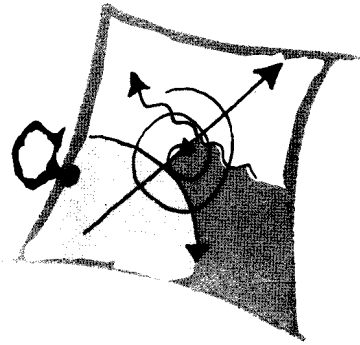


ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Μ. ΚΟΚΚΙΝΟΣ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ – ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠ-Υ) ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ε. Κάκουρος¹, Κ. Μανιαδάκη² & Ο. Καραμπά³

ΣΥΝΟΨΗ

Η επιθετική συμπεριφορά των παιδιών προσχολικής ηλικίας αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής (Ε.Π.Δ.), η οποία συχνά συνυπάρχει με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Ο πρώτος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή της συχνότητας και του τρόπου συνεμφάνισης των προβλημάτων αυτών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ο δεύτερος στόχος ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων τους ως προς το βαθμό σοβαρότητας των δυσκολιών αυτών και τις επιπτώσεις τους σε διάφορους τομείς της ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του. Η πλήρης μορφή του Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) χορηγήθηκε σε 317 μητέρες και 317 πατέρες παιδιών ηλικίας 3-6 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 11,3% των παιδιών του δείγματος εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ και επιθετικές μορφές συμπεριφοράς, ενώ τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και οι επιθετικές μορφές συμπεριφοράς συσχετίζονται θετικά όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και με τα συναισθηματικά προβλήματα και τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Στη βάση των αποτελεσμάτων αυτών, συζητείται ο ρόλος των γονεϊκών αντιλήψεων για την ανάπτυξη της επιθετικής συμπεριφοράς, καθώς και η σημασία της έγκαιρης παρέμβασης για την πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών.

THE EFFECT OF ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) ON THE MANIFESTATION OF AGGRESSIVE BEHAVIOR

E. Kakouros, K. Maniadaki & O. Karamba

ABSTRACT

Clinically significant aggressive behaviors of preschool children constitute one of the basic characteristics of Oppositional Defiant Disorder (ODD), which often co-occurs with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The aim of this study was twofold: a) to provide information about the prevalence rates and examine the relationship between symptoms of hyperactivity and aggressive behavior and b) to investigate parents' perceptions of the children's social impairment, distress, chronicity of difficulties and burden to others. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) was administered to 317 mothers and 317 fathers of children aged 3-6. According to the results, 11.3% of the children face symptoms of hyperactivity and aggressive behavior. Moreover, these problems are positively correlated to each other and to emotional difficulties and difficulties in the relationships with peers as well. On the basis of these results, the role of parents' perceptions in the development of aggressive behavior and the importance of early intervention in the prevention and management of behavior problems of children are discussed.

¹ Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Τμήμα Βρεφονηπιοκομίας, Διευθυντής Ψυχολογικού Κέντρου «ΑΡΣΗ», e-mail: info@arsi.gr, website: www.arsi.gr

² University of Southampton, Department of Psychology, Επιστημονικός Συνεργάτης Ψυχολογικού Κέντρου «ΑΡΣΗ», e-mail: kathrin@compulink.gr

³ Επιστημονικός Συνεργάτης Ψυχολογικού Κέντρου «ΑΡΣΗ», e-mail: raniakaraba@yahoo.gr

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) εμφανίζεται στον πληθυσμό των παιδιών σχολικής ηλικίας με συχνότητα 3% έως 5% περίπου (APA, 1994) και αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες παραπομπής τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Πρόκειται για μία αναπτυξιακή διαταραχή με οργανικό υπόστρωμα, η οποία δεν οφείλεται σε κάποια αισθητηριακή, κινητική ή γλωσσική δυσλειτουργία, σε νοητική υστέρηση ή συναισθηματική διαταραχή. Η έναρξη των συμπτωμάτων της τοποθετείται στη νηπιακή ηλικία και έχει διαπιστωθεί πως τα συμπτώματά της αντέχουν στο χρόνο και τις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες (Barkley, 1997).

Η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα αποτελούν τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα οποία επηρεάζουν κυρίως τους τομείς της μάθησης και της συμπεριφοράς. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να αντιμετωπίζει και δευτερογενείς δυσκολίες, ο βαθμός σοβαρότητας και η έκβαση των οποίων επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την αλληλεπίδραση του παιδιού με το κοινωνικό περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002α). Η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί συχνά μία από αυτές τις δευτερογενείς δυσκολίες, με πολύ σημαντικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η αδυναμία τους να αναστείλουν τις παρορμητικές τους αντιδράσεις και να ακολουθήσουν εντολές και κανόνες. Για το λόγο αυτό, οι γονείς έρχονται πολλές φορές καθημερινά αντιμέτωποι με την άρνηση των παιδιών αυτών να συμμορφωθούν με τις οδηγίες τους. Η άρνηση αυτή συχνά εκφράζεται με πείσμα, προκλητικότητα και αντιδραστικότητα. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δέχονται συνήθως περισσότερες παρατηρήσεις, επικρίσεις και τιμωρίες για τη διασπαστική συμπεριφορά τους. Όμως αυτός ο τρόπος χειρισμού των καταστάσεων εκ μέρους των γονέων δεν φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς του παιδιού (Dishion, 1990). Αντίθετα, η επικριτική στάση των γονέων συχνά δημιουργεί στο παιδί με ΔΕΠ-Υ έντονα συναισθήματα αποστέρησης εξαιτίας της μη ικανοποίησης των επιθυμιών του, τα οποία με τη σειρά τους ενισχύουν την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς και κορυφώνουν τις συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Μία από τις πιο σημαντικές θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί για την ερμηνεία της διατήρησης της επιθετικής συμπεριφοράς έχει προταθεί από τον Patterson (1976, 1982 cited in Baden & Howe, 1992). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, σε οικογένειες που χαρακτηρίζονται από αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών τους η επιθετική συμπεριφορά διατηρείται και ανακυκλώνεται από δύο κατευθύνσεις. Από τη μια πλευρά, οι γονείς συνεισφέρουν στη διατήρηση αυτού του δυσλειτουργικού τρόπου αλληλεπίδρασης με το παιδί είτε αγνοώντας επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς είτε αποδίδοντας υπερβολική προσοχή σε ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς. Από την άλλη πλευρά, το παιδί ανταποκρίνεται σε αυτή την ασυνεπή τακτική των γονέων με αύξηση της επιθετικής του συμπεριφοράς. Προ αυτής της κατάστασης, οι γονείς συχνά χαλαρώνουν τις μεθόδους πειθαρχίας τους και ενδίδουν στις απαιτήσεις των παιδιών μη εφαρμόζοντας με συνέπεια τους κανόνες που οι ίδιοι έχουν θέσει, προκειμένου να αποφύγουν τις συνεχείς συγκρούσεις. Με τον τρόπο αυτό όμως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εισπράττουν το μήνυμα πως, η εκδήλωση επιθετικής και προκλητικής συμπεριφοράς είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την ικανοποίηση των επιθυμιών τους ή την αποφυγή συμμόρφωσης με τους κανόνες των γονέων (Baden & Howe, 1992). Επομένως, μέσω μίας σειράς αρνητικών και αναποτελεσματικών αλληλεπιδράσεων («φαύλοι κύκλοι»), ενισχύεται και κορυφώνεται η

επιθετική συμπεριφορά των παιδιών στα πλαίσια της οικογένειας ενώ ενδέχεται να επεκταθεί και έξω από αυτήν.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ λειτουργούν συχνά ως καταλύτης για την ανάπτυξη των συμπτωμάτων της Ε.Π.Δ. και της Δ.Δ. (Angold et al., 1999). Σύμφωνα με πλήθος ερευνητικών δεδομένων, η ΔΕΠ-Υ εμφανίζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τις δύο διαταραχές. Υπολογίζεται πως το 35-70% του κλινικού δείγματος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια για Ε.Π.Δ. μέχρι την ηλικία των 7 ετών και το 30-50% για Δ.Δ. (Abikoff & Klein, 1992; Barkley, Anastopoulos et al., 1991). Σε περίπτωση που η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μία από αυτές τις δύο διαταραχές, η ένταση των συμπτωμάτων είναι σοβαρότερη και η πρόγνωση δυσμενέστερη. Σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. ή Δ.Δ. εμφανίζουν συνήθως υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας, εμπλοκής σε καβγάδες και τάσης για ψέμματα (Barkley, 1990), ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους γονείς τους (Johnston & Pelham, 1986; Κάκουρος, 1998).

Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με την Ε.Π.Δ. και τη Δ.Δ. αφενός θέτουν σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με την ορθότητα ευδιάκριτων ορίων μεταξύ των διαταραχών και αφετέρου καταδεικνύουν με σαφή τρόπο πως τα προβλήματα των παιδιών δεν εμφανίζονται μεμονωμένα, αλλά συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με δυναμικό τρόπο (Angold et al., 1999; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002β).

Ωστόσο, πρέπει να καταστεί σαφές πως τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της παρορμητικότητας και της απροσεξίας δεν οδηγούν σε όλες τις περιπτώσεις στην εμφάνιση της Ε.Π.Δ. ή της Δ.Δ. Οι υπερασπιστές της θεωρίας της επεξεργασίας πληροφοριών (information-processing model) τονίζουν τον ρόλο των γονεϊκών αντιλήψεων ως καθοριστικού παράγοντα στον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών (Dix & Grusec, 1985 cited in Hastings and Rubin, 1999). Ο τρόπος με τον οποίον οι γονείς επεξεργάζονται ή ερμηνεύουν τη συμπεριφορά ενός παιδιού θεωρείται ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά τους απέναντί του και συνεπώς και την ανάπτυξή του (Johnston & Patenaude, 1994; Mash & Johnston, 1990; Rubin & Mills, 1990). Στην προσπάθειά τους λοιπόν, να ερμηνεύσουν ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς, όπως απροσεξία και παρορμητικότητα, οι γονείς κατασκευάζουν τις δικές τους θεωρίες, τις οποίες οι ειδικοί αποκαλούν συνήθως υπολανθάνουσες θεωρίες. Στην περίπτωση λοιπόν, των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. ή Δ.Δ. έχει διαπιστωθεί πως οι γονείς αντιδρούν με αρνητικό τρόπο στις διασπαστικές μορφές συμπεριφοράς και αποδίδουν τον τρόπο αυτό συμπεριφοράς σε σκόπιμες ενέργειες από την πλευρά των παιδιών, αμετάβλητες στο χρόνο και σε διαφορετικές καταστάσεις, καθώς και δύσκολα ελέγξιμες ή τροποποιήσιμες (Baden & Howe, 1992; Freeman, et al., 1997; Johnston et al., 1992; Johnston & Pelham, 1997). Τις περισσότερες φορές το παιδί με ΔΕΠ-Υ, ήδη από τη νηπιακή ηλικία, δέχεται παρατηρήσεις και τιμωρίες για την αδυναμία του να ελέγξει την κινητική του δραστηριότητα, να αναστείλει τις παρορμητικές του αντιδράσεις και να επικεντρώσει την προσοχή του σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Σε περίπτωση λοιπόν, που οι γονείς δεν αποδώσουν αυτές τις μορφές συμπεριφοράς στην αδυναμία του παιδιού να συμπεριφερθεί σύμφωνα με τις απαιτήσεις τους, αλλά στη σκόπιμη αντιδραστικότητα ή προκλητικότητά του, είναι πιθανό να συνεχίσουν την επικριτική τους στάση και να προβούν σε πιο σκληρές μεθόδους πειθαρχίας προκειμένου να χειραγωγήσουν το παιδί. Ωστόσο, η αύξηση της τιμωρητικής συμπεριφοράς οδηγεί συχνά στη κορύφωση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας και στη διατήρηση της επιθετικής συμπεριφοράς.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις καθιστούν αναγκαία τη διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων για την ύπαρξη συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. στα παιδιά προσχολικής ηλικίας,

με σκοπό την ανάδειξη της σπουδαιότητας του ρόλου τους στην έγκαιρη παρέμβαση για την πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας και του τρόπου συνεμφάνισης της ΔΕΠ-Υ και της Ε.Π.Δ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας καθώς και η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων ως προς το βαθμό σοβαρότητας των δυσκολιών αυτών και τις επιπτώσεις τους σε διάφορους τομείς της ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 634 γονείς (317 μητέρες και 317 πατέρες) 317 παιδιών ηλικίας 3 έως 6 ετών, τα οποία φοιτούσαν σε νηπιαγωγεία και παιδικούς σταθμούς στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν συμπληρωμένα απαραίτητως και από τους δύο γονείς. Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων ήταν 34,8 έτη και το επίπεδο εκπαίδευσης τους σχετικά ψηλό, καθώς το 48,7% αυτών είχαν πτυχίο Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και το 34,9% απολυτήριο Λυκείου.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στα πλαίσια μίας ευρύτερης ερευνητικής προσπάθειας για τη μελέτη των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η πλήρης μορφή του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ; Goodman, 1997), η οποία χρησιμοποιείται για την ανίχνευση διαφόρων προβλημάτων της παιδικής ηλικίας, ενώ ταυτόχρονα διερευνά τις εκτιμήσεις των γονέων για τις επιπτώσεις των προβλημάτων αυτών στη ζωή των παιδιών και της οικογένειάς τους.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 5 Κλίμακες, κάθε μία από τις οποίες περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις. Τέσσερις από τις Κλίμακες αναφέρονται στην παρουσία δυσκολιών, ενώ μία αναφέρεται στην παρουσία επιθυμητής κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι πέντε Κλίμακες είναι οι εξής: 1) Κλίμακα Υπερκινητικότητας, 2) Κλίμακα Συναισθηματικών Δυσκολιών, 3) Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς, 4) Κλίμακα Δυσκολιών στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους και 5) Κλίμακα Προκοινωνικής Συμπεριφοράς. Οι τέσσερις πρώτες κλίμακες συνιστούν και τη Συνολική Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς. Ο γονέας καλείται να σημειώσει σε μία τριβάθμια κλίμακα κατά πόσο η συγκεκριμένη συμπεριφορά που περιγράφεται σε κάθε ερώτηση (1) Δεν ισχύει, (2) Ισχύει κάπως ή (3) Ισχύει σίγουρα για το συγκεκριμένο παιδί. Σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία σε κάθε Κλίμακα, η συμπεριφορά του παιδιού χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική, οριακή ή αποκλίνουσα, σε σχέση με το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Κλίμακας.

Στο δεύτερο μέρος του Ερωτηματολογίου ο γονέας καλείται να εκτιμήσει αν το παιδί αντιμετωπίζει κάποιες δυσκολίες και, στην περίπτωση αυτή, να παράσχει πληροφορίες σχετικά με τη διάρκεια αυτών, καθώς επίσης σχετικά με τις επιπτώσεις τους στην οικογενειακή ζωή, τις σχέσεις με τους φίλους, τη διασκέδαση και τη σχολική μάθηση.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων στους δύο γονείς έγινε από τους παιδαγωγούς των παιδιών. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε εντός τριών ημερών και τονίστηκε

πως στην έρευνα θα συμπεριληφθούν ερωτηματολόγια, τα οποία θα είναι συμπληρωμένα απαραίτητως και από τους δύο γονείς. Οι γονείς έλαβαν ακόμη μία συνοδευτική επιστολή η οποία τους ενημέρωνε για τους σκοπούς της έρευνας και περιελάμβανε πληροφορίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων καθώς και για την εξασφάλιση του απορρήτου των απαντήσεων. Συνολικά, εστάλησαν 2.000 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 634. Το χαμηλό ποσοστό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (25%) οφείλεται βασικά στην απουσία συνεργασίας από την πλευρά των πατέρων, γεγονός το οποίο συναντάται συχνά στις έρευνες των κοινωνικών επιστημών.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων, το 8% περίπου των παιδιών του δείγματος συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία στη Συνολική Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να θεωρείται ότι παρουσιάζει αποκλίνουσα συμπεριφορά, ενώ το 10,5% των παιδιών βρέθηκε πως αντιμετωπίζει δυσκολίες σε οριακό βαθμό. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή της συχνότητας των παιδιών, τα οποία παρουσιάζουν φυσιολογική, οριακή ή αποκλίνουσα συμπεριφορά σε κάθε μία από τις τέσσερις Κλίμακες εμφάνισης προβλημάτων, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων τους.

Πίνακας 1. Κατανομή συχνότητας (%) των παιδιών, τα οποία παρουσιάζουν φυσιολογική, οριακή ή αποκλίνουσα συμπεριφορά σε κάθε μία από τις τέσσερις Κλίμακες εμφάνισης προβλημάτων, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων τους

Κλίμακες	Συμπεριφορά		
	Φυσιολογική	Οριακή	Αποκλίνουσα
1. Υπερκινητικότητα	83,6%	6,0%	10,4%
2. Συναισθηματικών Δυσκολιών	82,5%	6,8%	10,7%
3. Προβλημάτων Συμπεριφοράς	65,6%	18%	16,4%
4. Δυσκολιών στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους	82,0%	8,1%	9,9%

Τα αγόρια του δείγματος βρέθηκε να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο σε σχέση με τα κορίτσια στην Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς [$\chi^2(2,617)=7,0$, $p<.05$] και στην Κλίμακα Υπερκινητικότητας [$\chi^2(2,617)=12,7$, $p<.05$].

Για την εκτίμηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στις έξι Κλίμακες (συμπεριλαμβανομένης και της Συνολικής Κλίμακας Προβλημάτων Συμπεριφοράς) του SDQ, υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας (Pearson's r) μεταξύ των βαθμών που συγκέντρωσαν τα υποκείμενα σε κάθε μία από τις Κλίμακες αυτές χωριστά. Σύμφωνα με τον Πίνακα 2, η Συνολική Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς παρουσιάζει θετική συνάφεια και με τις τέσσερις Κλίμακες εμφάνισης Προβλημάτων. Επιπλέον, η Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς και η Κλίμακα Υπερκινητικότητας συσχετίζονται όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και με τη Κλίμακα Συναισθηματικών Δυσκολιών και τη Κλίμακα Δυσκολιών στις Σχέσεις με Συνομηλίκους. Επομένως, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά του δείγματος σε διάφορους τομείς βρέθηκε πως δεν εμφανίζονται μεμονωμένα, αλλά συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Πίνακας 2. Δείκτες Συνάφειας μεταξύ των έξι Κλιμάκων του SDQ

Κλίμακες	Δείκτες Συνάφειας					
	1	2	3	4	5	6
1.Συνολική Κλίμακα						
Προβλημάτων Συμπεριφοράς	1,00	0,77**	0,68**	0,66**	0,51**	-0,36**
2.Υπερκινητικότητας	0,77**	1,00	0,30**	0,45**	0,15**	-0,24**
3.Συναισθηματικών Δυσκολιών	0,68**	0,30**	1,00	0,29**	0,24**	-0,92*
4.Προβλημάτων Συμπεριφοράς	0,66**	0,45**	0,29**	1,00	0,17**	-0,30**
5.Δυσκολιών στις Σχέσεις με Συνομηλικούς	0,51**	0,15**	0,24**	0,17**	1,00	-0,36**
6.Προκοινωνικής Συμπεριφοράς	-0,36**	-0,24**	-0,92*	-0,30**	-0,36**	1,00

*= $p < .05$: έλεγχος επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (two-tailed test)**= $p < .01$: έλεγχος επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας διπλής κατεύθυνσης (two-tailed test)

Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόστηκε με σκοπό να διερευνηθεί εάν η πιθανότητα παρουσίας συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς. Για το λόγο αυτό, η Κλίμακα Υπερκινητικότητας ορίστηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή και η Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς ως εξαρτημένη. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη πιθανότητα παρουσίας συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και την πιθανότητα ύπαρξης προβλημάτων συμπεριφοράς ($\beta = .452$, $p < .001$). Τα παιδιά δηλαδή τα οποία παρουσιάζουν συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ βρέθηκε ότι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν στο μέλλον σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς.

Από το σύνολο των παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, το 69,3% παρουσιάζει παράλληλα και προβλήματα συμπεριφοράς [$\chi^2(1,621) = 66,3$, $p < .001$], ενώ το ποσοστό των παιδιών που βρέθηκε να αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς και ΔΕΠ-Υ είναι 11,3%.

Οι Πίνακες 3 και 4 παρουσιάζουν αντίστοιχα τις συχνότητες εμφάνισης των μεμονωμένων συμπτωμάτων της Κλίμακας των Προβλημάτων Συμπεριφοράς και της Κλίμακας της Υπερκινητικότητας ως προς το φύλο των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ.

Πίνακας 3. Συχνότητες εμφάνισης των μεμονωμένων συμπτωμάτων της Κλίμακας των Προβλημάτων Συμπεριφοράς ως προς το φύλο των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ.

Συμπτώματα	Φύλο		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	
Εσπάσματα νεύρων	49,0%	28,6%	42,9%
Ανυπακοή	63,2%	36,8%	27,1%
Καβγάδες	16,3%	0%	11,4%
Ψέματα	69,2%	30,8%	18,6%
Κλοπές	2,0%	4,8%	2,9%

Πίνακας 4. Συχνότητες εμφάνισης των μεμονωμένων συμπτωμάτων της Κλίμακας Υπερκινητικότητας στο πληθυσμό των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ.

Συμπτώματα	Φύλο		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	
Αυξημένη Κινητικότητα	87,8%	52,4%	77,1%
Νευρικές Κινήσεις	57,1%	14,3%	44,3%
Διάσπαση Προσοχής	38,8%	38,1%	38,6%
Παρορμητικότητα	66,7%	33,3%	68,6%
Περιορισμένη Ικανότητα Συγκέντρωσης της Προσοχής	12,2%	42,9%	21,4%

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας (Πιν. 3), το πιο συχνό πρόβλημα συμπεριφοράς του συνόλου των παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. είναι τα ξεσπάσματα νεύρων. Ακολουθεί η ανυπακοή στις επιταγές των μεγάλων, η τάση να λένε ψέματα και οι καβγάδες, ενώ η χαμηλότερη σε συχνότητα ανεπιθύμητη συμπεριφορά είναι η κλοπή αντικειμένων. Επίσης, τα πιο συχνά συμπτώματα υπερκινητικότητας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά (Πιν.4) είναι η αυξημένη κινητικότητα και η παρορμητικότητα, ενώ ακολουθούν σε βαθμό συχνότητας οι νευρικές κινήσεις, η διάσπαση προσοχής και η περιορισμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής.

Τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. βρέθηκε πως παρουσιάζουν ξεσπάσματα νεύρων [$\chi^2(2,70)=9,5$, $p<.01$], αυξημένη κινητικότητα [$\chi^2(1,70)=10,4$, $p=.001$] και νευρικές κινήσεις [$\chi^2(2,70)=14,1$, $p=.001$] σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα κορίτσια. Επίσης εμπλέκονται σε καβγάδες και διενέξεις [$\chi^2(2,70)=5,8$, $p<.05$] πιο συχνά σε σχέση με τα κορίτσια. Αντίθετα, φαίνεται ότι τα κορίτσια δυσκολεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα αγόρια να φέρουν σε πέρας μία εργασία και έχουν περισσότερες δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής [$\chi^2(2,70)=8,6$, $p<.05$].

Σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων που προέρχονται από το δεύτερο μέρος του SDQ, σχετικά με τις εκτιμήσεις των γονέων για τις επιπτώσεις των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά του δείγματος, περισσότεροι από τους μισούς γονείς των παιδιών με συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. (55,7%) δηλώνουν ότι το παιδί τους δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία. Παρόλο δηλαδή που οι γονείς θεωρούν πως τα παιδιά τους εκδηλώνουν συμπτώματα υπερκινητικότητας και προβλημάτων συμπεριφοράς, δε φαίνεται να αντιλαμβάνονται αυτές τις δυσκολίες ως πρόβλημα που αναστατώνει το παιδί.

Πίνακας 5. Αντιλήψεις των γονέων των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. για το βαθμό σοβαρότητας των επιπτώσεων των δυσκολιών αυτών σε διάφορους τομείς της ζωής των παιδιών

Επιπτώσεις των δυσκολιών σε διάφορους τομείς της ζωής των παιδιών	Βαθμός σοβαρότητας των δυσκολιών		
	Καθόλου	Ελάχιστα	Αρκετά
1. Οι δυσκολίες αναστατώνουν το παιδί	32,3%	38,7%	29,0%
2. Οι δυσκολίες ως εμπόδιο στη ζωή στο σπίτι	32,3%	22,6%	45,1%
3. Οι δυσκολίες ως εμπόδιο στις φίλιες	44,8%	48,3%	6,9%
4. Οι δυσκολίες ως εμπόδιο στη σχολική μάθηση	24,1%	41,4%	34,4%
5. Οι δυσκολίες ως εμπόδιο στη ψυχαγωγία	51,6%	29,0%	19,3%
6. Οι δυσκολίες αποτελούν βάρος για την οικογένεια	12,9%	48,4%	38,7%

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του Πίνακα 5, οι γονείς φαίνεται να υποτιμούν τις επιπτώσεις των δυσκολιών των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. σε διάφορους τομείς της ζωής τους με εξαίρεση αυτόν της σχολικής μάθησης, αν και παράλληλα δηλώνουν πως ενοχλούνται από αυτές έστω και σε πολύ μικρό βαθμό.

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν αφενός η καταγραφή της συχνότητας και του τρόπου συνεμφάνισης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και αφετέρου η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων ως προς το βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων αυτών και τις επιπτώσεις τους σε διάφορους τομείς της ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα, το 18,5% των παιδιών του δείγματος αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες, με βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των γονέων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, τα οποία δηλώνουν πως το 15-22% περίπου των παιδιών και εφήβων αντιμετωπίζει προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες (Meltzer et al., 2000; Romano et al., 2001). Οι γονείς θεωρούν πως το 16,4% των παιδιών του δείγματος παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Κλίμακα Υπερκινητικότητας) και το 34,4% Ε.Π.Δ. (Κλίμακα Προβλημάτων Συμπεριφοράς). Η αναλογία αγοριών - κοριτσιών ως προς τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι 3:1 και εντάσσεται μέσα στο εύρος της αναλογίας που προτείνει το DSM-IV (APA, 1994). Επιπλέον, βρέθηκε πως τα αγόρια είναι περισσότερο ευέξαπτα και ανυπάκουα, ότι εμπλέκονται πιο συχνά σε καβγάδες και έχουν την τάση να λένε περισσότερα ψέμματα σε σχέση με τα κορίτσια.

Η ύπαρξη συνάφειας ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και την Ε.Π.Δ. έχει τεκμηριωθεί από πλήθος ερευνητικών μελετών (Abikoff & Klein, 1992; Barkley, Anastopoulos et al., 1991; Gadow & Nolan, 2002; Johnston & Pelham, 1986; Speltz et al., 1999). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το 11,3% των παιδιών του δείγματος παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. παρουσιάζουν μεταξύ άλλων σε υψηλά ποσοστά ξεσπάσματα νεύρων, ανυπακοή, τάση για ψεύδη και εμπλοκή σε καβγάδες, εύρημα που είναι αντίστοιχο με ευρήματα άλλων ερευνών (Gadow & Nolan, 2002; Johnston & Pelham, 1986; Matthys et al., 1999). Επιπλέον, βρέθηκε πως η ΔΕΠ-Υ και η Ε.Π.Δ. συσχετίζονται θετικά όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και με τις συναισθηματικές δυσκολίες και τις δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Φαίνεται λοιπόν, πως τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζονται μεμονωμένα, αλλά είναι δυνατό να συνυπάρχουν με άλλα προβλήματα. Όπως παρατηρούν οι Goldstein και Goldstein (1998), τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να λειτουργήσουν ως καταλύτης στην εμφάνιση και άλλων προβλημάτων, ιδιαίτερα στην περίπτωση που συνδυαστούν με αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ως αποτέλεσμα, τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται και στη βάση αυτών εμφανίζονται νέα, διαφορετικά συμπτώματα (αρχή της επιγένεσης της συμπεριφοράς⁴), τα οποία δημιουργούν την εικόνα της συνύπαρξης διαφορετικών διαταραχών.

⁴ Η αρχή της επιγένεσης αναφέρεται στην ανάπτυξη η οποία οικοδομείται πάνω σε ό,τι προϋπάρχει κάθε φορά. Οι νέες μορφές συμπεριφοράς εκπηγάζουν από παλιές. Οι προηγούμενες εμπειρίες και επιτεύγματα επηρεάζουν τους αναμενόμενους αναπτυξιακούς στόχους και τη συμπεριφορά που θα ακολουθήσει. Έτσι, η αρχή της επιγένεσης της συμπεριφοράς δείχνει ότι δεν είναι δυνατόν να κατανοήσουμε την παρούσα κατάσταση ή τη μελλοντική ανάπτυξη του ατόμου χωρίς να γνωρίζουμε το ατομικό εξελικτικό του ιστορικό.

Μία τέτοια θέση εγείρει σοβαρούς προβληματισμούς γύρω από την έννοια της συννοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών της παιδικής ηλικίας και το θέμα της ταξινόμησης, όπως αυτή παρουσιάζεται στα σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια. Σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10, οι διαταραχές θεωρούνται αυτόνομες οντότητες με ευδιάκριτα όρια, κάθε μία από τις οποίες έχει διαφορετική αιτιολογία, συμπτωματολογία και θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ταξινόμηση των διαταραχών είναι κατηγορική και έχει επηρεαστεί περισσότερο από το ιατρικό μοντέλο θεώρησης των ψυχικών διαταραχών. Όμως, η αυστηρή χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων ενδέχεται να δημιουργήσει δυσκολίες στην κλινική πράξη, καθώς ο τρόπος με τον οποίο ταξινομούνται οι διαταραχές καθορίζει τη διάγνωση και κατευθύνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Sonuga-Barke, 1998). Κατά την εκτίμησή μας, είναι προτιμότερο να αναφερόμαστε σε φάσματα προβλημάτων παρά σε αυστηρά καθορισμένες διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002β). Στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ και της Ε.Π.Δ. τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας ίσως μαρτυρούν την αποτυχία του υπάρχοντος τρόπου ταξινόμησης των διαταραχών αυτών να υποστηρίζουν την ύπαρξη αυστηρών ορίων μεταξύ τους (Angold et al., 1999). Για το λόγο αυτό, είναι προτιμότερο ο ειδικός που καλείται να βοηθήσει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και την οικογένειά του να μη χρησιμοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια με αυστηρό και απόλυτο τρόπο, αλλά να είναι σε θέση να κατανοεί τον τρόπο με τον οποίο στη βάση των πρωτογενών συμπτωμάτων δημιουργούνται νέα προβλήματα, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο οι δευτερογενείς δυσκολίες επηρεάζουν συνολικά τη συμπεριφορά του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000, 2002β).

Ο δεύτερος στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων ως προς το βαθμό σοβαρότητας και τις επιπτώσεις των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Περίπου οι μισοί από τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. θεωρούν πως το παιδί τους δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία, ενώ περίπου το ένα τρίτο αυτών που εκτιμούν ότι το παιδί τους έχει δυσκολίες, δε θεωρεί ότι αυτές επιδρούν αρνητικά στη λειτουργικότητα του παιδιού. Ωστόσο, το 87% των γονέων αυτών δηλώνουν ότι οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή της οικογένειας. Επομένως, οι γονείς των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. φαίνεται να ενοχλούνται από τη διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών, χωρίς να αναγνωρίζουν και να κατανοούν ότι ο τρόπος αυτός συμπεριφοράς οφείλεται σε αντικειμενικές δυσκολίες του παιδιού. Είναι πιθανό οι γονείς των παιδιών αυτών στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τις ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς να κατασκευάζουν τις δικές τους υπολανθάνουσες θεωρίες, σύμφωνα με τις οποίες οι συμπεριφορές αυτές να μην αποδίδονται στις πραγματικές δυσκολίες του παιδιού, αλλά σε κάποιους άλλους παράγοντες, με αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά του παιδιού τους ως αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Είναι πιθανό λοιπόν, οι γονείς να θεωρούν ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνει ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα της ανωριμότητας, της τεμπελιάς ή της σκόπιμης προκλητικής του συμπεριφοράς. Αυτές οι αντιλήψεις με τη σειρά τους θα επηρεάσουν από τη μία πλευρά τη συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του, και από την άλλη τις αντιλήψεις που θα διαμορφώσει το ίδιο το παιδί για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Έτσι λοιπόν, το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι δυνατό να προκαλέσει τη προσοχή με διασπαστική συμπεριφορά ως απάντηση στον τρόπο με τον οποίο το αντιμετωπίζουν οι γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν με σαφήνεια πως οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ. έχουν συχνά εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά. Επομένως, ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η τροποποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων των γονέων ή άλλων σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος του παιδιού σχετικά με τα αίτια των

δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς και η αντικατάστασή τους από άλλες πιο ρεαλιστικές. Η τροποποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων αποτελεί μέρος της πολυεπίπεδης προσέγγισης, καθώς η αυστηρή εφαρμογή μεμονωμένων μεθόδων και τεχνικών έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση στοχεύει επίσης, στην υιοθέτηση νέων επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς μέσω άμεσων και συχνών ενισχύσεων, στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του παιδιού, στη βελτίωση των δυσλειτουργικών τρόπων επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας καθώς και στην αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς ή μάθησης που συχνά αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000, 2002β).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baden, A., D., & Howe, G., W. (1992). Mothers' attributions and expectancies regarding their conduct-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 467-485.
- Barkley, R. A. (1997). Attention- Deficit /Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of Childhood Disorders* (3rd ed., pp.71-129). N.Y.: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guerremont, D. C., & Fletcher, K.E. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescents: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- Clark, L.A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and Classification in psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of psychology*, 46, 121-153.
- Dishion, T. J. (1990). The family ecology of boys' peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.
- Freeman, W., Johnston, C., & Barth, F. (1997). Parent attributions for inattentive-overactive, oppositional-defiant and prosocial behavior in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 29, 239-248.
- Frick, P. J., Lahey, B. B. Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. L., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychological Review*, 13, 319-340.
- Gadow, K., & Nolan, E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD and ODD & ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 191-201.
- Hastings, P. D., & Rubin, K. H. (1999). Predicting mothers' beliefs about school-aged children's social behavior: evidence for maternal attitudes moderating child effects. *Child Development*, 70, 722-741.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Johnston, C., & Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 636-645.
- Johnston, C., & Patenaude, R. (1994). Parent attributions for inattentive-overactive and oppositional-defiant child behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 261-275.

- Johnston, C., & Pelham, W.E. (1986). Teacher ratings predict peer ratings of aggression at 3-year follow-up in boys with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 571-572.
- Johnston, C., Patenaude, R., & Inman, G. (1992). Attributions for hyperactive and aggressive child behaviors. *Social Cognition*, 10, 255-270.
- Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην εφηβεία. *Αρχαία Εταιρείας Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου και Παιδιού (ΕΨΨΕΠ)*, 19, 89-92.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002α). Το σύνδρομο της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας και η επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία*, 101, 152-166.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002β). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Matthys, W., Cuperus, J. M., & Engeland, H. V. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2000). *Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Romano, E., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M. & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 451-461.
- Rubin, J., & Mills, R. S. L. (1990). Maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors in normal, aggressive and withdrawn preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 419-435.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (1998). Categorical Models of Childhood Disorder: A Conceptual and Empirical Analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 115-133.
- Sonuga-Barke, E.J.S., & Balding, J. (1993). British parents' beliefs about the causes of three forms of childhood psychological disturbance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 367-376.
- Speltz, M.L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845.