφορούσε τη γνώση του ερευνητή σχετικά με την ύπαρξη κάποιου προβλήματος (3 από τις 6 περιπτώσεις), και χρησιμοποιήθηκε σαν ομάδα ελέγχου.

5.2 Μελέτη Περίπτωσης 1

Η μελέτη της περίπτωσης 1 αφορά έναν μαθητή της Γ τάξης του Γυμνασίου 15 ετών, ο οποίος συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11-18 ετών (YSR). Στην έρευνα πήραν μέρος ο πατέρας και η μητέρα του εφήβου, οι οποίοι συμπλήρωσαν ο καθένας τους το Ερωτηματολόγιο για Γονείς- CBCL (Παιδιά ηλικίας 6-18 ετών). Ήταν αρκετά συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να απαντήσουν με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6-18 ετών) συμπληρώθηκε από μια καθηγήτρια του μαθητή, η οποία του δίδασκε για ένα ολόκληρο σχολικό έτος περίπου 6 ώρες εβδομαδιαίως, συνεπώς, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα του μαθητή.

Τα ερωτηματολόγια του εφήβου, του πατέρα και της μητέρας του συμπληρώθηκαν την ίδια μέρα αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή, το καθένα, ενώ το ερωτηματολόγιο του εκπαιδευτικού συμπληρώθηκε δύο μέρες αργότερα. Όλοι όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χρειάστηκαν περίπου 45 λεπτά για να το συμπληρώσουν, με μικρές αποκλίσεις. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης δόθηκαν και διευκρινίσεις για κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες όμως ήταν ελάχιστες. Ο θεραπευτής – ερευνητής είχε φροντίσει από την αρχή να εξηγήσει επαρκώς τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι αναφερόμενοι απάντησαν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν συνολικά τέσσερα. Η ανάλυση και η βαθμολογία των προφίλ των ερωτηματολογίων αυτών έγινε με τη μορφή σημειώσεων με τη βοήθεια και καθοδήγηση του «Εγχειριδίου για τα Ερωτηματολόγια και Προφίλ Σχολικής Ηλικίας του ΣΑΕΒΑ», η επιμέλεια του οποίου έγινε από την κυρία Ρούσσου και τους συνεργάτες της (2002). Η ανάλυση του προφίλ γίνεται για να μπορεί κανείς να διαπιστώσει εύκολα, με μια ματιά, τις ικανότητες και τα προβλήματα ενός παιδιού, αφού παρέχει βαθμολογίες για όλες τις κλίμακες αναλυτικά.

Ακολουθούν οι πίνακες 4.1 και 4.2, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ του εφήβου, του πατέρα, της μητέρας και του εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.2.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ				
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	0	7	0	4
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	2	1	0	0
3. Σωματικά Ενοχλήματα	1	2	0	0
4. Κοινωνικά Προβλήματα	2	3	0	0
5. Προβλήματα Σκέψης	1	0	0	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	2	2	1	8+6 14
7. Παράβαση Κανόνων	6	6	1	5
8. Επιθετική Συμπεριφορά	12	6	1	4
Άλλα προβλήματα	3	3	1	1
Σύνολο	29	30	4	28

Τιμή Τα	49	56	37	60
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	9	6	6,5	
2. Κοινωνική	7	9	7	
3. Σχολική	2,85	6	6	
Σύνολο	18,85	21	19,5	
Τιμή Τα	40	40	37	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση				3,6
2. Εργάζεται Σκληρά				3
3. Συμπεριφέρεται Σωστά				2
4. Μαθαίνει				5
5. Χαρούμενος				5
Σύνολο				15
Τιμή Τα				45

Πίνακας 4.1

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο του παιδιού, του πατέρα, της μητέρας και της εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια πολύ εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται το συγκεκριμένο παιδί. Ποια δηλαδή, είναι η δική του άποψη για τη συνολική συμπεριφορά του και την επίδοση, ποια του πατέρα του, ποια της μητέρας του και ποια της καθηγήτριάς του.

Φυσικά, δεν μπορούμε να συγκρίνουμε απόλυτα αυτές τις βαθμολογίες μεταξύ τους. Δηλαδή δεν μπορούμε να συγκρίνουμε απόλυτα τη βαθμολογία που συμπλήρωσε ο πατέρας σε μια υποκατηγορία (κλίμακα) με τη βαθμολογία του παιδιού και της εκπαιδευτικού και αυτό γιατί σε κάθε ένα από τα τρία προφίλ κάποιες ερωτήσεις αλλάζουν και κάποιες άλλες προστίθενται ή αφαιρούνται από την ανάλυση του κάθε προφίλ. Για τον λόγο αυτόν, θα πρέπει να ανατρέχουμε στην αναλυτική

βαθμολόγηση του παιδιού και να συγκρίνουμε και τα τέσσερα προφίλ μεταξύ τους για να βγάλουμε ακριβές συμπέρασμα.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν ο έφηβος (YSR), ο πατέρας (CBCL) και η μητέρα. Αποτελείται από τρεις κλίμακες (κατηγορίες). Την Κλίμακα Δραστηριότητες, την Κοινωνική Κλίμακα και τη Σχολική Κλίμακα.

Στην κλίμακα Δραστηριότητες παρατηρούμε ότι οι βαθμολογίες που συγκέντρωσαν ο πατέρας και η μητέρα συμπίπτουν. Η βαθμολογία αυτή ($T= 6,5$) βρίσκεται στο οριακό φάσμα. Βλέπουμε όμως ότι, η βαθμολογία του εφήβου είναι διαφορετική. Στην αναλυτική βαθμολόγηση παρατηρήθηκε το εξής: Το παιδί πιστεύει ότι συμμετέχει περισσότερο σε δραστηριότητες, σπορ, εργασίες και θελήματα μέσα και έξω από το σπίτι και ότι τα καταφέρνει σε αυτά αρκετά καλά. Οι γονείς του όμως δεν έχουν την ίδια γνώμη. Πιστεύουν ότι ο γιος τους συμμετέχει περισσότερο σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού και ότι ακόμα και στις δραστηριότητες που συμμετέχει, η επίδοσή του είναι μέτρια σε σύγκριση με την επίδοση των συνομήλικών του.

Στη Σχολική κλίμακα, και ο πατέρας και η μητέρα έχουν δώσει μεγαλύτερη βαθμολογία για τον έφηβο μαθητή από ότι ο ίδιος. Πιστεύουν δηλαδή, ότι ο γιος τους είναι πολύ καλός μαθητής, σε αντίθεση με τον ίδιο ο οποίος δε θεωρεί τον εαυτό του ιδιαίτερα καλό μαθητή.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, από τα τρία προφίλ που αναλύθηκαν, τα προφίλ του πατέρα και της μητέρας συγκέντρωσαν στην Κλίμακα Ικανοτήτων συνολική βαθμολογία που αντιστοιχεί στο οριακό φάσμα τιμών (πατέρας $T= 40$, μητέρα $T=37$). Το προφίλ του εφήβου συγκέντρωσε συνολική βαθμολογία που αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα τιμών.

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF). Η καθηγήτρια βαθμολόγησε τη *Μαθησιακή Επίδοση* του εφήβου, καθώς επίσης και τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά *Χαρούμενος*, *Εργάζεται σκληρά*, *Συμπεριφέρεται Σωστά* και *Μαθαίνει*, σε σύγκριση με τους μαθητές της ίδιας ηλικίας.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση του ερωτηματολογίου της εκπαιδευτικού, η *Μαθησιακή Επίδοση* του εφήβου βρίσκεται σε φυσιολογικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι στα περισσότερα μαθήματα ο μαθητής βρίσκεται στο επίπεδο της τάξης και υπάρχουν ορισμένα μαθήματα στα οποία βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την άποψη των γονέων που, όπως διατυπώθηκε νωρίτερα, πιστεύουν ότι ο γιος τους είναι σχεδόν άριστος μαθητής.

Όσον αφορά τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά, παρατηρείται ότι στην κατηγορία *Συμπεριφέρεται Σωστά*, ο έφηβος βρίσκεται στο κλινικό φάσμα (εκατοστιαία θέση= 2). Με βάση, λοιπόν, την ανάλυση του ερωτηματολογίου της εκπαιδευτικού, ο μαθητής της δεν συμπεριφέρεται όπως θα έπρεπε μέσα στην τάξη σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μαθητές.

Παρόλα αυτά, η συνολική βαθμολογία που συγκέντρωσε το προφίλ της εκπαιδευτικού για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL), και της εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Σε αυτό το προφίλ υπάρχουν οι κλίμακες οκτώ συνδρόμων. Ορίζονται ως, *Άγχος/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά και Άλλα Προβλήματα.*

Στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη* παρατηρούμε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και του πατέρα και ανάμεσα στο προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας. Ο ίδιος ο έφηβος δεν αισθάνεται ότι έχει κάποιο φόβο ή κάποια συναισθηματική διαταραχή. Από την άλλη μεριά όμως, ο πατέρας έχει κάποιες αμφιβολίες σχετικά με τους φόβους και τα συναισθήματα του γιου του. Πιστεύει ότι, ο γιος του φοβάται και ότι είναι ανασφαλής. Η βαθμολογία που συγκεντρώνει σε αυτή την κλίμακα το προφίλ του πατέρα κυμαίνεται στο οριακό φάσμα. Με την άποψη του πατέρα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.1, συμφωνεί και η καθηγήτρια, η οποία πιστεύει ότι ο μαθητής της ανησυχεί για την κριτική που του ασκείται, ότι

φοβάται για τα λάθη του, και αγχώνεται για το εάν θα καταφέρει να ευχαριστήσει τους γύρω του.

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Προβλήματα* παρατηρούμε διαφορές ανάμεσα στα προφίλ του πατέρα και της μητέρας. Η μητέρα πιστεύει ότι ο γιος της δεν έχει κανένα κοινωνικό πρόβλημα, σε αντίθεση με τον πατέρα, ο οποίος ανησυχεί περισσότερο για τις παρέες που κάνει ο γιος του και για την αδεξιότητά του η οποία του προκαλεί ατυχήματα.

Μεγάλες διαφορές, μεταξύ των ερωτηθέντων, παρατηρούνται επίσης και στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*. Αυτές οι διαφορές οφείλονται στο ότι το προφίλ της εκπαιδευτικού εξέταζε περισσότερες ερωτήσεις από τα προφίλ των γονέων. Συγκεκριμένα, υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα και την Απροσεξία. Και αυτός είναι ο λόγος που η βαθμολογία της καθηγήτριας είναι αρκετά μεγαλύτερη από αυτή του εφήβου και των γονέων. Αυτές οι ερωτήσεις δίνουν μια αναλυτικότερη εικόνα για την προσοχή του παιδιού. Το προφίλ του εφήβου και των γονιών του συμφωνούν ότι δεν παρουσιάζει προβλήματα προσοχής στο συγκεκριμένο περιβάλλον και στις συγκεκριμένες καταστάσεις. Το προφίλ της καθηγήτριας του αγοριού όμως, δείχνει ότι ο έφηβος στο σχολικό περιβάλλον δεν έχει την αναμενόμενη συμπεριφορά. Αναλυτικότερα, η καθηγήτρια επισημαίνει ότι ο έφηβος έχει δυσκολία στο να τελειώνει ό, τι αρχίζει, είναι απρόσεκτος, φέρεται ανώριμα, ενοχλεί τους συμμαθητές του, διαταράσσει την τάξη, μιλά πάρα πολύ και χωρίς να περιμένει να έρθει η σειρά του. Δεν έχει σταθερότητα σε αυτό που κάνει και εύκολα μπορεί να παραμελήσει το στόχο του και να ασχοληθεί με κάτι άλλο. Επιπλέον, η καθηγήτρια ανέφερε ότι, δεν μπορεί να σταθεί για αρκετή ώρα ακίνητος, κάτι που ταιριάζει με την άποψη του πατέρα, που συναντήσαμε παραπάνω, ότι ο γιος του δηλαδή είναι αδέξιος και προκαλεί ατυχήματα. Όλα αυτά βέβαια που αναφέραμε, δεν εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό. Βρίσκονται όμως, σε οριακό σημείο και χρειάζονται προσοχή για να μην εμφανίσει κάποια στιγμή στο μέλλον ο έφηβος ανεπιθύμητη συμπεριφορά, ιδιαίτερα στο σχολικό πλαίσιο όπου παρατηρούνται τα περισσότερα προβλήματα.

Στην κλίμακα *Παράβαση Κανόνων*, η βαθμολογία που συγκέντρωσε το προφίλ της καθηγήτριας κυμαίνεται στο οριακό φάσμα. Αυτό υποδηλώνει ότι ο μαθητής στο πλαίσιο του σχολείου δεν ακολουθεί σωστά τους κανόνες που υπάρχουν, και κάποιες φορές τους παραβαίνει.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, η ανάλυση του προφίλ του εφήβου συγκέντρωσε μεγάλη βαθμολογία. Συγκεκριμένα, ο ίδιος αναφέρει ότι, αντιμιλά, φωνάζει, εκνευρίζεται, ότι είναι ανυπάκουος (κυρίως στο σπίτι), πειράζει τους

άλλους πολύ, και ότι έχει αρκετές αλλαγές στη διάθεσή του. Αυτό που αξίζει να αναφέρουμε είναι ότι οι γονείς του και η καθηγήτριά του δεν συμφωνούν και τόσο πολύ μαζί του, καθώς η βαθμολογία που συγκέντρωσαν στα προφίλ τους, ήταν μικρότερη από του ίδιου.

Από τα τέσσερα προφίλ που αναλύθηκαν, το προφίλ της εκπαιδευτικού ήταν το μόνο που συγκέντρωσε βαθμολογία, η οποία αντιστοιχεί στο οριακό φάσμα.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.1, στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων, ο έφηβος βαθμολογήθηκε μόνο για τις δυο κατηγορίες Δραστηριότητες και Κοινωνική. Στο διάγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις βαθμολογίες, φαίνεται ότι, ο έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 9.0 στην κλίμακα Δραστηριότητες και τη βαθμολογία 7.0 στην Κοινωνική κλίμακα. Ενώνοντας τις δύο τιμές, που βρίσκονται στο διάγραμμα, με μια γραμμή βλέπουμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων του εφήβου. Στο παρόν διάγραμμα, η βαθμολογία του εφήβου κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος μπορούμε να δούμε τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T, για κάθε κλίμακα ξεχωριστά.

Για να πάρουμε τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, θα προσθέσουμε τις δύο βαθμολογίες, αλλά και τη βαθμολογία που συγκέντρωσε στην Ακαδημαϊκή κλίμακα. Στη συνέχεια, μπορούμε να δούμε την αντίστοιχη τιμή T στον πίνακα που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά του προφίλ. Η βαθμολογία που συγκέντρωσε ο έφηβος ήταν 18.85 και κυμαίνεται στην τιμή $T=40$.

Στο προφίλ κλίμακες συνδρόμων περιλαμβάνεται, επίσης, ένα διάγραμμα το οποίο περιέχει στην αριστερή του πλευρά τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Το προφίλ χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα » και ο έφηβος βαθμολογήθηκε για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Η βαθμολογία που συγκεντρώθηκε σε κάθε κλίμακα αναλύθηκε στο διάγραμμα και στη συνέχεια οι γραμμές ενώθηκαν από τον ερευνητή. Όπως φαίνεται και στην εικόνα ο έφηβος κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα με εξαίρεση την κλίμακα Επιθετική Συμπεριφορά όπου ο έφηβος βρίσκεται πολύ κοντά στο οριακό φάσμα.

Το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε ο έφηβος σε κάθε κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας. Πρώτα

πραγματοποιήθηκε το άθροισμα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, το οποίο ήταν συνολικά 3, στη συνέχεια προστέθηκαν οι βαθμολογίες των εξωτερικευμένων προβλημάτων οι οποίες συνολικά υπολογίστηκαν σε 18 και τέλος των υπόλοιπων προβλημάτων των οποίων το σύνολο ήταν 8. το σύνολο που πήραμε προσθέτοντας τις τρεις κατηγορίες ήταν 29 και αντίστοιχη στην τιμή T= 49.

Συμπέρασμα

Αξίζει να αναφέρουμε ότι το προφίλ της μητέρας παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αντίθεση με τα υπόλοιπα προφίλ. Ενώ, στις κλίμακες ικανοτήτων, η μητέρα συγκεντρώνει συνολική βαθμολογία που αντιστοιχεί στο οριακό φάσμα, όταν αξιολογείται στις κλίμακες συνδρόμων, η βαθμολογία που συγκεντρώνει σε όλες τις κατηγορίες, είναι σχεδόν μηδενική. Από αυτό συμπεραίνεται ότι η μητέρα προσπαθεί να προστατέψει τον έφηβο και συγχωρεί κάποιες συμπεριφορές που παρουσιάζει ο γιος της.

Τέλος, αυτό που παρατηρήθηκε έντονα μέσα από τη βαθμολόγηση αυτών των προφίλ είναι ότι οι γονείς δεν γνωρίζουν τα πραγματικά προβλήματα που έχει το παιδί και τις πραγματικές του ανησυχίες. Δεν είναι κοντά στον έφηβο με αποτέλεσμα να εθελουφλούν (κυρίως η μητέρα) ή να υπερβάλλουν για τη συμπεριφορά που παρουσιάζει (κυρίως ο πατέρας). Ο έφηβος συνολικά, δεν παρουσιάζει την εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Θα πρέπει, όμως, να δοθεί περισσότερη προσοχή στις κλίμακες που συμπεριλαμβάνονται, γιατί, όσον αφορά τη συμπεριφορά του στο σπίτι και ιδιαίτερα στο σχολείο, ελλοχεύουν κίνδυνοι. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά με βάση το διαγνωστικό κριτήριο DSM-IV, αναφέρονται ως Σχολικά Προβλήματα.

5.2.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες κατασκευάστηκαν για να βοηθήσουν τους ειδικούς επιστήμονες που μελετούν τη σχολική ηλικία, και για αυτόν ακριβώς τον λόγο δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια των διαγνωστικών κατηγοριών του DSM-IV.

Οι συγκεκριμένες κλίμακες αποτελούνται από τις εξής κατηγορίες: *Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα,*

Προβλήματα Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής.

Στον πίνακα 4.2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού
1. Συναισθηματικά προβλήματα	2	2	0	0
Τιμή T	51	51	50	50
2. Προβλήματα Άγχους	0	2	0	1
Τιμή T	50	57	50	57
3. Σωματικά προβλήματα	0	2	0	0
Τιμή T	50	60	50	50
4. Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ Υπερκινητικότητας	5	4	0	5+7 12
Τιμή T	55	58	50	60
5. Εναντιωματικά/ Προκλητικά προβλήματα	5	3	1	1
Τιμή T	61	55	52	54
6. Προβλήματα Διαγωγής	3	1	0	4
Τιμή T	53	52	50	60

Πίνακας 4.2

Όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τον πίνακα, οι βαθμολογίες του εφήβου κυμαίνονται στο φυσιολογικό φάσμα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ των προφίλ που αναλύθηκαν.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Άγχους*, η βαθμολογία του προφίλ του πατέρα συμφωνεί με τη βαθμολογία της εκπαιδευτικού δεδομένου ότι και οι δύο πιστεύουν ότι ο έφηβος έχει κάποιες ανησυχίες. Από την άλλη μεριά, ο ίδιος και η μητέρα του δεν αναφέρουν ότι υπάρχει τέτοιο πρόβλημα.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας*, η βαθμολογία της καθηγήτριας, είναι εκείνη που διαφέρει περισσότερο από τις άλλες. Από την ανάλυση του προφίλ της καταλήγουμε ότι, στο πλαίσιο της τάξης, ο έφηβος δεν τελειώνει ό, τι αρχίζει, δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, ενοχλεί τους άλλους, διαταράσσει την τάξη, είναι απρόσεκτος, μιλά πολύ, δεν τελειώνει πάντα την εργασία που του έχει δοθεί και κάνει αρκετή φασαρία. Όλα αυτά όμως δεν τα κάνει σε τόσο μεγάλο βαθμό και για το λόγο αυτό δεν τοποθετείται στο κλινικό φάσμα.

Στην κλίμακα *Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα*, από την ανάλυση του προφίλ του εφήβου βρέθηκε ότι είναι αρκετά πεισματάρης και δύσθυμος, ότι αντιμιλά, ότι εκνευρίζεται εύκολα και ότι είναι ανυπάκουος στο σχολείο. Με αυτήν την άποψη δε φαίνεται να συμφωνεί η μητέρα του εφήβου αλλά ούτε και η καθηγήτριά του, οι οποίες υποστηρίζουν ότι δεν παρατηρούν ανάλογη συμπεριφορά.

Τέλος, στα *Προβλήματα Διαγωγής*, η βαθμολογία της καθηγήτριας ήταν αυτή που ξεχώρισε από τις άλλες. Η ανάλυση του προφίλ έδειξε ότι ο έφηβος κάνει κακές παρέες, μπλέκει σε καβγάδες και βρίζει. Η αντιδραστική συμπεριφορά που παρουσιάζει ανησυχεί την καθηγήτρια για πιθανά προβλήματα ένταξης στην ομάδα και αποδοχής από τους συνομηλίκους.

Συμπέρασμα

Από την ανάλυση των τεσσάρων αυτών προφίλ καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο έφηβος δεν θα παρουσιάσει κάποια διαταραχή συμπεριφοράς ή συναισθήματος. Οι βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν από τους ανθρώπους που βρίσκονται στο περιβάλλον του, υποδηλώνουν ότι ο έφηβος έχει κάποιες σημαντικές δυσκολίες σχετικά με τη συμπεριφορά του, ειδικά στο σχολικό πλαίσιο. Παρόλα αυτά όμως με τη στήριξη των γονιών αλλά και του δασκάλου, ο έφηβος θα αποφύγει να παρουσιάσει ανεπιθύμητες συμπεριφορές που θα του προκαλέσουν προβλήματα στο μέλλον.

5.3 Μελέτη Περίπτωσης 2

Η μελέτη της δεύτερης περίπτωσης αφορά μία μαθήτρια της Γ τάξης του Επαγγελματικού Λυκείου 17,9 χρονών και η μαθήτρια συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11- 18 χρονών (YSR). Στην έρευνα πήρε μέρος η μητέρα της εφήβου, η οποία συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Γονείς-CBCL (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών). Η μητέρα της ήταν συνεργάσιμη και πρόθυμη να απαντήσει με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που της δόθηκε. Ο πατέρας δεν συμμετείχε επειδή οι γονείς είναι χωρισμένοι και ο ερευνητής ήταν δύσκολο να τον προσεγγίσει. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών) συμπληρώθηκε από μια καθηγήτρια της μαθήτριας, η οποία της δίδασκε μια σχολική χρονιά, τέσσερις ώρες την εβδομάδα, συνεπώς, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα της μαθήτριας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν περίπου στο τέλος της σχολικής χρονιάς, λίγο πριν την έναρξη των σχολικών εξετάσεων. Τα ερωτηματολόγια της εφήβου και της εκπαιδευτικού συμπληρώθηκαν την ίδια χρονική στιγμή. Μετά από τέσσερις μέρες συμπληρώθηκε και το ερωτηματολόγιο από την μητέρα. Όλοι όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χρειάστηκαν περίπου 45 λεπτά, με μικρές αποκλίσεις. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης δόθηκαν και διευκρινίσεις για κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες όμως ήταν ελάχιστες, αφού ο θεραπευτής – ερευνητής είχε φροντίσει από την αρχή να εξηγήσει επαρκώς τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τέλος, να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενοι απάντησαν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις.

Ακολουθούν οι πίνακες 4.3 και 4.4, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ της εφήβου, της μητέρας και της εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.3.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ			
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	15	5	11
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	8	0	5
3. Σωματικά Ενοχλήματα	7	2	4
4. Κοινωνικά Προβλήματα	3	3	2
5. Προβλήματα Σκέψης	7	6	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	8	10	9+2 11
7. Παράβαση Κανόνων	11	5	7
8. Επιθετική Συμπεριφορά	18	12	2
Άλλα προβλήματα	10	6	3
Σύνολο	87	49	55
Τιμή T	69	65	67
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ			
	YSR	CBCL	TRF

	Εφήβου	Μητέρας	Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	6,6	8,5	
2. Κοινωνική	7,3	6,6	
3. Σχολική		4	
Σύνολο	14,9	19,1	
Τιμή T	32	37	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση			3
2. Εργάζεται Σκληρά			4
3. Συμπεριφέρεται Σωστά			7
4. Μαθαίνει			4
5. Χαρούμενος			4
Σύνολο			19
Τιμή T			48

Πίνακας 4.3

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο της εφήβου, της μητέρας και της εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια πολύ εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται η συγκεκριμένη έφηβος, ποια δηλαδή, είναι η δική της άποψη για τη συνολική συμπεριφορά της και επίδοση, ποια της μητέρας της και ποια της καθηγήτριάς της.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν η έφηβος (YSR) και η μητέρα (CBCL).

Στην κλίμακα *Δραστηριότητες* παρατηρούμε ότι η βαθμολογία της μητέρας βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα, ενώ της εφήβου στο οριακό φάσμα. Αναλυτικά, η έφηβη ισχυρίζεται ότι συμμετέχει σε περισσότερα από ένα σπορ σε αντίθεση με τη μητέρα της που αναφέρει μόνο ένα. Συνεχίζοντας στα χόμπι, η έφηβη δεν αναφέρει

κάποιο χόμπι ενώ η μητέρας της λέει ότι της αρέσει η μουσική και να ασχολείται με τους υπολογιστές. Όσον αφορά τα θελήματα της εφήβου, η μητέρα επιμένει χαρακτηριστικά ότι η έφηβος δεν συμμετέχει στις οικιακές δουλειές παρά μόνο ότι εργάζεται με πληρωμή και μάλιστα πάνω από το μέσο όρο. Από την άλλη η έφηβος συμπλήρωσε ότι εργάζεται και ότι στρώνει το κρεβάτι της και ότι αυτά τα κάνει στο μέσο όρο.

Στην *Κοινωνική κλίμακα* οι βαθμολογίες της μητέρας και της εφήβου είναι μέσα στο φυσιολογικό φάσμα, όμως αξίζει να αναφέρουμε κάποιες διαφορές. Η μητέρα παραπονιέται ότι η κόρη της βγαίνει έξω πολλές φορές την εβδομάδα ενώ η έφηβος ισχυρίζεται ότι αυτό συμβαίνει δύο φορές. Στη σύγκριση με τα άλλα παιδιά της ηλικίας της εφήβου, η μητέρα πιστεύει ότι οι σχέσεις της κόρης της με τις άλλες δύο αδερφές της δεν είναι πολύ καλές. Από την άλλη, η έφηβος πιστεύει ότι οι σχέσεις με τις αδερφές της βρίσκονται στο μέσο όρο. Επίσης, διαφορετική απάντηση έδωσαν στα ερωτηματολόγια σχετικά με το πόσο καλά τα πηγαίνει με τα άλλα παιδιά και το πόσο καλά καταφέρνει μια δραστηριότητα μόνη της. Η μητέρα απάντησε στον μέσο όρο ενώ η έφηβος πιστεύει ότι βρίσκεται πάνω από αυτόν.

Περνώντας στην Τρίτη και τελευταία κατηγορία του προφίλ ικανοτήτων, βλέπουμε ότι η μητέρα δεν είναι ευχαριστημένη από τη σχολική επίδοση της κόρης της και ότι βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο σε όλα τα σχολικά μαθήματα.

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι η έφηβος βρισκόταν στο οριακό φάσμα μόνο στην κλίμακα *Δραστηριότητες* και μόνο στο προφίλ της εφήβου, δηλαδή το YSR. Παρόλα αυτά, σημειώνεται ένας διαφορετικός τρόπος σκέψης και προσέγγισης των ερωτήσεων συγκρίνοντας τις απόψεις της μητέρας και της εφήβου δίνοντας την αίσθηση ότι αναφέρονται σε άλλο πρόσωπο η κάθε μία ξεχωριστά.

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF). Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η καθηγήτρια έδειξε να είναι πολύ ευχαριστημένη από τη συμπεριφορά της μαθήτριάς της και σε γενικές γραμμές την παρουσίασε ως ένα παιδί που οι αποδόσεις του κυμαίνονται στο επίπεδο της τάξης. Ίσως αξίζει να σημειωθεί ότι η έφηβος φοιτά σε ΕΠΑΛ (επαγγελματικό λύκειο) και ότι το επίπεδο της τάξης δεν είναι υψηλό, άρα, και συγκρίσιμο με τον γενικό πληθυσμό των μαθητών της ίδιας ηλικίας.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του εφήβου (YSR), της μητέρας (CBCL), και της εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη* παρατηρείται απόκλιση στη βαθμολογία μεταξύ των ερωτηματολογίων της εφήβου και της καθηγήτριας. Όμως, ακόμα πιο μεγάλη είναι η απόκλιση όταν συγκρίνουμε τη βαθμολογία της εφήβου με της μητέρας. Η βαθμολογία που συγκεντρώνει η μητέρα βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα και αναφέρει ότι η κόρη της έχει φοβίες στους σκύλους και φοβάται να μείνει μόνη στο σπίτι. Ακόμη, πιστεύει ότι η κόρη της είναι πολύ νευρική και ότι κάποιες φορές κλαίει παραπάνω από ότι πρέπει για ένα γεγονός που την στενοχώρησε. Η βαθμολογία της καθηγήτριας βρίσκεται στο ανώτατο επίπεδο του οριακού φάσματος. Συγκεκριμένα, οι απόψεις της δε συμπίπτουν με αυτές της μητέρας. Πιστεύει ότι μερικές φορές φοβάται μήπως κάνει κάτι λάθος και ότι πιστεύει ότι πρέπει να είναι τέλεια. Ακόμα, μερικές φορές αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται και ότι είναι ανάξια. Υποστηρίζει ότι είναι πολύ φοβισμένη και ότι ντροπιάζεται και πληγώνεται εύκολα ορισμένες φορές. Επιπλέον, είναι ανήσυχη και έχει άγχος προκειμένου να ευχαριστήσει άλλους. Η βαθμολογία της εφήβου εμπίπτει στο κλινικό φάσμα. Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι η έφηβος συμφωνεί και με την καθηγήτρια αλλά και με τη μητέρα ταυτόχρονα, αφού θεωρεί ότι έχει όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά και μάλιστα, ορισμένες φορές, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι νομίζουν η καθηγήτρια και η μητέρα της. Αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται και ότι είναι νευρική, φοβισμένη και αγχώδης σε μεγάλο βαθμό. Ένα πρόσθετο χαρακτηριστικό που δεν ανέφεραν ούτε η καθηγήτρια ούτε η μητέρα, αλλά ειπώθηκε από την έφηβο, είναι ότι κάποιες φορές μιλάει για αυτοκτονία και ότι αισθάνεται ένοχη.

Στην κλίμακα *Απόσυρση/ Κατάθλιψη* οι διαφορές των βαθμολογιών και των τριών ερωτηματολογίων είναι πάλι εμφανής. Η μητέρα πιστεύει ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα αφού η βαθμολογία που συγκέντρωσε είναι μηδενική. Σε αντίθεση με αυτό, η βαθμολογία της εφήβου είναι μέσα στο οριακό φάσμα αφού αναφέρει ότι υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που την ευχαριστούν και ότι είναι μυστικοπαθής.

Επιπλέον, υποστηρίζει ότι κάποιες φορές προτιμά να είναι μόνη της, ότι απομονώνεται στον εαυτό της, νιώθει δυστυχισμένη και ότι δεν έχει πολλή ενέργεια. Από το ερωτηματολόγιο της καθηγήτριας προκύπτει ότι σε κάποιο βαθμό συμφωνεί με τη μαθήτριά της. Ένα παραπάνω χαρακτηριστικό που της προσδίδει είναι ότι πιστεύει ότι είναι ντροπαλή και δειλή σε κάποιο βαθμό. Ακόμα, θεωρεί ότι δεν έχει ενέργεια σε μεγάλο βαθμό, αλλά δεν συμφωνεί με την έφηβο ότι είναι δυστυχισμένη και ότι κάποιες φορές απομονώνεται στον εαυτό της.

Περνώντας στην κλίμακα *Σωματικά Ενοχλήματα*, παρατηρούμε ότι η μητέρα αναφέρει μόνο τα οφθαλμικά και κοιλιακά προβλήματα. Έτσι τοποθετείται στο φυσιολογικό φάσμα. Η έφηβος όμως ισχυρίζεται ότι επιπλέον ότι έχει πονοκεφάλους, ζαλάδες και διάφορους πόνους. Ακόμα, λέει ότι βλέπει πολύ συχνά εφιάλτες και κάποιες φορές νιώθει υπερβολικά κουρασμένη χωρίς λόγο και η βαθμολογία της είναι στο φυσιολογικό φάσμα. Κοιτάζοντας το ερωτηματολόγιο της καθηγήτριας διαπιστώνουμε ότι η βαθμολογία της είναι μέσα στο οριακό φάσμα. Αναλυτικά, αναφέρει ότι είναι υπερβολικά κουρασμένη χωρίς λόγο και ότι παρουσιάζει πονοκεφάλους και ναυτίες.

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Προβλήματα*, και οι τρεις βαθμολογίες ανάγονται στο φυσιολογικό φάσμα και δε σημειώνονται σημαντικές αποκλίσεις. Αξίζει, όμως, να κρατήσουμε τη σύμφωνη γνώμη της εφήβου και της καθηγήτριας ότι, δηλαδή, μερικές φορές παραπονιέται ότι νιώθει μοναξιά.

Μελετώντας την κλίμακα *Προβλήματα Σκέψης*, διαπιστώνουμε ότι τόσο οι βαθμολογίες της εφήβου όσο και της καθηγήτριας βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα. Η καθηγήτρια θεωρεί ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα αφού η βαθμολογία ήταν μηδενική. Η έφηβη, όμως, υποστηρίζει ότι ακούει διάφορες φωνές μέσα στο σπίτι που δεν τις ακούει κανένας άλλος και ότι βλέπει σκιές που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν υπάρχουν. Επιπλέον, στην ερώτηση αν οι άλλοι θεωρούν ότι έχει παράξενες ιδέες απάντησε καταφατικά φέρνοντας ως παράδειγμα ότι κάνει όνειρα που δεν θα πραγματοποιηθούν. Αναφέρει, ακόμα, ότι μερικές φορές επαναλαμβάνει πράξεις. Από την άλλη μεριά, η βαθμολογία που συγκεντρώνει η μητέρα είναι στο οριακό φάσμα. Γνωρίζει ότι η κόρη της ακούει διάφορες φωνές που δεν υπάρχουν και πιστεύει ότι η συμπεριφορά της είναι παράξενη συγκεκριμενοποιώντας την ως νευρική. Τέλος, η μητέρα υποστηρίζει ότι η κόρη της μαζεύει πολλά άχρηστα ρούχα.

Διαφορές, μεταξύ των ερωτηθέντων, παρατηρούνται επίσης και στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*. Αυτές οι διαφορές οφείλονται στο ότι το προφίλ της εκπαιδευτικού εξετάζει περισσότερες ερωτήσεις από τα προφίλ των γονέων. Συγκεκριμένα, υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την Υπερκινητικότητα-

Παρορμητικότητα και την Απροσεξία. Παρατηρώντας γενικά, βλέπουμε ότι η βαθμολογία της εφήβου και της καθηγήτριας βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα, ενώ της μητέρας στο οριακό. Η μητέρα χαρακτηρίζει την έφηβη παρορμητική, απρόσεκτη και κακή μαθήτρια. Ακόμα, υποστηρίζει ότι δεν ολοκληρώνει πάντα ό, τι αρχίζει κι ότι δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και να μείνει ακίνητη. Η έφηβη ασπάζεται την άποψη αυτή προσθέτοντας ότι ονειροπολεί σε μεγάλο βαθμό και κάποιες φορές νιώθει σύγχυση. Αναλύοντας τις απαντήσεις της καθηγήτριας παρατηρούμε ότι πιστεύει ότι τα περισσότερα προβλήματα παρουσιάζονται στην απροσεξία παρά στην υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα, και αυτό γιατί το μόνο χαρακτηριστικό στην τελευταία κατηγορία είναι ότι η έφηβη σιγοτραγουδά μέσα στην τάξη. Στον τομέα της απροσεξίας η καθηγήτρια αναφέρει ότι η μαθήτρια δεν τελειώνει ό, τι αρχίζει, δεν συγκεντρώνεται, ότι ονειροπολεί, έχει δυσκολίες στη μάθηση, είναι απαθής, χωρίς κίνητρο, ότι είναι κακή μαθήτρια, κοιτάζει με κενό βλέμμα και δεν τελειώνει τις εργασίες της.

Περνώντας στην κλίμακα *Παραβίαση Κανόνων*, οι βαθμολογίες της εφήβου και της καθηγήτριας εντοπίζονται στο οριακό φάσμα σε αντίθεση με της μητέρας που είναι στο φυσιολογικό φάσμα. Η μητέρα αναφέρει ότι τις περισσότερες φορές η έφηβος προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά, ότι καπνίζει και ότι κάνει αδικαιολόγητες απουσίες στο σχολείο. εκτός από το σκασιαρχείο και το κάπνισμα, η καθηγήτρια τονίζει ότι καθυστερεί να μπει στο μάθημα την πρώτη ώρα και ότι κάποιες φορές λέει ψέματα. Η έφηβος δείχνει να είναι πιο αυστηρή με τον εαυτό της αφού επιπλέον αναφέρει ότι κάποιες φορές παραβαίνει κανόνες αλλά δεν έχει τύψεις, βάζει φωτιές και σκέφτεται το σεξ αρκετά συχνά.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, οι διαφορές είναι αρκετά αισθητές. Η καθηγήτρια με τη βαθμολογία της τοποθετεί την έφηβο στο φυσιολογικό φάσμα αφού οι μόνες παρατηρήσεις που κάνει είναι ότι η μαθήτρια ματαιώνεται σχετικά εύκολα και ότι παρουσιάζει αλλαγές στην διάθεσή της. Η βαθμολογία που συγκέντρωσε η μητέρα κυμαίνεται στο οριακό φάσμα. Εκείνη υποστηρίζει ότι η κόρη της αντιμιλά, είναι ανυπάκουη στο σπίτι, φωνάζει πολύ και ουρλιάζει, είναι πεισματάρα και δύσθυμη και ότι εκνευρίζεται πολύ εύκολα. Ακόμα, τη θεωρεί πειραχτήρι και κάποιες φορές μπλέκεται σε καυγάδες. Τέλος, η βαθμολογία της εφήβου εντοπίζεται στο κλινικό φάσμα. Συμφωνεί με την μητέρα της και προσθέτει, ακόμα, ότι κάποιες φορές είναι σκληρή με τους άλλους, απαιτεί προσοχή, καταστρέφει πράγματα, είναι ανυπάκουη στο σπίτι αλλά και στο σχολείο, είναι καχύποπτη και έχει έντονες εναλλαγές στη διάθεσή της.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.3, στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων, η έφηβος βαθμολογήθηκε μόνο για τις δυο κατηγορίες Δραστηριότητες και Κοινωνική. Στο διάγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις βαθμολογίες, φαίνεται ότι, η έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 6.6 στην κλίμακα Δραστηριότητες και τη βαθμολογία 7.5 στην Κοινωνική κλίμακα. Ενόνοντας τις δύο τιμές, που βρίσκονται στο διάγραμμα, με μια γραμμή βλέπουμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων της εφήβου. Στο παρόν διάγραμμα, η βαθμολογία του εφήβου κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος μπορούμε να δούμε τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T, για κάθε κλίμακα ξεχωριστά.

Για να πάρουμε τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, θα προσθέσουμε τις δύο βαθμολογίες, αλλά και τη βαθμολογία που συγκέντρωσε στην Ακαδημαϊκή κλίμακα. Στη συνέχεια, μπορούμε να δούμε την αντίστοιχη τιμή T στον πίνακα που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά του προφίλ. Η βαθμολογία που συγκέντρωσε η έφηβος ήταν 14.9 και κυμαίνεται στην τιμή T= 32.

Στο προφίλ κλίμακες συνδρόμων περιλαμβάνεται, επίσης, ένα διάγραμμα το οποίο περιέχει στην αριστερή του πλευρά τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Το προφίλ χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα » και ο έφηβος βαθμολογήθηκε για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Η βαθμολογία που συγκεντρώθηκε σε κάθε κλίμακα αναλύθηκε στο διάγραμμα και στη συνέχεια οι γραμμές ενώθηκαν από τον ερευνητή. Όπως φαίνεται η έφηβος στην αρχή στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη* βρίσκεται στο κλινικό φάσμα, συνεχίζει στο οριακό στην κλίμακα *Απόσυρση/ Κατάθλιψη* και μετά μπαίνει στο φυσιολογικό φάσμα στις κλίμακες *Σωματικά Ενοχλήματα*, *Κοινωνικά Προβλήματα*, *Προβλήματα Σκέψης* και *Προβλήματα Προσοχής*. Ύστερα η γραμμή ανεβαίνει πάλι στο οριακό φάσμα στην κλίμακα *Παραβίαση Κανόνων* και καταλήγει στο κλινικό στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*.

Το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε η έφηβος σε κάθε κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας. Πρώτα πραγματοποιήθηκε το άθροισμα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, το οποίο ήταν συνολικά 30, στη συνέχεια προστέθηκαν οι βαθμολογίες των εξωτερικευμένων

προβλημάτων οι οποίες συνολικά υπολογίστηκαν σε 29 και τέλος των υπόλοιπων προβλημάτων των οποίων το σύνολο ήταν 28. Το σύνολο που πήραμε προσθέτοντας τις τρεις κατηγορίες ήταν 87 και αντίστοιχη στην τιμή $T=69$.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε ότι οι αποκλίσεις των τριών ερωτηθέντων είναι σημαντικές. Αυτό ίσως φανερώνει ότι η μητέρα και η καθηγήτρια δε γνωρίζουν τα πραγματικά προβλήματα και τις ανησυχίες της εφήβου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην αδιαφορία των ενηλίκων, είτε στο γεγονός ότι η έφηβος, ορισμένες φορές, δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά και τις σκέψεις τις.

Γενικά, δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι η έφηβος παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του τεστ Achenbach αφού ελάχιστες είναι οι φορές που η βαθμολογία κυμαίνεται στο κλινικό φάσμα και λίγες εκείνες που κυμαίνεται στο οριακό φάσμα. Όμως το σίγουρο είναι ότι τα επιμέρους προβλήματα την έχουν οδηγήσει σε μια σύγχυση. Παρουσιάζει, κυρίως, έντονα συναισθηματικά προβλήματα, άγχος και έχει στοιχεία απόσυρσης και κατάθλιψης. Τέλος, μπορούμε να πούμε ότι έχει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς και είναι πολύ νευρική. Με βάση το ICD-10, τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει συναντώνται στις Διαταραχές Διάθεσης, Συναισθηματικές Διαταραχές και Νευρωσικές Διαταραχές, συνδεδεμένες με το Stress.

5.3.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Στον πίνακα 4.4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ της εφήβου (YSR), της μητέρας (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού
1. Συναισθηματικά	13	5	7

προβλήματα			
Τιμή T	69	63	69
2. Προβλήματα Άγχους	6	4	3
Τιμή T	63	64	66
3. Σωματικά προβλήματα	3	2	2
Τιμή T	57	59	64
4.Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ Υπερκινητικότητας	7	11	3+0 3
Τιμή T	61	74	56
5.Εναντιωματικά/ Προκλητικά προβλήματα	6	8	0
Τιμή T	65	71	50
6.Προβλήματα Διαγωγής	8	3	3
Τιμή T	66	64	62

Πίνακας 4.4

Στην κλίμακα *Συναισθηματικά Προβλήματα*, η βαθμολογία που συγκέντρωσε η μητέρα βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Οι βαθμολογίες, όμως, της εφήβου και της καθηγήτριας συναντώνται μέσα στο οριακό φάσμα. Πιο αναλυτικά, η μητέρα τονίζει ότι η κόρη της δεν τρώει καλά και κοιμάται περισσότερο από όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά. Συνεχίζοντας η καθηγήτρια τονίζει ότι η έφηβος είναι συνεχώς κουρασμένη και χωρίς ενέργεια χωρίς κάποιον ιδιαίτερο λόγο. Επιπλέον, λέει ότι δεν την χαροποιούν πολλά πράγματα, νιώθει ανάξια και είναι απαθής. Η γνώμη της εφήβου είναι διαφορετική αφού απαρτίζεται από τα χαρακτηριστικά και των δύο ανωτέρω. Τρία επιπλέον χαρακτηριστικά που προσθέτει είναι ότι κάποιες φορές αισθάνεται ένοχη, μιλά για αυτοκτονία και είναι δυστυχημένη.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Άγχους* η βαθμολογία της μητέρας και της εφήβου είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια ενώ της καθηγήτριας αγγίζει το οριακό φάσμα. Γενικά, και οι τρεις συμφωνούν ότι πρόκειται για ένα παιδί με φοβίες, ανησυχίες και νευρικότητα.

Απόκλιση υπάρχει και στην κλίμακα *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας*. Σύμφωνα με την καθηγήτρια δεν τίθεται υποψία για κάτι τέτοιο αφού η βαθμολογία που συγκεντρώνει είναι στο φυσιολογικό φάσμα. Αναφέρει, όμως, ότι έχει προβλήματα συγκέντρωσης σε μέτριο βαθμό. Όπως και η βαθμολογία της καθηγήτριας, έτσι και η βαθμολογία της μαθήτριας βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Όμως η έφηβος χαρακτηρίζει τον εαυτό της ως παρορμητικό και απρόσεχτο σε κάποιο βαθμό. Προσθέτει, ακόμα, ότι δεν μπορεί να σταθεί ακίνητη, ότι μιλάει πάρα πολύ και ότι κάποιες φορές κάνει πολλή φασαρία. Σε αντίθεση με τις δύο παραπάνω βαθμολογίες, η βαθμολογία της μητέρας εντοπίζεται μέσα στο κλινικό φάσμα. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι δεν τελειώνει ποτέ αυτό που αρχίζει και ότι δεν συγκεντρώνεται, δεν μπορεί να σταθεί ακίνητη, είναι παρορμητική, απρόσεχτη και μιλάει συνεχώς.

Συνεχίζοντας στην κλίμακα *Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα* παρατηρείται ότι η βαθμολογία της καθηγήτριας είναι μηδενική, άρα βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στο κλινικό φάσμα, όμως, βρίσκεται η βαθμολογία που προκύπτει από το προφίλ της μητέρας αφού η ίδια παρουσιάζει την κόρη της ως ανυπάκουη στο σπίτι, πεισματάρα, παιδί που εκνευρίζεται πολύ εύκολα και αντιμιλά. Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και η έφηβος αφού οι απόψεις της συμπίπτουν με αυτές της μητέρας της όμως όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο θεωρεί η μητέρα. Για αυτό η βαθμολογία της εφήβου κυμαίνεται στο οριακό φάσμα.

Καμία απόκλιση μεταξύ της μητέρας και της καθηγήτριας δεν παρατηρείται στην κλίμακα *Προβλήματα Διαγωγής*. Και οι δύο βαθμολογίες είναι χαμηλές και εντοπίζονται στο φυσιολογικό φάσμα. Όμως, δεν συμβαίνει το ίδιο και με την έφηβο αφού η βαθμολογία της βρίσκεται στο οριακό φάσμα. Η ίδια παραδέχεται ότι λείπει αδικαιολόγητα από τα μαθήματα πολλές φορές, ότι κάποιες φορές είναι σκληρή με τους άλλους, δεν αισθάνεται τύψεις, παραβιάζει κανόνες, λέει ψέματα και βάζει φωτιές.

Συμπέρασμα

Με την ανάλυση των τριών αυτών προφίλ δεν μπορούμε να πούμε ότι η έφηβος παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, καλό θα ήταν να εξεταστεί ψυχολογικά περεταίρω καθώς κάποια χαρακτηριστικά θα πρέπει να ανησυχούν την μητέρα της έφηβης για την ισορροπημένη ψυχικής της υγείας. Χαρακτηριστικά τα οποία, σύμφωνα με το διαγνωστικό κριτήριο DSM-IV, εμφανίζονται στις Διαταραχές

5.4 Μελέτη Περίπτωσης 3

Η μελέτη περίπτωσης 3 αναφέρεται σε έναν μαθητή της Α τάξης του Λυκείου, 15 χρονών και 6 μηνών. Ο μαθητής συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11- 18 χρονών (YSR). Στην έρευνα πήρε μέρος η μητέρα του εφήβου, η οποία συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Γονείς- CBCL (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών). Η μητέρα της ήταν συνεργάσιμη και πρόθυμη να απαντήσει με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που της δόθηκε. Οι γονείς του εν λόγω εφήβου, είναι διαζευγμένοι, ο πατέρας κατοικεί σε διαφορετική πόλη και έτσι δεν ήταν δυνατόν να συμπληρώσει το ανάλογο ερωτηματολόγιο. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών) συμπληρώθηκε από μια φιλόλογο του εφήβου, η οποία του δίδασκε για ένα ολόκληρο έτος περίπου, πέντε ώρες εβδομαδιαίως. Επομένως, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα του μαθητή.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν περίπου στο τέλος της σχολικής χρονιάς. Τα ερωτηματολόγια του εφήβου και της μητέρας συμπληρώθηκαν μετά το πέρας των σχολικών εξετάσεων, με απόκλιση μιας μέρας. Η καθηγήτρια συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο που της αντιστοιχούσε λίγο πριν την έναρξη των σχολικών εξετάσεων. Η μητέρα δεν ήθελε ούτε η ίδια, ούτε το παιδί να ασχοληθούν με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πριν τις σχολικές εξετάσεις, αν και ήταν αρκετά ειλικρινής στις απαντήσεις της. Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων απαιτήθηκαν περίπου 40 λεπτά για τη μητέρα και την καθηγήτρια ενώ, το παιδί κατανάλωσε μία ώρα για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και απάντησε κάθε ερώτηση υποχρεωτικά. Πριν την έναρξη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η εξετάστρια έδωσε σαφείς οδηγίες. Ωστόσο, η μητέρα και η καθηγήτρια χρειάστηκαν ελάχιστες διευκρινήσεις ενώ στον έφηβο χρειάστηκε να δοθούν δύο φορές εξηγήσεις για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Ακολουθούν οι πίνακες 4.5 και 4.6, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ του εφήβου, της μητέρας και του εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.4.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ			
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	9	3	3
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	6	4	3
3. Σωματικά Ενοχλήματα	1	2	0
4. Κοινωνικά Προβλήματα	12	4	7
5. Προβλήματα Σκέψης	0	2	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	13	8	17+20 37
7. Παράβαση Κανόνων	13	14	15
8. Επιθετική Συμπεριφορά	29	28	30
Άλλα προβλήματα	7	9	3
Σύνολο	88	74	98
Τιμή T	72	70	76

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	7	8	
2. Κοινωνική	8,5	8	
3. Σχολική	1	4,5	
Σύνολο	16,5	20,5	
Τιμή T	35	39	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση			1
2. Εργάζεται Σκληρά			2
3. Συμπεριφέρεται Σωστά			1
4. Μαθαίνει			2
5. Χαρούμενος			6
Σύνολο			10
Τιμή T			38

Πίνακας 4.5

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο του εφήβου, της μητέρας και της εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια πολύ εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται ο συγκεκριμένη έφηβος, ποια δηλαδή, είναι η δική του άποψη για τη συνολική συμπεριφορά του και επίδοση, ποια της μητέρας του και ποια της καθηγήτριάς του.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν ο έφηβος (YSR) και η μητέρα (CBCL).

Στην κλίμακα *Δραστηριότητες*, παρατηρούμε ότι, οι βαθμολογίες της μητέρας και του εφήβου δεν έχουν μεγάλες διαφορές (7 για τον έφηβο και 8 για τη μητέρα).

Ωστόσο, αυτή η μικρή διαφοροποίηση κατατάσσει το παιδί στο οριακό φάσμα στο προφίλ του εφήβου, και στο φυσιολογικό φάσμα στο προφίλ της μητέρας. Αυτό συμβαίνει γιατί η βαθμολογία που δίνει ο έφηβος, στην ανάλυση του ερωτηματολογίου, στην ερώτηση που αφορά τη μέση συμμετοχή και επίδοση στα σπορ είναι 1,5 ενώ της μητέρας 2. Το παιδί δίνει επίσης 1,5 βαθμούς στην ερώτηση που αφορά τη μέση συμμετοχή και επίδοση στις δραστηριότητες ενώ η μητέρα δίνει την τιμή 1. η επόμενη διαφοροποίηση προέρχεται από τις τιμές στη μέση ποιότητα εργασίας όπου είναι 1 για τον έφηβο και 2 για τη μητέρα. Αυτές οι μικρές διαφοροποιήσεις λοιπόν, κατατάσσουν το παιδί σε δύο διαφορετικά φάσματα στα δύο διαφορετικά προφίλ.

Ο έφηβος, σύμφωνα με το προφίλ της μητέρας, στην *Σχολική Κλίμακα*, κατατάσσεται στο φυσιολογικό φάσμα, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με ό, τι πιστεύει η καθηγήτρια για τη μαθησιακή επίδοση του εφήβου στο προφίλ της για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα, η οποία τον κατατάσσει στο κλινικό φάσμα. Δηλαδή, η μητέρα θεωρεί ότι ο γιος της ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στο σχολικά του καθήκοντα.

Με το άθροισμα των τιμών αυτών, της Κλίμακας των Δραστηριοτήτων και της Κοινωνικής Κλίμακας για το παιδί, και της Κλίμακας των Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής Κλίμακας και τη Σχολική Κλίμακα για τη μητέρα, προκύπτουν οι συνολικές βαθμολογίες που συγκεντρώνουν το παιδί και η μητέρα στο προφίλ τους. Αυτές είναι 15,5 με τιμή T= 33 και 20,5 με τιμή T= 39, για τον έφηβο και τη μητέρα, αντίστοιχα.

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF).

Σύμφωνα με την ανάλυση του ερωτηματολογίου της εκπαιδευτικού προκύπτει ότι η *Μαθησιακή Επίδοση* του μαθητή βρίσκεται στο κλινικό φάσμα. Η επίδοση του εφήβου βρίσκεται πολύ πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης στα τρία από τα τέσσερα μαθήματα που διδάσκει η καθηγήτρια ενώ στην ιστορία η επίδοσή του βρίσκεται λίγο πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης. Ο μαθητής φαίνεται να τα πηγαίνει καλύτερα στα μαθηματικά και τη φυσική στα οποία βρίσκεται λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης και στο επίπεδο της τάξης αντίστοιχα.

Στα Προσαρμοστικά Χαρακτηριστικά, παρατηρούμε πως στην υποκατηγορία *Συμπεριφέρεται Σωστά*, ο μαθητής βρίσκεται στο κλινικό φάσμα έχοντας την τιμή 1.

προκύπτει λοιπόν ότι ο έφηβος δεν παρουσιάζει την κατάλληλη συμπεριφορά που αρμόζει σε μία τάξη. Στην υποκατηγορία *Μαθαίνει*, ο μαθητής βρίσκεται στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 2, που σημαίνει ότι ο μαθητής δεν μαθαίνει όσο οι συνομήλικοί του μέσα στην τάξη. Στην υποκατηγορία *Χαρούμενος*, βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα με βαθμολογία 6.

Προσθέτοντας τις βαθμολογίες της Μαθησιακής επίδοσης και των υποκατηγοριών των Προσαρμοστικών χαρακτηριστικών θα προκύψει η συνολική βαθμολογία, η οποία κατατάσσει το μαθητή στο οριακό φάσμα με βαθμολογία 10 και τιμή T= 38.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του εφήβου (YSR), της μητέρας (CBCL), και της εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Στην Κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη*, παρατηρήθηκε αρκετή απόκλιση ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και της μητέρας και ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας. Ο έφηβος, μαρτυρά ότι κλαίει και αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται ενώ η μητέρα και η καθηγήτρια δεν γνωρίζουν κάτι τέτοιο. Στην ερώτηση αν το παιδί ανησυχεί, ο ίδιος ο έφηβος λέει ότι ανησυχεί πολύ, η μητέρα ότι ανησυχεί λίγο ενώ η καθηγήτρια πιστεύει πως δεν ανησυχεί καθόλου. Έτσι, με το άθροισμα των τιμών στις απαντήσεις της συγκεκριμένης κατηγορίας η καθηγήτρια και η μητέρα συγκεντρώνουν τη βαθμολογία 3, κατατάσσοντας τον έφηβο στο φυσιολογικό φάσμα ενώ το παιδί συγκεντρώνει τη βαθμολογία 9 κατατάσσοντας τον εαυτό του στο οριακό φάσμα.

Στην κλίμακα *Απόσυρση/ Κατάθλιψη*, υπάρχει μια σχετικά αξιοπρόσεκτη διαφορά της βαθμολογίας, στους 3 βαθμούς, ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας αν και στις δύο περιπτώσεις το παιδί βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στο φυσιολογικό φάσμα βρίσκεται και στο προφίλ της μητέρας.

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Παραβλήματα*, παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και το προφίλ της μητέρας και ακόμη μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στο προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας. Ο έφηβος λέει ότι αισθάνεται μόνος (τιμή 1) ενώ, η μητέρα και η καθηγήτρια δεν αναφέρουν κάποια σχετική πληροφορία. Η καθηγήτρια και ο έφηβος πιστεύουν ότι δεν πάει καλά με

τους άλλους δίνοντας την τιμή 2 και η μητέρα συμφωνεί, δίνοντας όμως την τιμή 1. Ο έφηβος αναφέρει ότι ζηλεύει λίγο, ενώ η μητέρα και η καθηγήτρια διαφωνούν με αυτό. Επίσης. Ο ίδιος ο έφηβος πιστεύει ότι οι άλλοι είναι εναντίον του και ότι δεν είναι αγαπητός. Η καθηγήτρια, τέλος, θεωρεί ότι ο μαθητής της είναι λίγο αδέξιος. Με το άθροισμα των τιμών στην κλίμακα αυτή, για κάθε προφίλ ξεχωριστά, το παιδί συγκεντρώνει βαθμολογία που αντιστοιχεί στο κλινικό φάσμα, ενώ η μητέρα συγκεντρώνει βαθμολογία που αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα, πιστεύει δηλαδή, ότι ο γιος της δεν έχει κοινωνικά προβλήματα, και η καθηγήτρια κατατάσσει τον μαθητή της στο οριακό φάσμα.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Σκέψης*, παρατηρείται μία μικρή διαφορά ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και της μητέρας και στα προφίλ της μητέρας και της καθηγήτριας που είναι όμως αξιοσημείωτη γιατί η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνουν ο έφηβος και η καθηγήτρια είναι 0, δηλαδή δεν πιστεύουν ότι έχει προβλήματα σκέψης, ενώ η μητέρα εξομολογεί ότι ο γιος της παραμιλά κατά τη διάρκεια του ύπνου του (τιμή 2). Ωστόσο σε αυτή την κλίμακα, παρά τη μικρή διαφορά, ο έφηβος βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα και στα τρία προφίλ.

Επίσης μεγάλη διαφορά παρατηρήθηκε στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*, ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας και ανάμεσα στα προφίλ της μητέρας και της καθηγήτριας αλλά και ανάμεσα στο προφίλ της μητέρας και του εφήβου. Η καθηγήτρια θεωρεί ότι ο έφηβος φέρεται πολύ ανώριμα, η μητέρα και το παιδί θεωρούν ότι φέρεται λίγο ανώριμα. Και οι τρεις συμφωνούν ότι ο έφηβος δεν τελειώνει ό, τι αρχίζει και δεν συγκεντρώνεται. Για το αν ο έφηβος βρίσκεται σε σύγχυση και νιώθει χαμένος ο ίδιος ο έφηβος και η μητέρα πιστεύουν ότι συμβαίνει σε πιο ήπιο βαθμό. Το παιδί πιστεύει ότι είναι πολύ παρορμητικό ενώ η μητέρα του και η καθηγήτριά του θεωρούν ότι είναι λιγότερο παρορμητικός. Η καθηγήτρια υποστηρίζει ότι ο έφηβος είναι πού κακός μαθητής κάτι που αναγνωρίζει και ο ίδιος αλλά η μητέρα διαφωνεί με αυτό. Πιστεύει δηλαδή, πως ο γιος της είναι καλός μαθητής που απλά συναντά κάποιες δυσκολίες όπως εξομολογείται η ίδια στη θεραπεύτρια. Από αυτές τις διαφορές δικαιολογείται ένα μικρό μέρος της μεγάλης απόκλισης που παρουσιάζονται στα προφίλ του εφήβου, της μητέρας και της καθηγήτριας με τη συγκέντρωση της βαθμολογίας να κυμαίνεται στους 13,8 και 37 βαθμούς αντίστοιχα. Έτσι, ο έφηβος και η καθηγήτρια συγκεντρώνουν βαθμολογία που αντιστοιχεί στο κλινικό φάσμα. Με αυτό δε συμφωνεί η μητέρα, η οποία στο δικό της προφίλ, συγκεντρώνει βαθμολογία που αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα. Η μητέρα πιστεύει δηλαδή, ότι τα προβλήματα προσοχής που έχει ο γιος της, είναι σε φυσιολογικά πλαίσια και δικαιολογούνται από όλα τα παιδιά της ηλικίας του

σύμφωνα, με τα λεγόμενά της κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η απόκλιση όμως στη συνολική βαθμολογία του εφήβου και της μητέρας σε σύγκριση με αυτή της καθηγήτριας βασίζεται στο γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο της καθηγήτριας περιείχε περισσότερες ερωτήσεις από εκείνες στα ερωτηματολόγια της μητέρας και του εφήβου. Η βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα ακριβέστερων και πιο συγκεκριμένων ερωτήσεων σε σχέση με το ερωτηματολόγιο των γονέων και του εφήβου που αφορούν ξεχωριστά την Απροσεξία, στην οποία ο έφηβος συγκεντρώνει τη βαθμολογία 17 και την Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα με τη βαθμολογία 20. το άθροισμα των δύο αυτών υποκατηγοριών σε αυτή την κλίμακα είναι 37.

Στην κατηγορία Παράβαση Κανόνων, και τα τρία προφίλ συγκεντρώνουν βαθμολογία που αντιστοιχεί στο κλινικό φάσμα. Η μητέρα πιστεύει ότι το παιδί δεν πίνει αλκοόλ αλλά το παιδί παραδέχεται ότι πίνει αλκοόλ στα πάρτυ του σχολείου του και όταν πηγαίνει σε club. Η μητέρα και η καθηγήτρια πιστεύουν ότι ο έφηβος δεν αισθάνεται πολλές τύψεις όταν κάνει κάτι ανάρμοστο αλλά, ο ίδιος ο έφηβος λέει ότι αισθάνεται τύψεις. Και οι τρεις συμφωνούν ότι παραβαίνει κανόνες. Και η μητέρα και η καθηγήτρια θεωρούν ότι έχει κακούς φίλους που προκαλούν φασαρίες ενώ το παιδί αρνείται κάτι τέτοιο. Η μητέρα και η καθηγήτρια θεωρούν ότι ο έφηβος λέει πολλά ψέματα κάτι που παραδέχεται και το ίδιο το παιδί αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η μητέρα και ο έφηβος αναφέρουν ότι κάνει πολύ παρέα με μεγαλύτερα παιδιά. Παραδέχονται ότι φεύγει κρυφά από το σπίτι πηγαίνοντας στον πατέρα του που μένει στην Πάτρα χωρίς να ειδοποιήσει τη μητέρα ή στο σπίτι κάποιου φίλου του που σπουδάζει και μένει μόνος του. Το παιδί και η μητέρα συμφωνούν ότι κλέβει από το σπίτι διάφορα μικροαντικείμενα και χρήματα αλλά όχι πολύ συχνά και όχι σε μεγάλες ποσότητες και αυτό συμβαίνει κυρίως όταν η μητέρα του δεν του δίνει χρήματα για να πάει βόλτα. Η καθηγήτρια λέει ότι έχει κλέψει κατά καιρούς αντικείμενα που ανήκουν στους συμμαθητές του όπως ένα ρολόι χειρός και ένα τετράδιο με σημειώσεις σύμφωνα με τα παράπονα των άλλων μαθητών της. Η μητέρα και το παιδί παραδέχονται ότι έχει κλέψει μπλούζες από κατάστημα. Και οι τρεις αναφέρουν ότι μερικές φορές βρίζει. Ο έφηβος παραδέχεται ότι σκέφτεται το σεξ, κάτι που γνωρίζουν η μητέρα και η καθηγήτρια. Η μητέρα αρνείται ότι το παιδί της καπνίζει ενώ, η καθηγήτρια και ο έφηβος, αναφέρουν ότι μερικές φορές καπνίζει. Η καθηγήτρια αναφέρει επίσης ότι ο μαθητής της αργεί πολύ να προσέλθει στην αίθουσα, καθυστερεί να ξεκινήσει μία άσκηση μέσα στην αίθουσα και λείπει αρκετές φορές από τα μαθήματα κάνοντας αδικαιολόγητες απουσίες.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, η βαθμολογία που συγκεντρώνουν όλα τα προφίλ κυμαίνεται επίσης, στο κλινικό φάσμα. Η καθηγήτρια και ο έφηβος αναφέρουν ότι αντιμιλά πολύ ενώ, η μητέρα παραδέχεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η καθηγήτρια αναφέρει ότι ο μαθητής της είναι σχετικά προκλητικός στη συμπεριφορά του. Και οι τρεις πιστεύουν ότι είναι αρκετά σκληρός και μοχθηρός με τους γύρω του και ότι απαιτεί πολλή προσοχή. Στις ερωτήσεις για το αν καταστρέφει τα δικά του πράγματα και των άλλων, υπάρχει ομοφωνία απόψεων παραδεχόμενοι ότι συμβαίνει μερικές φορές. Όλοι συμφωνούν με την άποψη ότι ο έφηβος μπλέκει συχνά σε καβγάδες, και ότι πειράζει και ενοχλεί πολύ τους γύρω του. Αναφέρουν ότι ουρλιάζει και φωνάζει αλλά όχι πολύ συχνά και κάνει πολλή φασαρία, και στην αίθουσα αλλά και στο σπίτι. Ο έφηβος, η μητέρα και η καθηγήτρια συμφωνούν επίσης στο γεγονός ότι είναι πεισματάρης και δύσθυμος και ότι εκνευρίζεται πολύ εύκολα και έχει μερικές απότομες αλλαγές στη συμπεριφορά του, κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι βαθμολογίες της μητέρας και του εφήβου συμφωνούν απόλυτα για το αν ο έφηβος επιτίθεται σε άλλους, πιστεύοντας ότι, συμβαίνει σε μεγάλο βαθμό ενώ, η καθηγήτρια πιστεύει ότι δεν συμβαίνει τόσο συχνά, αιτιολογώντας το με τις μεγάλες ποινές που δίνει ο νέος διευθυντής του σχολείου σε τέτοιες περιπτώσεις. Η καθηγήτρια αναφέρει ότι το παιδί είναι λίγο εκρηκτικό και έχει απρόβλεπτη συμπεριφορά, ότι ματαιώνεται και απογοητεύεται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλει και τη στιγμή που το θέλει. Η μητέρα συμφωνεί με την καθηγήτρια ότι ο γιος της είναι σχετικά συχνά μουτρωμένος. Επίσης, συμφωνούν στο ότι το παιδί δεν απειλεί πολύ τους άλλους, αν και το ίδιο υποστηρίζει ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Το άθροισμα των τιμών των επιμέρους ερωτήσεων για κάθε προφίλ ξεχωριστά μας δίνει τη συνολική βαθμολογία που έχει συγκεντρώσει ο έφηβος, η μητέρα και η καθηγήτρια για τις κλίμακες αυτές, οι οποίες κυμαίνονται στους 29, 28, και 30 βαθμούς αντίστοιχα.

Στην κατηγορία *Άλλα Προβλήματα*, παρουσιάζεται μεγάλη απόκλιση μεταξύ των προφίλ του εφήβου και της καθηγήτριας και μεταξύ των προφίλ της μητέρας και της καθηγήτριας. Ενώ παρατηρείται μικρή διαφορά μεταξύ των προφίλ του εφήβου καθ της μητέρας. Η μητέρα και ο έφηβος αναφέρουν ότι καυχιέται αρκετά στους γύρω τους και ειδικά σε εκείνους που είναι μικρότερης ηλικίας από αυτόν. Επίσης, παραδέχεται ότι δεν τρώει καλά επισημαίνοντας η μητέρα τις ποσότητες φαγητού που θα έπρεπε να καταναλώνει κανονικά και το παιδί ότι τρώει πιο συχνά σε ταχυφαγεία και όχι στο σπίτι. Η μητέρα και το παιδί παραδέχονται ότι μιλάει αρκετά και κάνει αρκετή επίδειξη στους γύρω του, κάτι που συμφωνεί και με το γεγονός ότι το παιδί καυχιέται αρκετά. Η μητέρα αναφέρει ότι ο γιος της γκρινιάζει αρκετά. Η καθηγήτρια

πιστεύει ότι ο έφηβος αντιπαθεί πολύ το σχολείο και ότι είναι αρκετά βρώμικος, λόγω των καβγάδων του, της έντασης στην οποία βρίσκεται συνέχεια και έτσι ιδρώνει πάρα πολύ. Παρατηρούμε λοιπόν ότι στις κοινές ερωτήσεις οι αναλύσεις των προφίλ συμφωνούν μεταξύ τους. Οι μεγάλες διαφορές στη συγκεντρωτική βαθμολογία οφείλονται στη διαφορετικότητα και το πλήθος των ερωτήσεων στα αντίστοιχα ερωτηματολόγια.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων του εφήβου, έγινε ανάλυση μόνο δύο κλιμάκων, αυτή των Δραστηριοτήτων και αυτή της Κοινωνικής κλίμακας. Παρατηρούμε στο διάγραμμα ότι ο έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 2,5 στην κλίμακα των Δραστηριοτήτων και τη βαθμολογία 3 στην Κοινωνική κλίμακα. Το διάγραμμα προκύπτει από την ένωση των δύο αυτών τιμών, με μία ευθεία γραμμή. Μπορούμε να δούμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων του εφήβου που βρίσκονται στο κλινικό φάσμα. Τραβώντας μια νοητή γραμμή παράλληλη στις διακεκομμένες γραμμές του διαγράμματος, με σημείο αναφοράς την κάθε τιμή ξεχωριστά, βλέπουμε αριστερά τις εκατοστιαίες θέσεις και δεξιά την τιμή T που αντιστοιχούν σε κάθε βαθμολογία.

Η βαθμολογία της συνολικής ικανότητας του εφήβου προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών που συγκέντρωσε ο έφηβος στην κλίμακα των Δραστηριοτήτων, στην Κοινωνική κλίμακα αλλά και στη Ακαδημαϊκή του επίδοση που προέρχεται από τις απαντήσεις στο προφίλ της μητέρας για την ερώτηση VII-1. Η συνολική βαθμολογία είναι 7,5 και η τιμή T που της αντιστοιχεί είναι 21.

Στο προφίλ Κλίμακες Συνδρόμων εμπεριέχει ένα διάγραμμα που προκύπτει από τις βαθμολογίες των οκτώ συνδρόμων. Αν τραβήξουμε επίσης μία νοητή παράλληλη γραμμή στις διακεκομμένες του διαγράμματος με σημείο αναφοράς την κάθε τιμή ξεχωριστά, θα δούμε σε ποια εκατοστιαία θέση ανήκει η βαθμολογία (αριστερά) και σε ποια τιμή T (δεξιά). Τα σύνδρομα διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα ». η βαθμολογία προκύπτει από κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Τα διάγραμμα προκύπτει από την ένωση των τιμών που αντιστοιχεί σε κάθε κλίμακα. Οι τιμές κυμαίνονται και στα τρία φάσματα του διαγράμματος φυσιολογικό, οριακό και κλινικό. Στις κλίμακες Άγχος/ Κατάθλιψη και Απόσυρση/ Κατάθλιψη ο έφηβος ανήκει στο οριακό φάσμα. Στις κλίμακες Σωματικά Ενοχλήματα και Προβλήματα Σκέψης βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα ενώ στις κλίμακες Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα

Προσοχής, Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά ο έφηβος βρίσκεται στο κλινικό φάσμα.

Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε ο έφηβος για κάθε κλίμακα. Η τιμή είναι 18 για τα Εσωτερικευμένα (Άγχος/ Κατάθλιψη και Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα), 43 για τα Εξωτερικευμένα (Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά) και 38 για τις λοιπές κλίμακες (Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής, Προβλήματα Σκέψης, Άλλα Προβλήματα). Το άθροισμα των τιμών των κατηγοριών αυτών δίνει αποτελέσματα 99 η οποία είναι και η συνολική βαθμολογία με αντίστοιχη την τιμή T να κυμαίνεται στο 74.

Συμπέρασμα

Από τις αναλύσεις των ερωτηματολογίων που πραγματοποιήθηκαν προκύπτει ότι, ο μαθητής έχει πολλά και σημαντικά προβλήματα όσον αφορά τη συμπεριφορά του στο σχολείο, στο σπίτι αλλά και σε άλλες κοινωνικές περιστάσεις. Έχει αρκετά εκρηκτική συμπεριφορά. Προβλήματα όμως παρουσιάζει και στη σχολική επίδοση. Κάποια συναισθηματικά προβλήματα φαίνεται να παρουσιάζονται, τα οποία όμως δεν είναι έντονα. Ωστόσο, καλό θα ήταν, αν ο έφηβος λάβαινε ψυχολογική αξιολόγηση ώστε να αποκλειστούν οι Διαταραχές Διάθεσης/ Ψυχολογικές Διαταραχές. Ένας ακόμη λόγος που ο έφηβος χρήζει ψυχολογικής αξιολόγησης είναι η διαπίστωση των Διαταραχών της Συμπεριφοράς και του Συναισθήματος, με έναρξη κυρίως στην Παιδική και Εφηβική ηλικία, όπως πρίζει το διαγνωστικό κριτήριο ICD-10.

Προκύπτει επίσης ότι η καθηγήτρια δε γνωρίζει αρκετά καλά το μαθητή της και αυτό φαίνεται από τις αποκλίσεις που υπάρχουν στην ανάλυση των ερωτηματολογίων.

Ο έφηβος φαίνεται ότι ήταν αρκετά ειλικρινής και απάντησε με μεγάλο βαθμό αυτογνωσίας, κάτι που παρατηρούμε αν συγκρίνουμε την ανάλυση των προφίλ.

5.4.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες κατασκευάστηκαν για να βοηθήσουν τους ειδικούς επιστήμονες που μελετούν τη σχολική ηλικία, και για αυτόν ακριβώς τον λόγο δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια των διαγνωστικών κατηγοριών του DSM-IV.

Οι συγκεκριμένες κλίμακες αποτελούνται από τις εξής κατηγορίες: *Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής.*

Στον πίνακα 4.6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού
1.Συναισθηματικά προβλήματα	5	1	0
Τιμή T	58	51	50
2. Προβλήματα Άγχους	4	3	2
Τιμή T	59	62	62
3. Σωματικά προβλήματα	0	0	0
Τιμή T	50	50	50
4.Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ Υπερκινητικότητας	11	9	6+11 17
Τιμή T	72	67	65
5.Εναντιωματικά/ Προκλητικά προβλήματα	10	9	9
Τιμή T	80	75	72
6.Προβλήματα Διαγωγής	17	20	20
Τιμή T	79	80	85

Πίνακας 4.6

Στις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του YSR, του CBCL και του TRF υπάρχουν βαθμολογίες στο φυσιολογικό, στο οριακό και στο κλινικό φάσμα.

Στην κλίμακα Συναισθηματικά Προβλήματα, σε όλα τα προφίλ ο έφηβος κατατάσσεται στο φυσιολογικό φάσμα. Οι διαφορές στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων για την ανάλυση της συγκεκριμένης κλίμακας είναι ελάχιστες και δεν δικαιολογούν τη μεγάλη διαφορά. Αυτή η διαφορά σε σχέση με το προφίλ της καθηγήτριας είναι εύλογη αφού η καθηγήτρια δεν γνωρίζει την καθημερινότητα του μαθητή της σε βάθος. Η διαφορά σε σχέση με το προφίλ της μητέρας δικαιολογείται από την ανησυχία που είχε εκφράσει η μητέρα ότι μερικές φορές δεν κατανοεί τη συμπεριφορά του γιου της.

Μεγάλη διαφορά παρατηρούμε επίσης στην κλίμακα *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας* ανάμεσα στο προφίλ της καθηγήτριας και του εφήβου και ανάμεσα στα προφίλ της καθηγήτριας και της μητέρας. Αυτό οφείλεται και πάλι στο πλήθος των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο της καθηγήτριας αλλά και στις πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούν ξεχωριστά την Απροσεξία και την Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα, και η βαθμολογία προέρχεται από το άθροισμα των δύο. Στο προφίλ της καθηγήτριας σε αυτή την κλίμακα ο έφηβος βρίσκεται στο οριακό φάσμα όπως και στο προφίλ της μητέρας. Ο ίδιος ο έφηβος όμως κατατάσσει τον εαυτό του στο προφίλ του σε αυτή την κλίμακα στο κλινικό φάσμα. Η βαθμολογία και των τριών προφίλ συμφωνεί ότι ο έφηβος μερικές φορές δεν τελειώνει ό, τι αρχίζει, δεν συγκεντρώνεται πάντα σε ό, τι κάνει και δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος για ένα ικανοποιητικό χρονικό πλαίσιο που εδώ όμως, διαφοροποιείται η καθηγήτρια αρνούμενη το χαρακτηριστικό αυτό και δίνοντας βαθμολογία 0. ομοφωνία υπάρχει στο γεγονός ότι, ο έφηβος μιλάει αρκετά και κάνει αρκετή φασαρία στην τάξη και στο σπίτι. Η βαθμολογία που δίνει η καθηγήτρια συμφωνεί με αυτή της μητέρας σχετικά με το αν ο έφηβος είναι παρορμητικός, εκείνες αναφέρουν ότι ο έφηβος είναι λίγο παρορμητικός και ο έφηβος συμφωνεί αλλά θεωρεί πως είναι παρορμητικός σε μεγαλύτερο βαθμό. Η καθηγήτρια συμφωνεί με το μαθητή της στο ότι είναι αρκετά απρόσεκτος ενώ, η μητέρα πιστεύει ότι είναι λιγότερο απρόσεκτος. Οι παρακάτω ερωτήσεις που συμπληρώνουν το προφίλ της καθηγήτριας σε αυτή την κλίμακα περιέχονται μόνο στο ερωτηματολόγιο της καθηγήτριας. Η καθηγήτρια αναφέρει ότι είχε δυσκολία στο να ακολουθήσει οδηγίες. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι χρειάστηκε να εξηγηθεί στον έφηβο δύο φορές ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η καθηγήτρια λέει ότι ο μαθητής της ενοχλεί αρκετά τους άλλους κατά τη διάρκεια του μαθήματος αλλά και

στο σχολικό περίγυρο και ότι μιλά χωρίς να είναι η σειρά του αρκετά συχνά κατά τη διάρκεια του μαθήματος χωρίς να αναφέρεται απαραίτητα στο μάθημα. Λογικά προκύπτει λοιπόν το γεγονός ότι η καθηγήτρια στην ερώτηση 67 του ερωτηματολογίου τη σημειώνει ότι ο μαθητής της διαταράσσει την τάξη. Επίσης, είναι λογικό να αναφέρει ότι δεν τελειώνει πάντα τις εργασίες του εφόσον ήδη είχε αναφέρει ότι δεν τελειώνει ό, τι αρχίζει.

Στην κλίμακα *Εναντιωματικά Προβλήματα*, ο έφηβος σε όλα τα προφίλ βρίσκεται στο κλινικό φάσμα. Η μητέρα, η καθηγήτρια αλλά και ο ίδιος ο έφηβος θεωρούν ότι εκνευρίζεται πολύ εύκολα και ότι είναι αρκετά πεισματάρης και δύσθυμος. Ταύτιση απόψεων συναντάμε, επίσης, στο γεγονός ότι ο έφηβος είναι ανυπάκουος και στο σπίτι. Η καθηγήτρια πιστεύει ότι ο μαθητής της αντιμιλά πολύ και σε αυτό φαίνεται να συμφωνεί και ο ίδιος ο έφηβος ενώ η μητέρα συμφωνεί εν μέρει θεωρώντας ότι ο γιος της αντιμιλά, αλλά λίγο. Η καθηγήτρια αναφέρει επίσης, στην προκλητική συμπεριφορά του μαθητή της ότι δηλαδή, είναι αντιδραστικός με την ίδια και με ορισμένους άλλους καθηγητές του σχολείου.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Διαγωγής*, τα προφίλ του εφήβου, της μητέρας και της καθηγήτριας κατατάσσουν τον έφηβο επίσης στο κλινικό φάσμα. Παρατηρούμε μία απόκλιση μεταξύ του προφίλ του εφήβου και του προφίλ της μητέρας με διαφορά 4 βαθμών. Η μητέρα, η καθηγήτρια και ο ίδιος ο έφηβος πιστεύουν ότι είναι αρκετά σκληρός απέναντι στους άλλους και μπλέκει συχνά σε καβγάδες στην αυλή του σχολείου και στον κοινωνικό περίγυρό του κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την άποψη του παιδιού ότι δεν κάνει παρέα με άτομα που μπλέκουν σε καβγάδες. Και οι τρεις αξιολογητές των ερωτηματολογίων συμφωνούν με το γεγονός ότι ο έφηβος καταστρέφει τα πράγματα των άλλων, όχι όμως συχνά. Εκτός του ότι καταστρέφει ξένα αντικείμενα, κλέβει από ξένους και είναι κάτι που συμφωνούν όλοι αλλά, όχι αντικείμενα μεγάλης αξίας. Η μητέρα προσθέτει ότι κλέβει και από το σπίτι αλλά, όχι αντικείμενα μεγάλης αξίας ή πολλά χρήματα σε κάτι με το οποίο συμφωνεί και το παιδί. Στη συγκεκριμένη κλίμακα, και οι τρεις αξιολογητές των ερωτηματολογίων θεωρούν ότι ο έφηβος παραβαίνει κανόνες σε μεγάλο βαθμό και συμφωνούν ομόφωνα στη βαθμολογία. Αυτό δικαιολογεί την αναφορά της καθηγήτριας στις πολλές αδικαιολόγητες απουσίες που κάνει ενώ η μητέρα και ο έφηβος θεωρούν ότι κάνει σπάνια σκασιαρχείο. Η μητέρα και η καθηγήτρια πιστεύουν ότι το παιδί δεν αισθάνεται πολλές τύψεις όταν κάνει κάτι ανάρμοστο ενώ ο έφηβος παραδέχεται ότι αισθάνεται αρκετές τύψεις όταν κάνει κάτι που δεν πρέπει αλλά δεν μπορεί να αποφύγει να το κάνει. Μια τέτοια πράξη είναι ότι ο έφηβος βρίζει και χρησιμοποιεί άσχημες λέξεις, όπως αναφέρουν και οι τρεις στα ερωτηματολόγια που

συμπλήρωσαν. Η μητέρα και η καθηγήτρια πιστεύουν ότι ο έφηβος έχει κακούς φίλους και κάνει παρέα με παιδιά που μπλέκουν σε καβγάδες ενώ ο ίδιος ο έφηβος αρνείται κάτι τέτοιο. Επίσης, η μητέρα και η καθηγήτρια θεωρούν ότι το παιδί λέει πολλά ψέματα και εξαπατά τους άλλους αρκετά συχνά ενώ, το παιδί ομολογεί ότι το κάνει αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό. Ο έφηβος και η μητέρα υποστηρίζουν ότι ο ίδιος ο έφηβος επιτίθεται συχνά σε άλλους ενώ η καθηγήτρια θεωρεί ότι αυτό όντως συμβαίνει σε μικρότερο βαθμό. Η καθηγήτρια θεωρεί ότι ο μαθητής είναι ανεύθυνος δικαιολογώντας το με το ότι δε διαβάζει τα μαθήματά του και κάνει αρκετές απουσίες.

Συμπέρασμα

Από την ανάλυση των τριών προφίλ (του εφήβου, της μητέρας και της καθηγήτριας) συμπεραίνουμε ότι το παιδί παρουσιάζει Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής, των οποίων οι κλίμακες ανήκουν στο κλινικό φάσμα και στο οριακό φάσμα. Παρουσιάζει ορισμένα συναισθηματικά προβλήματα, σύμφωνα με τον ίδιο τον έφηβο, στα οποία όμως βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα, ενώ δεν έχει Προβλήματα Άγχους και Σωματικά Προβλήματα. Σύμφωνα με το διαγνωστικό κριτήριο DSM IV, προκύπτουν υποψίες για κάποιες διαταραχές που ίσως έχει ο έφηβος. Αυτές είναι οι Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, οι Παραφιλίες και ειδικότερα η Επιδειξιμανία και οι Αγχώδης Διαταραχές, αφού αναφέρει ότι αγχώνεται πολύ.

5.5 Συγκριτική Παρουσίαση των Δεδομένων των Τριών Περιπτώσεων

Από την ανάλυση των τριών περιπτώσεων που προηγήθηκαν, συλλέχθηκαν δεδομένα τα οποία αξίζει να συγκριθούν μεταξύ τους. Τα δεδομένα αυτά προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια των εφήβων, των γονέων και των καθηγητών. Βάση, όμως, δόθηκε, κυρίως, στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εφήβους. Η σύγκριση αυτή πραγματοποιείται με σημείο αναφοράς το φύλο, την ηλικία και τη σχέση των εφήβων με τους γονείς και τους καθηγητές τους.

Οι δύο από τους τρεις εφήβους είναι αγόρια και ανήκουν στην ίδια ηλικιακή κατηγορία. Παρόλο που το τεστ Achenbach χορηγεί ένα κοινό ερωτηματολόγιο για εφήβους ηλικίας 12- 18 ετών, είναι γνωστό ότι η εφηβεία χωρίζεται σε τρεις ηλικιακές υποκατηγορίες. Η πρώτη είναι από 12- 14 ετών, η δεύτερη από 14- 16 ετών και η Τρίτη από 16- 18 ετών. Τα δύο αγόρια του δείγματος ανήκουν στην κατηγορία 14- 16 ετών, ενώ το κορίτσι ανήκει στην κατηγορία 16- 18 ετών. Αυτοί οι παράγοντες αποτελούν αιτία για την ύπαρξη διαφορών και ομοιοτήτων μεταξύ των χαρακτηριστικών των εφήβων.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό που συναντάται και στους τρεις εφήβους είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Ωστόσο, μόνο το κορίτσι παρουσιάζει συναισθηματικά προβλήματα. Κύριος παράγοντας για την εμφάνιση αυτού του προβλήματος είναι το φύλο γιατί, συνήθως, τα κορίτσια είναι πιο συναισθηματικά και ευαίσθητα κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Γενικά προκύπτει ότι, η επίδραση του φύλου είναι σημαντική, με το κορίτσι να εμφανίζει μεγαλύτερη τάση για τα Εσωτερικευμένα προβλήματα και τα αγόρια για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα.

Γενικά παρατηρήθηκε μεγάλη απόκλιση των βαθμολογιών που συγκεντρώθηκαν στα προφίλ μεταξύ των γονέων και των εφήβων. Και από τις τρεις περιπτώσεις προκύπτει ότι οι γονείς δεν είχαν αντικειμενική άποψη για τη συναισθηματική κατάσταση, τις ανάγκες και τα προβλήματα των παιδιών τους.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι γονείς των αγοριών προσπάθησαν να δικαιολογήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά τους ως αποτέλεσμα φυσιολογικών χαρακτηριστικών της εφηβείας και του φύλου. Από την άλλη πλευρά, η μητέρα της εφήβου δεν γνωρίζει τα προβλήματα της κόρης της, επειδή διάφορες καταστάσεις την έχουν οδηγήσει στην εγκατάλειψη κάθε προσπάθειας επικοινωνίας μαζί της.

Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στην άποψη των καθηγητών. Αυτό προκύπτει από τη μεγάλη απόκλιση μεταξύ των βαθμολογιών των καθηγητών και των εφήβων. Συγκεκριμένα, οι καθηγητές γνωρίζουν τη συμπεριφορά των μαθητών τους μέσα στο σχολικό πλαίσιο, όμως, οι απαντήσεις τους για τα συναισθηματικά προβλήματα φανερώνουν ότι δεν γνωρίζουν σε βάθος τους μαθητές τους.

Από τη σύγκριση προκύπτει το συμπέρασμα ότι, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας του κάθε παιδιού. Αυτές οι παρατηρήσεις συμπίπτουν με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την κυρία Ρούσου και τους συνεργάτες της (2002).

5.6 Μελέτη Περίπτωσης 4

Η μελέτη της περίπτωσης 4 αφορά έναν μαθητή της Γ΄ τάξης του Γυμνασίου 15,2 ετών, ο οποίος συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11-18 ετών (YSR). Στην έρευνα πήραν μέρος ο πατέρας και η μητέρα του εφήβου, οι οποίοι συμπλήρωσαν ο καθένας τους το Ερωτηματολόγιο για Γονείς- CBCL (Παιδιά ηλικίας 6-18 ετών). Ήταν αρκετά συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να απαντήσουν με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6-18 ετών) συμπληρώθηκε από μια καθηγήτρια του μαθητή, η οποία του δίδασκε για τρία ολόκληρα σχολικά έτη περίπου 6 ώρες εβδομαδιαίως, συνεπώς, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα του μαθητή.

Τα ερωτηματολόγια του εφήβου, του πατέρα και της μητέρας του συμπληρώθηκαν την ίδια μέρα αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή, το καθένα, ενώ το ερωτηματολόγιο του εκπαιδευτικού συμπληρώθηκε μία βδομάδα αργότερα. Όλοι όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χρειάστηκαν περίπου 45 λεπτά για να το συμπληρώσουν, με μικρές αποκλίσεις. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης δόθηκαν και διευκρινίσεις για κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες όμως ήταν ελάχιστες. Ο θεραπευτής – ερευνητής είχε φροντίσει από την αρχή να εξηγήσει επαρκώς τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι αναφερόμενοι απάντησαν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν συνολικά τέσσερα. Η ανάλυση και η βαθμολογία των προφίλ των ερωτηματολογίων αυτών έγινε με τη μορφή σημειώσεων με τη βοήθεια και καθοδήγηση του «Εγχειριδίου για τα Ερωτηματολόγια και Προφίλ Σχολικής Ηλικίας του ΣΑΕΒΑ», η επιμέλεια του οποίου έγινε από την κυρία Ρούσσου και τους συνεργάτες της (2002). Η ανάλυση του προφίλ γίνεται για να μπορεί κανείς να διαπιστώσει εύκολα, με μια ματιά, τις ικανότητες και τα προβλήματα ενός παιδιού, αφού παρέχει βαθμολογίες για όλες τις κλίμακες αναλυτικά.

Ακολουθούν οι πίνακες 5.1 και 5.2, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ του εφήβου, του πατέρα, της μητέρας και του εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.6.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ				
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	6	0	0	2
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	1	0	0	0
3. Σωματικά Ενοχλήματα	0	0	0	0
4. Κοινωνικά Προβλήματα	1	0	0	0
5. Προβλήματα Σκέψης	1	0	0	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	7	6	6	5
7. Παράβαση Κανόνων	4	3	2	0
8. Επιθετική Συμπεριφορά	6	2	2	1
Άλλα προβλήματα	3	1	1	3
Σύνολο	29	12	11	13
Τιμή T	73	58	56	59
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	13	14	14	
2. Κοινωνική	12,5	13,5	13,5	
3. Σχολική	6	6	6	
Σύνολο	31,5	33,5	33,5	

Τιμή T	70	79	79	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση				4,4
2. Εργάζεται Σκληρά				7
3. Συμπεριφέρεται Σωστά				7
4. Μαθαίνει				7
5. Χαρούμενος				7
Σύνολο				32,4
Τιμή T				

Πίνακας 5.1

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο του παιδιού, του πατέρα, της μητέρας και του εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια πολύ εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται το συγκεκριμένο παιδί. Ποια δηλαδή, είναι η δική του άποψη για τη συνολική συμπεριφορά του και την επίδοση, ποια του πατέρα του, ποια της μητέρας του και ποια της καθηγήτριάς του.

Φυσικά, δεν μπορούμε να συγκρίνουμε απόλυτα αυτές τις βαθμολογίες μεταξύ τους. Δηλαδή δεν μπορούμε να συγκρίνουμε απόλυτα τη βαθμολογία που συμπλήρωσε ο πατέρας σε μια υποκατηγορία (κλίμακα) με τη βαθμολογία του παιδιού και του εκπαιδευτικού και αυτό γιατί σε κάθε ένα από τα τρία προφίλ κάποιες ερωτήσεις αλλάζουν και κάποιες άλλες προστίθενται ή αφαιρούνται από την ανάλυση του κάθε προφίλ. Για τον λόγο αυτόν, θα πρέπει να ανατρέχουμε στην αναλυτική βαθμολόγηση του παιδιού και να συγκρίνουμε και τα τέσσερα προφίλ μεταξύ τους για να βγάλουμε ακριβές συμπέρασμα.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν ο έφηβος (YSR), ο πατέρας (CBCL) και η μητέρα. Αποτελείται από τρεις κλίμακες (κατηγορίες). Την Κλίμακα Δραστηριότητες, την Κοινωνική Κλίμακα και τη Σχολική Κλίμακα.

Στην κλίμακα Δραστηριότητες παρατηρούμε ότι οι βαθμολογίες που συγκέντρωσαν ο πατέρας και η μητέρα συμπίπτουν. Η βαθμολογία αυτή ($T=79$) βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Βλέπουμε όμως ότι, η βαθμολογία του εφήβου είναι διαφορετική. Στην αναλυτική βαθμολόγηση παρατηρήθηκε το εξής: Το παιδί πιστεύει ότι συμμετέχει λιγότερο σε δραστηριότητες, σπορ, εργασίες και θελήματα μέσα και έξω από το σπίτι και ότι τα καταφέρνει σε αυτά αρκετά καλά. Οι γονείς του όμως δεν έχουν την ίδια γνώμη. Πιστεύουν ότι ο γιος τους συμμετέχει περισσότερο.

Στη Σχολική κλίμακα, και ο πατέρας, η μητέρα έχουν δώσει την ίδια βαθμολογία, πιστεύοντας και οι δύο πως είναι πολύ καλός μαθητής. Ο μαθητής έχει δώσει διαφορετική βαθμολογία πιστεύοντας μεν ότι είναι καλός μαθητής αλλά όχι τόσο καλός όσο πιστεύουν οι γονείς του.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, από τα τρία προφίλ που αναλύθηκαν, τα προφίλ του πατέρα, της μητέρας και του εφήβου συγκέντρωσαν στην Κλίμακα Ικανοτήτων συνολική βαθμολογία που αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα τιμών (πατέρας $T=79$, μητέρα $T=79$, έφηβος $T=70$).

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF). Η καθηγήτρια βαθμολόγησε τη *Μαθησιακή Επίδοση* του εφήβου, καθώς επίσης και τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά *Χαρούμενος*, *Εργάζεται σκληρά*, *Συμπεριφέρεται Σωστά* και *Μαθαίνει*, σε σύγκριση με τους μαθητές της ίδιας ηλικίας.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση του ερωτηματολογίου της εκπαιδευτικού, η *Μαθησιακή Επίδοση* του εφήβου βρίσκεται σε ανώτερο φυσιολογικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι στην πλειοψηφία των μαθημάτων ο μαθητής βρίσκεται αρκετά πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης. Αυτό είναι σύμφωνο με την άποψη των γονέων που, όπως διατυπώθηκε νωρίτερα, πιστεύουν ότι ο γιος τους είναι πολύ καλός μαθητής.

Όσον αφορά τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά, παρατηρείται ότι στην κατηγορία *Συμπεριφέρεται Σωστά*, ο έφηβος βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Με

βάση, λοιπόν, την ανάλυση του ερωτηματολογίου του εκπαιδευτικού, ο μαθητής του συμπεριφέρεται όπως θα έπρεπε μέσα στην τάξη σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μαθητές.

Σύμφωνα με την συνολική βαθμολογία που συγκέντρωσε το προφίλ του εκπαιδευτικού για την Προσαρμοστική Λειτουργικότητα αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL), και του εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Σε αυτό το προφίλ υπάρχουν οι κλίμακες οκτώ συνδρόμων. Ορίζονται ως, *Άγχος/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά και Άλλα Προβλήματα.*

Στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη* παρατηρούμε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα προφίλ του εφήβου και των δύο γονέων. Ο ίδιος ο έφηβος αισθάνεται ότι έχει κάποιο φόβο, ότι πρέπει να είναι τέλειος, αισθάνεται ένοχος και κάποιες φορές αμήχανος. Από την άλλη μεριά όμως, και οι δύο γονείς δεν εντόπισαν χαρακτηριστικά σχετικά με τους φόβους και τα συναισθήματα του γιου του. Παρόλα αυτά οι βαθμολογίες που συγκέντρωσαν ο έφηβος, η μητέρα, ο πατέρας και η καθηγήτρια κυμαίνονται στο φυσιολογικό φάσμα.

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Προβλήματα* δεν παρατηρούμε διαφορές μεταξύ των τεσσάρων παρά μόνο ότι ο έφηβος αναφέρει ότι κάποιες φορές αισθάνεται οι άλλοι να είναι εναντίον του.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*, δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των ερωτηθέντων Το προφίλ του εφήβου, των γονιών του και της καθηγήτριας συμφωνούν ότι παρουσιάζει μερικά προβλήματα προσοχής όπως ότι δεν τελειώνει πάντα ό, τι αρχίζει, είναι μερικές φορές απρόσεκτος, φέρεται ανώριμα, ονειροπολεί, δεν συγκεντρώνεται και μιλά αρκετά. Όλα αυτά βέβαια που αναφέραμε, δεν εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό και δεν επηρεάζουν την μαθησιακή του επίδοση κατατάσσοντας τις βαθμολογίες και των τεσσάρων στο φυσιολογικό φάσμα.

Στην κλίμακα *Παράβαση Κανόνων*, η βαθμολογία που συγκέντρωσε το προφίλ της καθηγήτριας είναι μηδενικό ενώ στο προφίλ του εφήβου, του πατέρα και της μητέρας αναφέρονται στοιχεία όπως ότι λέει κάποιες φορές ψέματα, κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά και σκέφτεται το σεξ. Αυτό υποδηλώνει ότι ο μαθητής στο πλαίσιο του σχολείου ακολουθεί σωστά τους κανόνες που υπάρχουν, ενώ κάποιες φορές τους παραβαίνει στο οικογενειακό πλαίσιο χωρίς όμως η βαθμολόγηση να ξεφεύγει το φυσιολογικό φάσμα.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, η ανάλυση του προφίλ του εφήβου συγκέντρωσε τη μεγαλύτερη βαθμολογία. Συγκεκριμένα, ο ίδιος αναφέρει ότι, αντιμιλά, απαιτεί την προσοχή, ότι είναι ανυπάκουος στο σπίτι, πειράζει τους άλλους, και ότι έχει αρκετές αλλαγές στη διάθεσή του. Αυτό που αξίζει να αναφέρουμε είναι ότι οι γονείς του και η καθηγήτριά του δεν συμφωνούν και τόσο πολύ μαζί του, καθώς η βαθμολογία που συγκέντρωσαν στα προφίλ τους, ήταν μικρότερη από του ίδιου.

Από τα τέσσερα προφίλ που αναλύθηκαν, τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκέντρωσε το προφίλ του εφήβου. Παρόλα αυτά και τα τέσσερα προφίλ κατατάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 5.1, στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων, ο έφηβος βαθμολογήθηκε μόνο για τις δυο κατηγορίες Δραστηριότητες και Κοινωνική. Στο διάγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις βαθμολογίες, φαίνεται ότι, ο έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 13.0 στην κλίμακα Δραστηριότητες και τη βαθμολογία 12.5 στην Κοινωνική κλίμακα. Ενώνοντας τις δύο τιμές, που βρίσκονται στο διάγραμμα, με μια γραμμή βλέπουμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων του εφήβου. Στο παρόν διάγραμμα, η βαθμολογία του εφήβου κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος μπορούμε να δούμε τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T, για κάθε κλίμακα ξεχωριστά.

Για να πάρουμε τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, θα προσθέσουμε τις δύο βαθμολογίες, αλλά και τη βαθμολογία που συγκέντρωσε στην Ακαδημαϊκή κλίμακα. Στη συνέχεια, μπορούμε να δούμε την αντίστοιχη τιμή T στον πίνακα που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά του προφίλ. Η βαθμολογία που συγκέντρωσε ο έφηβος ήταν 31.5 και κυμαίνεται στην τιμή T= 80.

Στο προφίλ κλίμακες συνδρόμων περιλαμβάνεται, επίσης, ένα διάγραμμα το οποίο περιέχει στην αριστερή του πλευρά τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Το προφίλ χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα » και ο έφηβος βαθμολογήθηκε για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Η βαθμολογία που συγκεντρώθηκε σε κάθε κλίμακα αναλύθηκε στο διάγραμμα και στη συνέχεια οι γραμμές ενώθηκαν από τον ερευνητή. Ο έφηβος κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα.

Το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε ο έφηβος σε κάθε κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας. Πρώτα πραγματοποιήθηκε το άθροισμα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, το οποίο ήταν συνολικά 7, στη συνέχεια προστέθηκαν οι βαθμολογίες των εξωτερικευμένων προβλημάτων οι οποίες συνολικά υπολογίστηκαν σε 10 και τέλος των υπόλοιπων προβλημάτων των οποίων το σύνολο ήταν 12. Το σύνολο που πήραμε προσθέτοντας τις τρεις κατηγορίες ήταν 29 και αντίστοιχη στην τιμή $T=73$.

Συμπέρασμα

Αξίζει να αναφέρουμε ότι το προφίλ του εφήβου σε σχέση με τα υπόλοιπα προφίλ παρουσιάζει τη μεγαλύτερη βαθμολογία στη κλίμακα συνδρόμων ενώ στην κλίμακα ικανοτήτων τη μικρότερη. Αυτό μας δείχνει ότι ενώ οι γονείς του τον θεωρούν έναν πολύ καλό μαθητή πιστεύουν ότι έχει περισσότερες δυνατότητες, γεγονός που προκαλεί άγχος και ενοχές στον έφηβο ότι δεν τα καταφέρνει όπως πρέπει.

Τέλος, αυτό που παρατηρήθηκε έντονα μέσα από τη βαθμολόγηση αυτών των προφίλ είναι ότι οι γονείς δεν γνωρίζουν τα πραγματικά προβλήματα που έχει το παιδί και τις πραγματικές του ανησυχίες. Δεν είναι κοντά στον έφηβο με αποτέλεσμα να αγνοούν τα άγχη και τις ανησυχίες του παιδιού τους. Ο έφηβος συνολικά, δεν παρουσιάζει την εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ και παρόλες τις ανησυχίες του δεν υπάγεται στο κλινικό φάσμα.

5.6.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες κατασκευάστηκαν για να βοηθήσουν τους ειδικούς επιστήμονες που μελετούν τη σχολική ηλικία, και για αυτόν ακριβώς τον λόγο δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια των διαγνωστικών κατηγοριών του DSM-IV.

Οι συγκεκριμένες κλίμακες αποτελούνται από τις εξής κατηγορίες: *Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής.*

Στον πίνακα 5.2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού
1. Συναισθηματικά προβλήματα	2	0	0	0
Τιμή T	60	50	50	50
2. Προβλήματα Άγχους	1	0	0	1
Τιμή T	57	50	50	57
3. Σωματικά προβλήματα	0	0	0	0
Τιμή T	50	50	50	50
4. Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ Υπερκινητικότητας	5	3	3	2+2 4
Τιμή T	55	55	55	57
5. Εναντιωματικά/ Προκλητικά	2	1	1	1

προβλήματα				
Τιμή T	60	56	56	56
6.Προβλήματα Διαγωγής	1	0	0	0
Τιμή T	56	50	50	50

Πίνακας 4.2

Όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τον πίνακα, οι βαθμολογίες του εφήβου κυμαίνονται στο φυσιολογικό φάσμα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ των προφίλ που αναλύθηκαν.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Άγχους*, στο προφίλ του εφήβου αναφέρει ότι ο έφηβος έχει κάποιες ανησυχίες. Από την άλλη μεριά, ο πατέρας, η μητέρα και η καθηγήτριά του δεν αναφέρουν ότι υπάρχουν τέτοιου είδους προβλήματα.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας*, από την ανάλυση του προφίλ της καθηγήτριας καταλήγουμε ότι, στο πλαίσιο της τάξης, ο έφηβος δεν τελειώνει πάντα ό, τι αρχίζει, δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι απρόσεκτος, και δεν συγκεντρώνεται αρκετά. Όλα αυτά όμως δεν τα κάνει σε τόσο μεγάλο βαθμό και για το λόγο αυτό τοποθετείται στο φυσιολογικό φάσμα.

Στην κλίμακα *Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα*, από την ανάλυση του προφίλ του εφήβου βρέθηκε ότι είναι αρκετά πεισματάρης. Με αυτήν την άποψη δε φαίνεται να συμφωνεί η μητέρα, ο πατέρας του εφήβου αλλά ούτε και η καθηγήτριά του, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι δεν παρατηρούν ανάλογη συμπεριφορά.

Τέλος, στα *Προβλήματα Διαγωγής*, η βαθμολογία του εφήβου ήταν αυτή που ξεχώρισε από τις άλλες. Η ανάλυση του προφίλ έδειξε ότι ο έφηβος λέει ψέματα κάποιες φορές, το οποίο δεν εντοπίζουν ούτε ο πατέρας, ούτε η μητέρα αλλά ούτε και η καθηγήτρια.

Συμπέρασμα

Από την ανάλυση των τεσσάρων αυτών προφίλ καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο έφηβος δεν θα παρουσιάσει κάποια διαταραχή συμπεριφοράς ή συναισθήματος. Οι βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν από τους ανθρώπους που βρίσκονται στο περιβάλλον του δηλώνουν ότι ο έφηβος δεν παρουσιάζει κάποια δυσκολία.

5.7 Μελέτη Περίπτωσης 5

Η μελέτη της δεύτερης περίπτωσης αφορά μία μαθήτρια της Γ τάξης του Λυκείου 17,10 χρονών και η μαθήτρια συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11- 18 χρονών (YSR). Στην έρευνα πήρε μέρος η μητέρα και ο πατέρας της εφήβου, οι οποίοι συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο για Γονείς- CBCL (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών). Και οι δύο γονείς ήταν συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να απαντήσουν με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών) συμπληρώθηκε από μια καθηγήτρια της μαθήτριας, η οποία της δίδασκε τρεις σχολικές χρονιές, 8 ώρες την εβδομάδα κατά μέσο όρο, συνεπώς, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα της μαθήτριας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν περίπου στα μέσα της σχολικής χρονιάς. Τα ερωτηματολόγια της εφήβου και των γονέων συμπληρώθηκαν την ίδια χρονική στιγμή. Μετά από δύο μέρες συμπληρώθηκε και το ερωτηματολόγιο από την καθηγήτρια. Όλοι όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χρειάστηκαν περίπου 45 λεπτά, με μικρές αποκλίσεις. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης δόθηκαν και διευκρινίσεις για κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες όμως ήταν ελάχιστες, αφού ο θεραπευτής – ερευνητής είχε φροντίσει από την αρχή να εξηγήσει επαρκώς τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τέλος, να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενοι απάντησαν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις.

Ακολουθούν οι πίνακες 5.3 και 5.4, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ της εφήβου, της μητέρας, του πατέρα και της εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.7.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ				
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	5	0	1	1
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	4	1	1	0
3. Σωματικά Ενοχλήματα	1	0	2	0
4. Κοινωνικά Προβλήματα	0	0	0	0
5. Προβλήματα Σκέψης	1	0	0	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	2	0	0	0
7. Παράβαση Κανόνων	1	0	1	0
8. Επιθετική Συμπεριφορά	5	0	4	0
Άλλα προβλήματα	2	2	2	2
Σύνολο	21	5	13	4
Τιμή T	45	38	46	47
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	13	13	13	

2. Κοινωνική	11,5	11,5	11,5	
3. Σχολική	5	5,5	5,5	
Σύνολο	29,5	30	30	
Τιμή T	72	76	76	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση				5
2. Εργάζεται Σκληρά				7
3. Συμπεριφέρεται Σωστά				7
4. Μαθαίνει				7
5. Χαρούμενος				7
Σύνολο				28
Τιμή T				65

Πίνακας 5.3

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο της εφήβου, της μητέρας, του πατέρα και της εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται η συγκεκριμένη έφηβος, ποια δηλαδή, είναι η δική της άποψη για τη συνολική συμπεριφορά της και επίδοση, ποια της μητέρας της, ποια του πατέρα της και ποια της καθηγήτριάς της.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν η εφήβος (YSR), ο πατέρας και η μητέρα (CBCL).

Στην κλίμακα *Δραστηριότητες* παρατηρούμε ότι η βαθμολογία της μητέρας, του πατέρα και της εφήβου βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα.. Αναλυτικά, η έφηβη και η μητέρα της ισχυρίζονται ότι συμμετέχει σε περισσότερα από ένα σπορ σε αντίθεση με τον πατέρα της που αναφέρει μόνο ένα. Συνεχίζοντας στα χόμπι, η έφηβη αναφέρει δύο χόμπι ενώ η μητέρα της αναφέρει μόνο ένα και ο πατέρας της κανένα. Όσον αφορά τα θελήματα της εφήβου, η έφηβος συμπλήρωσε ότι βοηθάει στις δουλειές του σπιτιού και ότι συμμαζεύει το δωμάτιό της και ότι αυτά τα κάνει κάτω από το μέσο όρο, ενώ οι δύο γονείς αναφέρουν συμπλήρωσε ότι βοηθάει στις δουλειές του σπιτιού το κάνει στο μέσο όρο

Στην *Κοινωνική κλίμακα* οι βαθμολογίες της εφήβου, του πατέρα και της μητέρας είναι μέσα στο φυσιολογικό φάσμα και συμφωνούν απόλυτα μεταξύ τους.

Περνώντας στην Τρίτη και τελευταία κατηγορία του προφίλ ικανοτήτων, βλέπουμε ότι και οι τρεις ερωτηθέντες είναι ευχαριστημένοι από τη σχολική επίδοση της εφήβου και ότι βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο σε όλα τα σχολικά μαθήματα.

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι η έφηβος βρισκόταν στο φυσιολογικό φάσμα στην κλίμακα *Δραστηριότητες* και στα τρία προφίλ, τα οποία παρουσίασαν μηδαμινές αποκλίσεις.

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF). Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η καθηγήτρια έδειξε να είναι πολύ ευχαριστημένη από τη συμπεριφορά της μαθήτριάς της και την παρουσίασε ως ένα παιδί που οι αποδόσεις του είναι υψηλότερες από το επίπεδο της τάξης.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της εφήβου (YSR), της μητέρας, του πατέρα (CBCL), και της εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις

που απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη* παρατηρείται απόκλιση στη βαθμολογία των ερωτηματολογίων μεταξύ της εφήβου και των υπολοίπων τριών. Όμως, ακόμα πιο μεγάλη είναι η απόκλιση όταν συγκρίνουμε τη βαθμολογία της εφήβου με του πατέρα. Η βαθμολογία που συγκεντρώνει η μητέρα, ο πατέρας, η έφηβος και η καθηγήτρια βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα παρόλα αυτά η έφηβος πιστεύει ότι κλαίει παραπάνω από ότι πρέπει, αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλεια και ότι κάποιες φορές αισθάνεται αμήχανα. Η μητέρα αναφέρει μόνο ότι κλαίει αρκετά, ενώ η καθηγήτρια μόνο ότι αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλεια. Ο πατέρας, από την άλλη, συγκέντρωσε μηδενική βαθμολογία αγνοώντας όλα τα παραπάνω.

Στην κλίμακα *Απόσυρση/ Κατάθλιψη* η έφηβος αναφέρει ότι την ευχαριστούν λίγα πράγματα, αισθάνεται αρκετές φορές ότι δεν έχει ενέργεια, είναι αρκετά ντροπαλή και μυστικοπαθής. Οι γονείς της έρχονται να συμφωνήσουν με τη μυστικοπάθεια της κόρης τους, ενώ η καθηγήτρια δεν αναφέρει τίποτα από τα παραπάνω.

Περνώντας στην κλίμακα *Σωματικά Ενοχλήματα*, παρατηρούμε ότι η μητέρα αναφέρει ότι η κόρη της έχει μερικές φορές δυσκοιλιότητα και ενίοτε φαίνεται κουρασμένη. Στο δεύτερο έρχεται να συμφωνήσει και η έφηβος. Αντίθετα ο πατέρας και η καθηγήτρια δεν αναφέρουν κανένα πρόβλημα.

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Προβλήματα*, και οι τρεις βαθμολογίες ανάγονται στο φυσιολογικό φάσμα και είναι μηδενικές.

Μελετώντας την κλίμακα *Προβλήματα Σκέψης*, διαπιστώνουμε ότι οι βαθμολογίες της καθηγήτριας, της μητέρας, του πατέρα είναι μηδενικές, ενώ η έφηβος αναφέρει μόνο ότι κοιμάται λίγο.

Ταύτιση απόψεων παρουσιάζεται μεταξύ της μητέρας, της καθηγήτριας και του πατέρα στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*, εφόσον και οι τρεις ερωτηθέντες συγκέντρωσαν μηδενική βαθμολογία. Η έφηβος, από την άλλη, είναι η μόνη που αναφέρει ότι ονειροπολεί αρκετά συχνά.

Περνώντας στην κλίμακα *Παραβίαση Κανόνων*, οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων εντοπίζονται στο φυσιολογικό φάσμα. Παρά ταύτα, παρατηρούνται διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των τεσσάρων. Η έφηβος αναφέρει ότι πίνει αλκοόλ περιστασιακά, ενώ η μητέρα ισχυρίζεται ότι κάποιες φορές η έφηβος λέει ψέματα. Από την άλλη, ο πατέρας και η καθηγήτρια δεν έχουν την ίδια άποψη αφού οι βαθμολογίες τους ήταν μηδενικές.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων κυμαίνονται στο φυσιολογικό φάσμα παρουσιάζοντας όμως αποκλίσεις μεταξύ τους.

Η μητέρα αναφέρει εντοπίζει αλλαγές στη διάθεσή της, ότι αντιμιλά συχνά και ότι είναι πεισματάρια, στα οποία η έφηβος συμφωνεί και προσθέτει ότι είναι καχύποπτη και επιζητά την προσοχή των άλλων. Η καθηγήτρια και ο πατέρας δεν ανέφεραν καμιά αντίστοιχη συμπεριφορά συγκεντρώνοντας μηδενική βαθμολογία.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 5.3, στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων, η έφηβος βαθμολογήθηκε μόνο για τις δυο κατηγορίες Δραστηριότητες και Κοινωνική. Στο διάγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις βαθμολογίες, φαίνεται ότι, η έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 13 στην κλίμακα Δραστηριότητες και τη βαθμολογία 11.5 στην Κοινωνική κλίμακα. Ενώνοντας τις δύο τιμές, που βρίσκονται στο διάγραμμα, με μια γραμμή βλέπουμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων της εφήβου. Στο παρόν διάγραμμα, η βαθμολογία του εφήβου κυμαίνεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος μπορούμε να δούμε τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T, για κάθε κλίμακα ξεχωριστά.

Για να πάρουμε τη βαθμολογία της Συνολικής Ικανότητας, θα προσθέσουμε τις δύο βαθμολογίες, αλλά και τη βαθμολογία που συγκέντρωσε στην Ακαδημαϊκή κλίμακα. Στη συνέχεια, μπορούμε να δούμε την αντίστοιχη τιμή T στον πίνακα που βρίσκεται στη δεξιά πλευρά του προφίλ. Η βαθμολογία που συγκέντρωσε η έφηβος ήταν 29.5 και κυμαίνεται στην τιμή $T = 72$.

Στο προφίλ κλίμακες συνδρόμων περιλαμβάνεται, επίσης, ένα διάγραμμα το οποίο περιέχει στην αριστερή του πλευρά τις εκατοστιαίες θέσεις και στη δεξιά τις τιμές T για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Το προφίλ χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα » και η έφηβος βαθμολογήθηκε για κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Η βαθμολογία που συγκεντρώθηκε σε κάθε κλίμακα αναλύθηκε στο διάγραμμα και στη συνέχεια οι γραμμές ενώθηκαν από τον ερευνητή. Όπως φαίνεται η έφηβος στην κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη*, *Απόσυρση/ Κατάθλιψη*, *Σωματικά Ενοχλήματα*, *Κοινωνικά Προβλήματα*, *Προβλήματα Σκέψης* και

Προβλήματα Προσοχής, Παραβίαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά. είναι στο φυσιολογικό φάσμα.

Το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε η έφηβος σε κάθε κλίμακα χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας. Πρώτα πραγματοποιήθηκε το άθροισμα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, το οποίο ήταν συνολικά 10, στη συνέχεια προστέθηκαν οι βαθμολογίες των εξωτερικευμένων προβλημάτων οι οποίες συνολικά υπολογίστηκαν σε 6 και τέλος των υπόλοιπων προβλημάτων των οποίων το σύνολο ήταν 5. Το σύνολο που πήραμε προσθέτοντας τις τρεις κατηγορίες ήταν 21 και αντίστοιχη στην τιμή $T = 45$.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε ότι οι αποκλίσεις των τεσσάρων ερωτηθέντων δεν είναι σημαντικές. Παρόλα αυτά παρατηρούμε ότι ο πατέρας και η καθηγήτρια αγνοούσαν αρκετές από τις πληροφορίες που παρέθεσε η έφηβος. Αυτό ίσως φανερώνει ότι ο πατέρας και η καθηγήτρια δε γνωρίζουν τα πραγματικά προβλήματα και τις ανησυχίες της εφήβου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στην αδιαφορία των ενηλίκων, είτε στο γεγονός ότι η έφηβος, ορισμένες φορές, δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά και τις σκέψεις της.

Γενικά, μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι η έφηβος δεν παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του τεστ Achenbach αφού σε καμία από τις περιπτώσεις η βαθμολογία δεν ξέφυγε από το φυσιολογικό φάσμα

5.7.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Στον πίνακα 5.4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ της εφήβου (YSR), της μητέρας, του πατέρα (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM				
	YSR Εφήβου	CBCL Πατέρα	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού

1.Συναισθηματικά προβλήματα	5	0	4	0
Τιμή T	72	50	69	50
2. Προβλήματα Άγχους	0	0	0	0
Τιμή T	50	50	50	50
3. Σωματικά προβλήματα	0	0	0	0
Τιμή T	50	50	50	50
4.Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής/ Υπερκινητικότητας	0	0	0	0
Τιμή T	50	50	50	50
5.Εναντιωματικά/ Προκλητικά προβλήματα	2	2	2	0
Τιμή T	60	52	52	50
6.Προβλήματα Διαγωγής	0	0	1	0
Τιμή T	50	50	50	50

Πίνακας 4.4

Στην κλίμακα *Συναισθηματικά Προβλήματα*, η βαθμολογία που συγκέντρωσε η καθηγήτρια και ο πατέρας είναι μηδενική. Η έφηβος και η μητέρα υποστηρίζουν και οι δύο ότι η έφηβος κλαίει συχνά και κοιμάται λιγότερο από τον μέσο όρο. Η έφηβος προσθέτει ότι αρκετές φορές δεν έχει ενέργεια και ότι την ευχαριστούν λίγα πράγματα, ενώ η μητέρα ότι δεν τρώει καλά.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Άγχους* η βαθμολογία των τεσσάρων ερωτηθέντων είναι μηδενική.

Επίσης στην κλίμακα *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας* η βαθμολογία των τεσσάρων ερωτηθέντων είναι μηδενική.

Συνεχίζοντας στην κλίμακα *Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα* παρατηρείται ότι η βαθμολογία της καθηγήτριας είναι μηδενική, άρα βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα. Στο φυσιολογικό φάσμα βρίσκονται και οι βαθμολογίες της

εφήβου, της μητέρας και του πατέρα, όπου, όμως, και οι τρεις αναφέρουν ότι η έφηβος αντιμιλά.

Καμία απόκλιση μεταξύ της εφήβου, του πατέρα και της καθηγήτριας δεν παρατηρείται στην κλίμακα *Προβλήματα Διαγωγής*. Και οι τρεις βαθμολογίες είναι μηδενικές και εντοπίζονται στο φυσιολογικό φάσμα. Το ίδιο συμβαίνει και με την μητέρα, με τη διαφορά ότι εκείνη αναφέρει ότι η έφηβος λέει κάποιες φορές ψέματα.

Συμπέρασμα

Με την ανάλυση των τεσσάρων αυτών προφίλ μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι η έφηβος δεν παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ και κανένα χαρακτηριστικό, όπου σύμφωνα με το διαγνωστικό κριτήριο DSM-IV, την παραπέμπει σε κάποια διαταραχή.

5.8 Μελέτη Περίπτωσης 6

Η μελέτη περίπτωσης 3 αναφέρεται σε μια μαθήτρια της Γ τάξης του Λυκείου, 15 χρονών και 1 μηνών. Η μαθήτρια συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους Ηλικίας 11- 18 χρονών (YSR). Στην έρευνα πήρε μέρος η μητέρα της εφήβου, η οποία συμπλήρωσε το Ερωτηματολόγιο για Γονείς- CBCL (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών). Η μητέρα της ήταν συνεργάσιμη και πρόθυμη να απαντήσει με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο που της δόθηκε. Ο πατέρας της εν λόγω εφήβου, λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, απουσιάζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα και έτσι δεν ήταν δυνατόν να συμπληρώσει το ανάλογο ερωτηματολόγιο. Το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς – TRF (Παιδιά ηλικίας 6 – 18 χρονών) συμπληρώθηκε από μια καθηγήτρια του εφήβου, η οποία της δίδασκε για ενάμιση έτος περίπου, έξι ώρες εβδομαδιαίως. Επομένως, είχε αρκετά καλή γνώση για τη συνολική εικόνα της μαθήτριας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στα μέσα της σχολικής χρονιάς. Τα ερωτηματολόγια της εφήβου και της μητέρας συμπληρώθηκαν την ίδια ημέρα. Η καθηγήτρια συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο που της αντιστοιχούσε τρεις μέρες αργότερα. Όλοι όσοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χρειάστηκαν περίπου 45 λεπτά, με μικρές αποκλίσεις. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης δόθηκαν και διευκρινίσεις για κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες όμως ήταν ελάχιστες, αφού ο θεραπευτής – ερευνητής είχε φροντίσει από την αρχή να εξηγήσει επαρκώς τον τρόπο

συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τέλος, να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενοι απάντησαν υποχρεωτικά σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Ακολουθούν οι πίνακες 6.5 και 6.6, οι οποίοι περιλαμβάνουν συνοπτικά όλες τις βαθμολογίες των προφίλ της εφήβου, της μητέρας και της εκπαιδευτικού αναλυτικά σε όλες τις κλίμακες.

5.8.1 Βαθμολογημένο Προφίλ των Ερωτηματολογίων Σχολικής Ηλικίας

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΦΙΛ			
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Άγχος/ Κατάθλιψη	1	1	3
2. Απόσυρση/ Κατάθλιψη	2	0	0
3. Σωματικά Ενοχλήματα	1	2	0
4. Κοινωνικά Προβλήματα	2	1	0
5. Προβλήματα Σκέψης	0	1	0
6. Προβλήματα Προσοχής (Απροσεξία – Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα)	0	0	0+0 0
7. Παράβαση Κανόνων	0	0	1
8. Επιθετική	0	2	0

Συμπεριφορά			
Άλλα προβλήματα	1	2	1
Σύνολο	8	7	5
Τιμή T	34	41	49
ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Δραστηριότητες	13	13	
2. Κοινωνική	13	13	
3. Σχολική	5	5,5	
Σύνολο	31	31,5	
Τιμή T	78	79	
ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	TRF Εκπαιδευτικού
1. Μαθησιακή Επίδοση			5
2. Εργάζεται Σκληρά			7
3. Συμπεριφέρεται Σωστά			7
4. Μαθαίνει			7
5. Χαρούμενος			7
Σύνολο			28
Τιμή T			65

Πίνακας 6.5

Ο παραπάνω συνοπτικός πίνακας μας δίνει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τις τιμές ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο της εφήβου, της μητέρας και της εκπαιδευτικού σε κάθε κατηγορία. Μας δίνει μια πολύ εικόνα για το που περίπου κυμαίνεται η συγκεκριμένη έφηβος, ποια δηλαδή, είναι η δική της άποψη για τη συνολική συμπεριφορά της και επίδοση, ποια της μητέρας της και ποια της καθηγήτριάς της.

Προφίλ Ικανοτήτων

Το προφίλ των Ικανοτήτων, εκθέτει τη βαθμολογία των κλιμάκων ικανοτήτων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν η έφηβος (YSR) και η μητέρα (CBCL).

Στην κλίμακα *Δραστηριότητες*, παρατηρούμε ότι, οι βαθμολογίες της μητέρας και του εφήβου δεν έχουν διαφορές, και ότι και οι δύο βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα.

Με το άθροισμα των τιμών αυτών, της Κλίμακας των Δραστηριοτήτων και της Κοινωνικής Κλίμακας για το παιδί, και της Κλίμακας των Δραστηριοτήτων, της Κοινωνικής Κλίμακας και τη Σχολική Κλίμακα για τη μητέρα, προκύπτουν οι συνολικές βαθμολογίες που συγκεντρώνουν το παιδί και η μητέρα στο προφίλ τους. Αυτές είναι 31 με τιμή T= 78 και 31,5 με τιμή T= 79, για τον έφηβο και τη μητέρα, αντίστοιχα.

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Το Προφίλ Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας εκθέτει τη βαθμολογία που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από την εκπαιδευτικό (TRF).

Σύμφωνα με την ανάλυση του ερωτηματολογίου της εκπαιδευτικού προκύπτει ότι η *Μαθησιακή Επίδοση* βρίσκεται στο ανώτερο φυσιολογικό φάσμα. Η επίδοση του εφήβου βρίσκεται πολύ πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης και στα τέσσερα μαθήματα που διδάσκει η καθηγήτρια..

Στα Προσαρμοστικά Χαρακτηριστικά, παρατηρούμε πως στις υποκατηγορίες *Εργάζεται Σκληρά*, *Συμπεριφέρεται Σωστά*, *Μαθαίνει* και είναι *Χαρούμενος*, βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα με βαθμολογία 7 και στις τέσσερις.

Προσθέτοντας τις βαθμολογίες της Μαθησιακής επίδοσης και των υποκατηγοριών των Προσαρμοστικών χαρακτηριστικών θα προκύψει η συνολική βαθμολογία, η οποία κατατάσσει το μαθητή στο φυσιολογικό φάσμα με βαθμολογία 28 και τιμή T= 65.

Το Προφίλ των Συνδρόμων

Το Προφίλ των Συνδρόμων, εκθέτει τις βαθμολογίες για τις κλίμακες συνδρόμων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της εφήβου (YSR), της μητέρας (CBCL), και της εκπαιδευτικού (TRF). Οι ερωτήσεις που

απαντήθηκαν και από τα τέσσερα άτομα που έπαιρναν μέρος, ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια.

Στην Κλίμακα *Άγχος/ Κατάθλιψη*, παρατηρήθηκε απόκλιση ανάμεσα στα προφίλ της εφήβου και της μητέρας με το προφίλ της καθηγήτριας. Η έφηβος και η μητέρα αναφέρουν ότι η έφηβος αισθάνεται κάποιες φορές ότι πρέπει να είναι τέλεια ενώ η καθηγήτρια προσθέτει ότι πληγώνεται με την κριτική και φοβάται να κάνει λάθη.

Στην κλίμακα *Απόσυρση/ Κατάθλιψη*, η βαθμολογία στο προφίλ της μητέρας και της εκπαιδευτικού είναι μηδενικό, ενώ η έφηβος αναφέρει ότι είναι μυστικοπαθής και ότι αρκετές φορές δεν έχει ενέργεια. .

Στην κλίμακα *Κοινωνικά Παραβλήματα*, παρατηρήθηκε ότι η έφηβος και η μητέρα συμφωνούν ότι η έφηβος ζηλεύει, το οποίο όμως δεν εντοπίζεται από την καθηγήτρια.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Σκέψης*, παρατηρείται μηδενική βαθμολογία στο προφίλ της καθηγήτριας και στο προφίλ του εφήβου, ενώ, η μητέρα μόνο αναφέρει ότι η κόρη της μαζεύει μπουκαλάκια από αρώματα, τα οποία η μητέρα θεωρεί άχρηστα.

Στην κλίμακα *Προβλήματα Προσοχής*, η βαθμολογία που συγκέντρωσαν και οι τρεις ερωτηθέντες είναι μηδενική.

Στην κατηγορία *Παράβαση Κανόνων*, η καθηγήτρια αναφέρει ότι η έφηβος προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά, άποψη την οποία δεν υιοθετούν η μητέρα και η έφηβος, συγκεντρώνοντας έτσι μηδενική βαθμολογία.

Στην κλίμακα *Επιθετική Συμπεριφορά*, η βαθμολογία που συγκεντρώνουν τα προφίλ της καθηγήτριας και της καθηγήτριας είναι μηδενικά. Το προφίλ όμως της εφήβου διαφοροποιείται, αφού αναφέρει ότι κάποιες φορές φωνάζει πολύ και ότι υπάρχουν αλλαγές στην διάθεσή της.

Στην κατηγορία *Άλλα Προβλήματα*, η έφηβος και η μητέρα αναφέρουν ότι η έφηβος τρώει τα νύχια της, ενώ η μητέρα προσθέτει και την ανησυχία ότι η κόρη της δεν τρέφεται σωστά. Η βαθμολογία του προφίλ της καθηγήτριας είναι μηδενική, η οποία δεν αναφέρει τίποτα από τα παραπάνω.

Σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες, τα προφίλ και των τριών ερωτηθέντων συγκέντρωσαν βαθμολογία η οποία βρίσκεται στο φυσιολογικό φάσμα.

Ανάλυση του Διαγράμματος του Προφίλ του Εφήβου

Στο προφίλ Κλίμακες Ικανοτήτων της εφήβου, έγινε ανάλυση μόνο δύο κλιμάκων, αυτή των Δραστηριοτήτων και αυτή της Κοινωνικής κλίμακας. Παρατηρούμε στο διάγραμμα ότι ο έφηβος συγκέντρωσε τη βαθμολογία 13 στην κλίμακα των Δραστηριοτήτων και τη βαθμολογία 13 στην Κοινωνική κλίμακα. Το διάγραμμα προκύπτει από την ένωση των δύο αυτών τιμών, με μία ευθεία γραμμή. Μπορούμε να δούμε τη συνολική εικόνα των ικανοτήτων του εφήβου που βρίσκονται στο κλινικό φάσμα. Τραβώντας μια νοητή γραμμή παράλληλη στις διακεκομμένες γραμμές του διαγράμματος, με σημείο αναφοράς την κάθε τιμή ξεχωριστά, βλέπουμε αριστερά τις εκατοστιαίες θέσεις και δεξιά την τιμή T που αντιστοιχούν σε κάθε βαθμολογία.

Η βαθμολογία της συνολικής ικανότητας της εφήβου προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών που συγκέντρωσε η έφηβος στην κλίμακα των Δραστηριοτήτων, στην Κοινωνική κλίμακα αλλά και στη Ακαδημαϊκή της επίδοση που προέρχεται από τις απαντήσεις στο προφίλ της μητέρας για την ερώτηση VII-1. Η συνολική βαθμολογία είναι 31 και η τιμή T που της αντιστοιχεί είναι 78.

Στο προφίλ Κλίμακες Συνδρόμων εμπεριέχει ένα διάγραμμα που προκύπτει από τις βαθμολογίες των οκτώ συνδρόμων. Αν τραβήξουμε επίσης μία νοητή παράλληλη γραμμή στις διακεκομμένες του διαγράμματος με σημείο αναφοράς την κάθε τιμή ξεχωριστά, θα δούμε σε ποια εκατοστιαία θέση ανήκει η βαθμολογία (αριστερά) και σε ποια τιμή T (δεξιά). Τα σύνδρομα διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: i) « Εσωτερικευμένα », « Εξωτερικευμένα » και « άλλα προβλήματα ». η βαθμολογία προκύπτει από κάθε κλίμακα ξεχωριστά. Τα διάγραμμα προκύπτει από την ένωση των τιμών που αντιστοιχεί σε κάθε κλίμακα. Οι τιμές κυμαίνονται στο φυσιολογικό φάσμα του διαγράμματος.

Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα όλων των τιμών που συγκέντρωσε η έφηβος για κάθε κλίμακα. Η τιμή είναι 5 για τα Εσωτερικευμένα (Άγχος/ Κατάθλιψη και Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα), 0 για τα Εξωτερικευμένα (Παράβαση Κανόνων, Επιθετική Συμπεριφορά) και 3 για τις λοιπές κλίμακες (Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής, Προβλήματα Σκέψης, Άλλα Προβλήματα). Το άθροισμα των τιμών των κατηγοριών αυτών δίνει αποτελέσματα 8 η οποία είναι και η συνολική βαθμολογία με αντίστοιχη την τιμή T να κυμαίνεται στο 34.

Συμπέρασμα

Από τις αναλύσεις των ερωτηματολογίων που πραγματοποιήθηκαν προκύπτει ότι, η μαθήτρια δεν έχει προβλήματα όσον αφορά τη συμπεριφορά της στο σχολείο, στο σπίτι αλλά και σε άλλες κοινωνικές περιστάσεις και ότι η σχολική της επίδοση είναι άριστη.

5.8.2 Κλίμακες Εναρμονισμένες με το DSM

Οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες κατασκευάστηκαν για να βοηθήσουν τους ειδικούς επιστήμονες που μελετούν τη σχολική ηλικία, και για αυτόν ακριβώς τον λόγο δημιουργήθηκαν σύμφωνα με τα κριτήρια των διαγνωστικών κατηγοριών του DSM-IV.

Οι συγκεκριμένες κλίμακες αποτελούνται από τις εξής κατηγορίες: *Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Άγχους, Σωματικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής/ Υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/ Προκλητικά Προβλήματα και Προβλήματα Διαγωγής.*

Στον πίνακα 6.6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των προφίλ των εναρμονισμένων με το DSM κλιμάκων. Τα προφίλ του εφήβου (YSR), του πατέρα (CBCL), της μητέρας (CBCL) και της εκπαιδευτικού (TRF) βαθμολογήθηκαν με τη μορφή σημειώσεων. Όπως και οι εμπειρικές κλίμακες του ΣΑΕΒΑ, έτσι, και οι εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες βαθμολογούνται κατά τον ίδιο τρόπο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ DSM			
	YSR Εφήβου	CBCL Μητέρας	CBCL Εκπαιδευτικού
1. Συναισθηματικά προβλήματα	1	1	0
Τιμή T	50	50	50
2. Προβλήματα Άγχους	0	0	0
Τιμή T	50	50	50
3. Σωματικά προβλήματα	1	1	0
Τιμή T	52	52	50
4. Προβλήματα ελλειμματικής	0	0	0+0 0

προσοχής/ Υπερκινητικότητα			
Τιμή T	50	50	50
5.Εναντιωματικά/ Προκλητικά προβλήματα	0	0	0
Τιμή T	50	50	50
6.Προβλήματα Διαγωγής	0	0	0
Τιμή T	50	50	50

Πίνακας 6.6

Στις εναρμονισμένες με το DSM κλίμακες του YSR, του CBCL και του TRF υπάρχουν βαθμολογίες στο φυσιολογικό φάσμα.

Στις κλίμακες *Συναισθηματικά Προβλήματα* και *Σωματικά προβλήματα* σε όλα τα προφίλ η έφηβος κατατάσσεται στο φυσιολογικό φάσμα. Οι διαφορές στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων για την ανάλυση των συγκεκριμένων κλιμάκων είναι ελάχιστες. Η μηδενική βαθμολόγηση της καθηγήτριας είναι εύλογη αφού η καθηγήτρια δεν γνωρίζει την καθημερινότητα της μαθήτριάς της σε βάθος.

Στις κλίμακες *Προβλήματα Άγχους*, *Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας*, *Εναντιωματικά Προβλήματα* και *Προβλήματα Διαγωγής*, οι βαθμολογίες και των τριών ερωτηθέντων είναι μηδενικές και κατατάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα.

Συμπέρασμα

Από την ανάλυση των τριών προφίλ (της εφήβου, της μητέρας και της καθηγήτριας) συμπεραίνουμε ότι το παιδί δεν παρουσιάζει συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα άγχους, σωματικά προβλήματα, προβλήματα διαγωγής και προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας.

5.9 Συγκριτική Παρουσίαση των Δεδομένων των Τριών Περιπτώσεων

Από την ανάλυση των τριών τελευταίων μελετών περιπτώσεων παρατηρούμε ότι και στις τρεις κλίμακες οι έφηβοι βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα. Συγκεκριμένα, στο προφίλ *Κλίμακες Συνδρόμων* οι απαντήσεις των εφήβων, των γονέων τους καθώς και των εκπαιδευτικών τους, τους κατατάσσουν στο φυσιολογικό φάσμα. Στην κλίμακα *Προσαρμοστική Λειτουργικότητα* και οι τρεις καθηγητές πιστεύουν ότι οι επιδόσεις των μαθητών τους είναι πολύ καλές, συγκεντρώνοντας βαθμολογία εντός του φυσιολογικού φάσματος. Στην *Κλίμακα Ικανοτήτων* οι βαθμολογίες των εφήβων και των γονέων τους στις κλίμακες *''Δραστηριότητες''*, *''Σχολική''* και *''Κοινωνική''* βρίσκονται εντός του φυσιολογικού φάσματος.

5.10 Συγκριτική Παρουσίαση των Δεδομένων των Έξι Περιπτώσεων

Από την ανάλυση των έξι περιπτώσεων που προηγήθηκαν, συλλέχθηκαν δεδομένα τα οποία αξίζει να συγκριθούν μεταξύ τους. Τα δεδομένα αυτά προκύπτουν από τα ερωτηματολόγια των εφήβων, των γονέων και των καθηγητών. Ωστόσο, η έρευνα επικεντρώθηκε κυρίως στις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εφήβους. Η σύγκριση αυτή πραγματοποιείται με σημείο αναφοράς το διαχωρισμό των έξι εφήβων σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από τους εφήβους των τριών πρώτων περιπτώσεων, οι οποίοι παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες και η δεύτερη ομάδα από τους εφήβους των τριών τελευταίων περιπτώσεων, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν κάποια μαθησιακή δυσκολία (ομάδα ελέγχου).

Στο προφίλ *Ικανοτήτων*, δύο από τους τρεις εφήβους της ομάδας με μαθησιακές δυσκολίες στην *Κλίμακα Δραστηριότητες* κατατάχτηκαν στο οριακό φάσμα, κάτι που σε μια από τις δύο περιπτώσεις βρίσκει σύμφωνους και τους γονείς. Αντίθετα, οι έφηβοι της δεύτερης ομάδας βρέθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα, αποτέλεσμα που βρήκε σύμφωνους και τους γονείς. Στις κλίμακες *Σχολική* και

Κοινωνική δεν εντοπίστηκε κάποια διαφορά, αφού οι έφηβοι και των δύο ομάδων συγκέντρωσαν βαθμολογία που τους ανάγει στο φυσιολογικό φάσμα.

Στο προφίλ της Προσαρμοστικής λειτουργικότητας, στην κλίμακα Συμπεριφέρεται Σωστά, οι δύο από τις τρεις περιπτώσεις στην ομάδα των εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες που συναντήσαμε, υπάγονται στο κλινικό φάσμα. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις οι εκπαιδευτικοί επεσήμαναν προβληματικές συμπεριφορές των εφήβων τόσο στην τάξη όσο και στο ευρύτερο σχολικό περιβάλλον. Αντίθετα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου ανήκουν όλοι στο φυσιολογικό φάσμα.

Όσον αφορά στο προφίλ Συνδρόμων, σημειώθηκαν κι εδώ αξιόλογες παρατηρήσεις. Στην ομάδα εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες στις κλίμακες Άγχος/ Κατάθλιψη, Απόσυρση/ Κατάθλιψη, Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά, δύο από τις τρεις περιπτώσεις συγκεντρώνουν βαθμολογίες που τους κατατάσσουν στο οριακό και στο κλινικό φάσμα, ενώ στην κλίμακα Επιθετική Συμπεριφορά και οι δύο από τους τρεις εφήβους βρίσκονται στο κλινικό φάσμα. Αντίθετα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου βρίσκονται όλοι στο φυσιολογικό φάσμα. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση στα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα (σχολικά προβλήματα, διαταραχές διάθεσης, συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της συμπεριφοράς, νευρωσικές διαταραχές) σε σχέση με τους εφήβους όπου η σχολική τους ικανότητα και επίδοση δεν παρουσιάζει δυσκολίες.

Στο προφίλ Εναρμονισμένες Κλίμακες με το DSM, στην ομάδα εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες, στις κλίμακες Συναισθηματικά Προβλήματα, Προβλήματα Προσοχής και Προβλήματα Διαγωγής, συναντάμε βαθμολογίες που κυμαίνονται στο οριακό και κλινικό φάσμα. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου, στο συγκεκριμένο προφίλ, όλες οι κλίμακες βρίσκονται στο φυσιολογικό φάσμα. Οι έφηβοι της πρώτης ομάδας παρουσιάζουν στοιχεία, όπου σύμφωνα με το DSM παραπέμπουν σε προβλήματα συμπεριφοράς, Διαταραχές διάθεσης, Αγχώδεις διαταραχές και προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας.

Γενικά, και στις δύο ομάδες, παρατηρήθηκε απόκλιση των βαθμολογιών που συγκεντρώθηκαν στα προφίλ μεταξύ των γονέων και των εφήβων. Και από τις έξι περιπτώσεις προκύπτει ότι οι γονείς δεν είχαν όλοι αντικειμενική άποψη για τη συναισθηματική κατάσταση, τις ανάγκες και τα προβλήματα των παιδιών τους.

Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στην άποψη των καθηγητών. Αυτό προκύπτει από την απόκλιση μεταξύ των βαθμολογιών των καθηγητών, των εφήβων και των γονέων. Συγκεκριμένα, οι καθηγητές γνωρίζουν τη συμπεριφορά των μαθητών τους μέσα στο σχολικό πλαίσιο, αγνοώντας συμπεριφορές που υιοθετούν

στην καθημερινότητά τους, έξω από το σχολικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα στα τυχόν συναισθηματικά προβλήματα των μαθητών τους να είναι αγνώμονες, γεγονός που φανερώνει ότι δεν γνωρίζουν πολυπλεύρως τους μαθητές τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Το σύνδρομο ΔΕΠ-Υ αφορά ένα σύνολο συμπτωμάτων που εμφανίζονται στα πρώτα χρόνια της σχολικής ηλικίας. Δεν πρόκειται για μια αμιγή διαταραχή αλλά για ένα σύνδρομο που συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να αφορούν από μια απλή μαθησιακή δυσκολία έως και σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές. Για την ανίχνευση του συνδρόμου ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν αρκετά διαγνωστικά εργαλεία που βοηθούν τον ειδικό να κάνει τη σωστή αξιολόγηση ώστε να οργανώσει την παρέμβαση για την καταλληλότερη αντιμετώπιση. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί την κύρια και αποτελεσματικότερη μορφή αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, επειδή επιδρά στη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς και της αυτορρύθμισης. Παρόλα αυτά, η διεπιστημονική προσέγγιση βοηθά τον ίδιο τον ασθενή αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του.

Με την χορήγηση του τεστ Achenbach διαπιστώθηκε ότι το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο είναι χρήσιμο τόσο για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ όσο και για τη συλλογή άλλων σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τον εξεταζόμενο και το περιβάλλον του. Ένας τρόπος αύξησης της αξιοπιστίας είναι η συλλογή πληροφοριών από πολλαπλές πηγές. Σε αυτό συμβάλλουν τα τρία ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τον ίδιο τον εξεταζόμενο, τους γονείς και τους καθηγητές του. Έτσι, συγκεντρώνονται πληροφορίες για το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον του παιδιού.

Μέσα από τις μελέτες και τις συγκρίσεις των προφίλ προκύπτουν κάποια χρήσιμα στοιχεία για την ανίχνευση ποικίλων προβλημάτων. Αυτά αφορούν προβλήματα συναισθηματικά, κατάθλιψη, άγχους, σκέψης, σωματικά, προσοχής /

υπερκινητικότητα, εναντιωματικά / προκλητικά, διαγωγής, συμπεριφοράς, μαθησιακά και προβλήματα κοινωνικά.

Ο υπεύθυνος ειδικός θα πρέπει να συνθέτει και να συνδυάζει τα αποτελέσματα που έχουν συγκεντρωθεί, έτσι ώστε να επιτυγχάνει την πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της λειτουργικότητας του παιδιού. Για αυτό, καμία βαθμολογία των εργαλείων δεν πρέπει να παίρνει αυτόματα θέση διάγνωσης.

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι χρήσιμο και για έναν λογοθεραπευτή. Πέρα από τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τον βοηθά να εντοπίσει πως η συγκεκριμένη διαταραχή επιδρά ως αιτιογόνο στην παρουσία συνοδών προβλημάτων όπως προβλήματα συναισθηματικά, κατάθλιψη, άγχους, σκέψης, σωματικά, προσοχής / υπερκινητικότητα, εναντιωματικά / προκλητικά, διαγωγής, συμπεριφοράς, μαθησιακά και προβλήματα κοινωνικά. Έχοντας μια συνολική εικόνα για το κάθε παιδί μπορεί να διαμορφώσει μια πιο αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση καθώς και να παραπέμψει και σε άλλες ειδικότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Η πολύπλευρη παρέμβαση ατόμων με ΔΕΠ-Υ βοηθά και στην αποτελεσματικότερη κατάκτηση και γενίκευση των στόχων που θέτονται από έναν λογοθεραπευτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association, 2000. *DSM-IV-TR*. Washington
- Ammerman, R.I., Hersen, M., (1997). *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents*. USA: John Wiley and Sons
- Asherson, P., Chen, W., (2007). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 4 -5
- Βακόνδιος (2010). Διπολική Διαταραχή (Μανιοκατάθλιψη). Ανάκτηση 06/07/2010 από <http://www.dromostherapeia.gr>
- Βοστάνης Π., (2006). Εκπαίδευση για Παιδιά με ΔΕΠ-Υ: Οδηγός για Γονείς και Εκπαιδευτικούς. *Κέντρο Πληροφόρησης για την Ψυχική Υγεία του Παιδιού και του Εφήβου*. Ανάκτηση 12/03/2006, από <http://www.noesi.gr/book/export/html/378>
- Βοστάνης Π., (2003). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ADHD). Ανάκτηση 20/06/2003 από <http://www.childmentalhealth.gr>
- Balint et al, (2009), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Gender- and Age- Related Differences in Neurocognition. Ανάκτηση 20/08/2008, από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Barkley R.A., Cox D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*: Volume 38, No 1, pp 113-128 Ανακτήθηκε από <http://www.wikipedia.org>
- Barnes, B. Colquhoun., I., (2002). *Το υπερκινητικό παιδί- Τα αίτια, τα προβλήματα & οδηγός αντιμετώπισης θεραπείας*. Μτφ. Νάτσου Θ. Αθήνα: Θυμάρι
- Biederman J. ,Newcorn J. , Sprich S. (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*: Volume 148, pp 564-577
- Case, R and Khanna., F. (1981). The missing links: Stages in children's progression from sensorimotor to logical thought. *New Directions for Child Development: vol.12, Cognitive development*, San Francisco: Jossey –Bass. Children with Specific Learning Disabilities Act, (91-230,1969)
- Corsini, R., (1994). *Encyclopedia of Psychology*, New York : Wiley

- Dumontheil, I., Burgess, P., Blakemore, S., (2008). Development of rostral prefrontal cortex and cognitive and behavioral disorders. *Dev Med Child Neurol*, 50:3, 168-181
- Elia, J., Ambrosini, P. J., & Rapoport, J. L. (1999). Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 340(10), 780-788.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spenser, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., Adamson, J.J., Monuteaux, M.C., (2006). Diagnosing Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are Late Onset and Sub threshold Diagnoses Valid?. *American Psychiatric Association*, 163:10, 1720-1729
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Kahn, R.S., (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Arch Pediatric Adolescent Med.*, 161:9, 857-864
- Greenberg, G.S., Horn, W.F. (1991). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Illinois: Research Press
- Hanc, T., Cieslik, J., (2008). Growth in stimulant-naïve Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder using cross sectional and longitudinal approaches. *Pediatrics*, 121:4, 967-974
- Hinshaw, S. (1994) *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ingram S. (1999), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, volume 5, issue 3, pages 243-250, 1999.
- Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M, Hinshaw S, et al. *Cost-effectiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD*. *The American Journal of Psychiatry* 2005;162:1628-36.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγέλη, Κ., Ευσταθίου, Γ., (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV, Στάθμιση της κλίμακας ADHD-IV*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κωτσόπουλος, Σ. Ι., (2004). Φαρμακευτική Αγωγή των Ψυχιατρικών Διαταραχών στο Παιδί και Έφηβο. *Εγκέφαλος*, 41 : 1, 3 – 18
- Kenney, C., Kuo, Sh., Jimenez-Shahed, J., (2008). Tourette's syndrome. *American Family Physician*, 77:5, 651-658, 659-660

- Kingsley, R.S. & Tynan, W.D. (2008). What is ADHD? KidsHealth. Ανάκτηση 14/03/2009, από <http://kidshealth.org/parent/medicalliearning/adhd.html>
- Lewis, M., (2002). *Child and adolescent psychiatric. A comprehensive Textbook* (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Μπελιβανάκη, Μ., Κολαΐτης, Γ., Κανάρη, Ν., Τσιάντης, Ι., (2006). Συμπτωματολογία Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονται σε ψυχιατρική μονάδα. *Εγκέφαλος*, 43 : 2, 2 – 23
- Miller P. H and Zalenski, R. (1982). Preschooler's knowledge about attention. *Developmental Psychology*, 18
- Millichap, J.G., (2008). Etiologic Classification of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 121, 358-365
- Monsell, S., Driver J., (2000). *Control of cognitive processes, Attention and Performance XVIII*. U.S.A.: The Mit Press
- Olfson, M., (2004). New Options In The Pharmacological Management of ADHD. *The American Journal of Managed Care*, 10:4, 117-124
- Oakes, L. M., and Tellinghuisen, D.J., (1994). Examining in infancy: Does it reflect active processing? *Developmental Psychology*, 30, 748- 756.
- Παπαγεωργίου, Β.Α., (2005). *Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University studios press
- Παπαγεωργίου, Β., Νταφούλης, Β., (2004). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. *Νέα Παιδιατρικά Χρονικά*, 4 : 2, 143 – 151
- Power, T.J., Mautone, J.A., Manz, P.H., Frye, L., Blum, N.J., (2008). Managing Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in Primary Care: A Systematic Analysis of Roles and Challenges. *Pediatrics*, 121:1, 65-72
- Ronald et al, (2005). Treatment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. *Pediatrics*, 115, 749-757
- Ruff , H., Rothbart, M., (1996). *Attention in Early Development*. New York: Oxford University Press
- Ruff, H.A., and Turkewitz, G.,(1979). The changing role of stimulus intensity in infants' visual attention. *Perceptual and Motor Skills*, 48,815-826.
- Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., Μαυρέας, Β., (2007) *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και πδηγίες για τη διάγνωση*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Sandberg, S. (Ed.). (1996). *Hyperactivity disorders of childhood*.

Cambridge monographs on child and adolescent psychiatry 2. New York: Cambridge University Press.

- Sengwee, T., Pharm, B., (2006). Datapoints: Trends in ADHD and Stimulant Use Among Children. *American Psychiatric Association*, 57, 1091
- Soleil G., (1995). Understanding and identifying children with ADHD [microform] : first steps to effective intervention. *Educational Resources Information Center*.
- Szymanski, M., L., Zolotor, A., (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Management. *American Family Physician*, 64: 8, 1355- 1362
- Vance, H.B., Pumariega J.A., (2001). *Clinical assessment of child and adolescent behavior*. U.S.A.: John Willey & Sons
- Walker, C.E., Roberts, M., (2001). *Handbook of clinical child psychology (3rd Ed.)*. Canada: John Wiley & Sons
- Wicks- Nelson, R., Israel, A., (2003). *Behavior Disorders of Childhood*. U.S.A.: Prentice Hall

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ