



Στρατηγικές
Ανάπτυξης
Εφηβικής
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

Διευθύντρια : Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : «ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΤΥΠΟΥ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ : ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΣΕ
ΕΠΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ EUnetADB »**

Γεωργία Χαραλαμποπούλου, Ψυχολόγος

A.M : 20170119

Επιβλέπουσα (ΜΔΕ): Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

ΑΘΗΝΑ , 2020

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Διευθύντρια : Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : «ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΤΥΠΟΥ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ : ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΣΕ
ΕΠΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ EUnetADB »

Γεωργία Χαραλαμποπούλου, Ψυχολόγος

A.M : 20170119

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή :

Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα , Διευθύντρια του ΠΜΣ «Στρατηγικές
Ανάπτυξης της Εφηβικής Υγείας» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Αν. Καθηγήτρια Λωρέττα Θωμαΐδου

Επίκ. Καθηγήτρια Υγιεινής Θεοδώρα Ψαλτοπούλου

ΑΘΗΝΑ , 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Στρατηγικές Ανάπτυξης της Εφηβικής Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτα από όλους, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα για την πολύτιμη καθοδήγησή της και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε. Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω το βιοστατιστικό Αλέξανδρο Γρυπάρη, ο οποίος με τα πλούσια πνευματικά προσόντα και το ήθος του συνέβαλε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στις Καθηγήτριες Λωρέττα Θωμαΐδου και Θεοδώρα Ψαλτοπούλου, οι οποίες δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να απευθύνω στον Ομότιμο Καθηγητή Clive Richardson για την καθοριστική του βοήθεια, ο οποίος στάθηκε σημαντικός αρωγός στην προσπάθειά μου και με υποστήριξε σε κάθε φάση της συγγραφικής μου πορείας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου Σωτήρη και Γιάννα, οι οποίοι με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Τέλος, στους τελευταίους γίνεται η αφιέρωση της παρούσας διπλωματικής ως ελάχιστο ευχαριστώ απέναντι στην ανιδιοτελή τους υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Πίνακας περιεχομένων

Θεωρητικό μέρος

1. Εφηβεία.....	σελ 6
2. Εξωτερικευμένου Τύπου Διαταραχές.....	σελ 7
2.1 Συννοσηρότητα Εξωτερικευμένων και Εσωτερικευμένων Διαταραχών της συμπεριφοράς.....	σελ 10
3. Αιτίες εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών της συμπεριφοράς	
3.1 Ατομικοί παράγοντες.....	σελ10
3.1.1 Γενετικοί παράγοντες και Ταπεραμέντο.....	σελ 11
3.1.2 Φύλο.....	σελ 12
3.1.3 Ακαδημαϊκή Επίδοση	σελ13
3.1.4 Ηλικία.....	σελ 14
3.1.5 Δείκτης μάζας σώματος.....	σελ 15
3.1.6 Μετανάστευση.....	σελ 16
3.2 Οικογενειακοί παράγοντες.....	σελ 17
3.2.1 Οικογενειακή κατάσταση γονέων.....	σελ 19
3.2.2 Αριθμός παιδιών στην οικογένεια.....	σελ 20
3.2.3 Ηλικία γονέων.....	σελ 21
3.2.4 Ακαδημαϊκό επίπεδο γονέων.....	σελ 22
3.2.5 Επαγγελματική κατάσταση γονέων.....	σελ 23
3.3 Η πίεση των συνομηλίκων	σελ 24
4. Διάγνωση των εξωτερικευμένων διαταραχών της συμπεριφοράς.....	σελ 25
4.1 Κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς.....	σελ 25
4.2 Μέθοδοι παρατήρησης της συμπεριφοράς.....	σελ 27
5. Πρόληψη εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών της συμπεριφοράς...σελ	27
6. Παρεμβάσεις για παιδιά και εφήβους με εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς.....	σελ 28
6.1 Συμπεριφορική Εκπαίδευση Γονέων.....	σελ 29
6.2 Επίβλεψη και Παρακολούθηση Μαθητών με εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς στο σχολικό περιβάλλον.....	σελ 30

Ειδικό Μέρος

1. Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης.....	σελ 32
2. Δείγμα της μελέτης - Συλλογή των δεδομένων και εργαλεία της έρευνας	σελ 34
3. Μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης.....	σελ 36
4. Ζητήματα δεοντολογίας – αδειοδότηση της έρευνας.....	σελ 37
5. Αποτελέσματα	
5.1 Περιγραφή Δείγματος.....	σελ 37
5.2 Κατανομή συχνοτήτων για τους έφηβους του δείγματος για τους οποίους έχει καταγραφεί ο Δ.Μ.Σ. και έχουν απαντήσει στην ερώτηση που αφορά τις Εξωτερικευμένου τύπου Διαταραχές.....	σελ 39
5.3 Η Σχέση μεταξύ των Εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και του Δ.Μ.Σ.....	σελ 42
5.4 Η σχέση μεταξύ των Εξωτερικευμένου τύπου Διαταραχών , του φύλου και της ηλικίας.....	σελ 43
5.5 Εξωτερικευμένου τύπου Διαταραχές και βαθμολογία στο σχολείο το προηγούμενο σχολικό έτος.....	σελ 44
5.6 Εξωτερικευμένου τύπου Διαταραχές και προγνωστικοί παράγοντες	σελ 44
Συζήτηση.....	σελ 45
Πίνακες και Διαγράμματα.....	σελ 50
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	σελ 66
Περίληψη.....	σελ 84
Title and abstract.....	σελ 85
Παράρτημα I Ερωτηματολόγιο ατομικών πληροφοριών.....	σελ 86
Παράρτημα II - Ερωτηματολόγιο οικογενειακών πληροφοριών.....	σελ 87
Παράρτημα III - Κλίμακα Youth Self Report.....	σελ 89

Θεωρητικό Μέρος

1. Εφηβεία

Η εφηβεία καταλαμβάνει την περίοδο μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής. (1) Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), ως εφηβεία ορίζεται η περίοδος της ζωής ενός ατόμου από τα 10 έως τα 19 του έτη. Παράλληλα, η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία θέτει ως ανώτερο ηλικιακό όριο της εφηβείας, τα 21 έτη. (2) Ωστόσο, προσφάτως προτάθηκε ο ορισμός αυτός να αλλάξει και η εφηβεία να αποτελεί την περίοδο μεταξύ των 10 έως 24 ετών της ζωής ενός ατόμου. (1)

Ο ορισμός της εφηβείας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα καθώς η συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδος περιλαμβάνει αλλαγές, μεταξύ άλλων, σε βιολογικό και κοινωνικό επίπεδο, τα οποία έχουν τροποποιηθεί την τελευταία δεκαετία. Η πρωιμότερη έναρξη της ήβης έχει επισπεύσει την έλευση της εφηβείας σχεδόν σε όλους τους πληθυσμούς ενώ η συνειδητοποίηση της συνεχιζόμενης ανάπτυξης μετέθεσαν την ηλικία λήξης της στην δεκαετία των 20 ετών. Παράλληλα, έχει μετατεθεί χρονικά και η μετάβαση ανάμεσα στους διάφορους κοινωνικούς ρόλους όπως η ολοκλήρωση σπουδών, ο γάμος και η απόκτηση παιδιών. Επομένως η μεταβατική περίοδος από την παιδική στην ενήλικη φάση ζωής, πλέον καταλαμβάνει μεγαλύτερο μέρος στη ζωή ενός ατόμου σε σχέση με παλαιότερα. (1)

Αναφορικά με την κοινωνική θεώρηση της εφηβείας, αυτή επηρεάζεται από τα σύγχρονα δεδομένα. Η μετάβαση σε ένα επόμενο βήμα ανάληψης ενός κοινωνικού ρόλου σήμερα παίρνει περισσότερα χρόνια λόγω των αυξανόμενων εκπαιδευτικών αναγκών μέχρι την εύρεση εργασίας, την ολοένα και αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στον επαγγελματικό στίβο, την πρόσβαση σε μέτρα αντισύλληψης και τις δυσκολίες επίτευξης οικονομικής ανεξαρτησίας. Έτσι, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, η ηλικία που συνάπτουν τον πρώτο τους γάμο τα άτομα, ξεπερνά τα 30 έτη. (3)

Το βιολογικό ορόσημο της έναρξης της ήβης και της εφηβείας, θεωρείται η ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- γονάδων. Η ήβη αποτελείται από μια σειρά ορμονικών αλλαγών, την αδρεναρχή, την επιτάχυνση της αύξησης και τη γοναδαρχή, που οδηγούν στην εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και στην απόκτηση της ικανότητας για αναπαραγωγή. Η ήβη κάνει την αρχή

της πιο νωρίς στις μέρες μας, κυρίως λόγω της καλής υγείας των παιδιών και της διατροφής τους. (4)

Τα τελευταία 150 χρόνια, η ηλικία εμφάνισης της εμμηναρχής στις βιομηχανοποιημένες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, έχει μειωθεί κατά 4 χρόνια. (5) Παράλληλα, σε πληθυσμούς με καλή διατροφή, η ηλικία στην οποία φτάνουν τη μέγιστη αύξηση του ύψους τους οι έφηβοι, είναι τα 11 χρόνια για τα κορίτσια και τα 13 για τα αγόρια. Το 50% των κοριτσιών έχουν σημάδια θηλαρχής στα 10 τους χρόνια και εμμηναρχής στα 12-13 έτη. (6)

Επίσης, σε επίπεδο εγκεφάλου, η ωρίμανση περιοχών που επηρεάζουν τη λήψη μελλοντικών αποφάσεων, τις κοινωνικές συναναστροφές και τις εκτελεστικές λειτουργίες συνεχίζεται μέχρι και τα 25-26 έτη. (7) Ειδικότερα, το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου, ο προμετωπιαίος λοβός, μια δομή υπεύθυνη για την λήψη αποφάσεων, την οργάνωση σχεδίων, την επίλυση προβλημάτων και τον έλεγχο των παρορμήσεων, αναδιοργανώνεται τελευταίος. (8) Έτσι, οι έφηβοι στηρίζονται σε ένα άλλο τμήμα του εγκεφάλου, που ονομάζεται αμυγδαλή και σχετίζεται με τα συναισθήματα, τις παρορμήσεις, την επιθετικότητα και τα ένστικτα, για να πάρουν αποφάσεις και να λύσουν προβλήματα. Συμπερασματικά, το συναίσθημα και η συγκίνηση υπερτερούν έναντι της κριτικής σκέψης και των λογικών αποφάσεων στην εφηβεία. (9)

Η εφηβεία, επιπλέον, χαρακτηρίζεται από εκτεταμένες αναταραχές σε συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Οι έφηβοι και οι έφηβες προσπαθούν να αναπτύξουν την προσωπική τους ταυτότητα ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν κοινωνικές και οικογενειακές προκλήσεις και ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες. (2) Ως εκ τούτου, τα άτομα στην εφηβεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην υιοθέτηση δυσλειτουργικών μοτίβων σκέψης και συμπεριφοράς και ενδέχεται να εμφανίσουν διαταραχές εσωτερικευμένου ή εξωτερικευμένου τύπου. Τα περισσότερα άτομα καταφέρνουν να μεταβούν στην ενηλικίωση ομαλώς ενώ άλλα κουβαλώντας μαζί τους δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές. (2,10)

2. Εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές της συμπεριφοράς

Ο Achenbach κι οι συνεργάτες του, διέκριναν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά σε εσωτερικευμένη και εξωτερικευμένη. (11-12) Αυτοί οι όροι προτάθηκαν το 1966 και χρησιμοποιούνται ευρέως έως και σήμερα στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας. (13) Οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές χαρακτηρίζονται από εξωστρεφείς

συμπεριφορές και πράξεις ενός ατόμου. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα ενεργούν με τρόπους που καταπατούν κοινωνικούς κανόνες αποδεκτής συμπεριφοράς και επιδεικνύουν συμπεριφορές που βλάπτουν τους άλλους (π.χ συνομηλικούς, γονείς, ενήλικες κ.α). (14) Αντιθέτως, οι εσωτερικευμένου τύπου διαταραχές αφορούν δυσκολίες που στρέφονται «προς τα μέσα» και επηρεάζουν το άτομα ψυχολογικά. (15) Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κοινωνική απόσυρση, άγχος και κατάθλιψη. Καθώς τα εσωτερικευμένα προβλήματα δεν επηρεάζουν το εξωτερικό περιβάλλον, όπως τα εξωτερικευμένα προβλήματα, συχνά συγκαλύπτονται και δεν ανιχνεύονται εύκολα. (16)

Οι συμπεριφορές εξωτερικευμένου τύπου διακρίνονται σε επιθετικές και παραβατικές. (11) Η επιθετικότητα, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, περιλαμβάνει συμπεριφορές σωματικές ή λεκτικές που βλάπτουν άλλους ανθρώπους ή ζώα. (17) Η παραβατικότητα περιλαμβάνει ενέργειες που αντίκεινται στις κοινωνικές νόρμες ή τον νόμο, όπως βωμολοχία, σκασιαρχείο, ψευδολογία, κλοπή, καταστροφή περιουσίας, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή φυγές από το σπίτι. (18) Αυτές οι συμπεριφορές έχουν αρνητικό αντίκτυπο τόσο στο άτομο όσο και στο κοινωνικό σύνολο, άμεσα αλλά και μακροπρόθεσμα. (16)

Ο κλινικός όρος «εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές» ή «εξωτερικευμένα προβλήματα» δεν εμφανίζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5) ούτε στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, Δέκατη Έκδοση (ICD1-0). (19) Ωστόσο, στην 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) συμπεριλαμβάνονται διαταραχές που συχνά αναφέρονται με τον όρο «Εξωτερικευμένες Διαταραχές». Αυτές είναι: η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, η Διαταραχή Διαγωγής, η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, η Πυρομανία, η Κλεπτομανία, η Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή και οι Διαταραχές συνδεδεμένες με χρήση ουσιών. (17)

Ο όρος «εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές» και «αντικοινωνικότητα» συχνά παρουσιάζονται ως συνώνυμοι· παρουσιάζουν, όμως, διαφορές. Κατά τους Skaw και Winslow (19), «στις περισσότερες περιπτώσεις ο όρος εξωτερικευμένα προβλήματα προτιμάται έναντι της αντικοινωνικότητας όταν θέλουμε να περιγράψουμε λιγότερο σοβαρές και λιγότερο αποδιοργανωτικές συμπεριφορές». Για αυτό το λόγο, κάποιοι ερευνητές αντιμετωπίζουν τις εξωτερικευμένες συμπεριφορές σαν μια πιο ήπιας

μορφής αντικοινωνική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους Gelfand και Drew (20), οι εξωτερικευμένες διαταραχές χαρακτηρίζονται από συμπεριφορικά πλεονάσματα και συμπεριφορικά ελλείμματα.

Τα συμπεριφορικά πλεονάσματα περιλαμβάνουν συμπεριφορές που συχνά συσχετίζονται με εξωτερικευμένα προβλήματα όπως η επιθετικότητα (π.χ σωματική βία, λεκτική βία, εκδικητική συμπεριφορά, καταστροφή περιουσίας, εκφοβισμός, βασανισμός ζώων) και μη συμμόρφωση (π.χ. καβγάδες, διαφωνίες). Αυτός ο ορισμός αναφέρεται, επίσης, σε συμπεριφορικά ελλείμματα, όπως η ανυπακοή σε κανόνες (π.χ δυσκολία εσωτερίκευσης κοινωνικών και συμπεριφορικών κανόνων που ελέγχουν τη συμπεριφορά), φτωχές κοινωνικές δεξιότητες (π.χ λίγοι φίλοι, συνεχής αναζήτηση προσοχής, ανωριμότητα σε κοινωνικές συναναστροφές) και ελλείμματα στις ακαδημαϊκές δεξιότητες και στη σχολική επίδοση. (20) Αυτά τα παιδιά συχνά αναφέρονται ως «Δύσκολα Παιδιά» καθώς είναι δύσκολη η διαχείριση της συμπεριφοράς τους αλλά και η διαδικασία της διδασκαλίας. (15)

Συχνά, οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές παραμένουν σταθερές στο χρόνο και μπορεί να συσχετίζονται με βία, αντικοινωνική συμπεριφορά και χρήση ουσιών στην όψιμη εφηβεία ή/και την ενήλικη ζωή. (21-22) Επιπλέον, οι εν λόγω διαταραχές ενδέχεται να προκαλέσουν αποδιοργάνωση στην οικογένεια και τη σχολική κοινότητα και έχουν συνδεθεί με διαταραχές προσωπικότητας και ενεργό ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή του ατόμου. (23) Παράλληλα, άλλες έρευνες συγκαταλέγουν και την πρώιμη και μη ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα στις συμπεριφορές που πιθανόν να επιδεικνύουν οι έφηβοι με συμπεριφορικά προβλήματα. (24)

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την παγκόσμια υγεία, που εκδόθηκε το 2001, περίπου 20% των εφήβων παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή κάποιο συμπεριφορικό πρόβλημα. (25) Στην Αμερική υπολογίζεται ότι 7,4% παιδιών και εφήβων ηλικίας 3-17 ετών (κατά προσέγγιση 4,5 εκατομμύρια) έχουν διαγνωσθεί με κάποιο συμπεριφορικό πρόβλημα. (26) Αναφορικά με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές σε παιδιά και εφήβους, αποτελέσματα ερευνών εκτιμούν ότι αυτές έχουν επιπολασμό της τάξης του 7-10% (27-28). Επιπλέον, παγκοσμίως παιδιά και έφηβοι ηλικίας 6-18 ετών με διαταραχή διαγωγής παρουσιάζουν επιπολασμό 3,2 %. (29) Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός των εξωτερικευμένων διαταραχών σε εφήβους στην Ιταλία κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα της τάξης του 1,2%. (30)

2.1 Συννοσηρότητα εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων διαταραχών της συμπεριφοράς

Ως συννοσηρότητα ορίζεται η ταυτόχρονη παρουσία δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. (31) Παρόλο που ο Achenbach διαχώρισε τις διαταραχές συμπεριφοράς σε εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες, μεταγενέστερες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι δύο τύποι διαταραχών ενδέχεται να συνυπάρχουν. (32-33)

Η συννοσηρότητα και η συνύπαρξη εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων διαταραχών της συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους υποστηρίζεται από μια σειρά ερευνών. (34-36) Ακόμη, ο Eisenberg και οι συνεργάτες του (37), βρήκαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ εσωτερικευμένων συμπτωμάτων όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η κοινωνική απόσυρση και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων όπως ο θυμός, η επιθετικότητα και η αναστάτωση. Επιπλέον, επισημαίνουν ότι εάν τα πρόωρα εσωτερικευμένα συμπτώματα δεν αντιμετωπιστούν θεραπευτικά κατά την παιδική ηλικία, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών διαταραχών ή συννοσηρότητα εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων τα επόμενα χρόνια. (37) Μάλιστα, προτείνεται από μια ομάδα ερευνητών, η συνύπαρξη εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων διαταραχών να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστό σύνδρομο. (33,38)

Μεγάλος αριθμός ερευνών εστίασε στις συνέπειες της συννοσηρότητας των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων διαταραχών σε εφήβους σε σύγκριση με αυτούς που εμφάνιζαν μία από τις δυο διαταραχές. Κάποιες καταλήγουν ότι η συνύπαρξή τους επηρεάζει τους εφήβους ως προς τη λειτουργικότητά, την ακαδημαϊκή πορεία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (39-41), ενώ άλλες δεν εντοπίζουν κάτι ανάλογο. (42-43) Επιπρόσθετα, η συνύπαρξη εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων διαταραχών φαίνεται να έχει πρωιμότερη έναρξη (41) και να συνοδεύεται από πιο σοβαρές και μακροχρόνιες δυσκολίες (41,44), σε σχέση με τα παιδιά που τους έχει δοθεί μία μόνο διάγνωση. (45)

3. Αιτίες εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών της συμπεριφοράς

Οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών κατά τη διάρκεια της εφηβείας περιλαμβάνουν βιολογικούς και γονιδιακούς παράγοντες, οικογενειακούς και γονικούς παράγοντες, ατομικούς παράγοντες, μίμηση

καταπιεστικών συμπεριφορών, πίεση των συνομήλικων και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες.(16)

3.1 Ατομικοί παράγοντες

3.1.1 Γενετικοί παράγοντες και Ταπεραμέντο

Αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν ότι οι βιολογικοί παράγοντες και η κληρονομική προδιάθεση παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων. (19-20) Συγκεκριμένα, ο Dick (46) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι συγκεκριμένα γονίδια ευθύνονται για αυτή την προδιάθεση, όπως το GABRA2 και CHRM2. Παράλληλα, άλλοι ερευνητές θεωρούν την αλληλεπίδραση των γονιδίων DRD2 και DRD4 υπαίτια για την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. (47) Αριθμός ερευνών έχει ανακαλύψει συσχετίσεις βιολογικών παραγόντων με εκδήλωση συμπεριφορών που ενδεχομένως συγκαταλέγονται στο ευρύτερο φάσμα της εξωτερικευμένης παθολογίας. Για παράδειγμα, απέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ γονιδίων και διαφορετικών επιπέδων φυσιολογικής διέγερσης με συμπεριφορές όπως η αναζήτηση νέων εμπειριών και συγκινήσεων, η μειωμένη ευαισθησία σε επίπληξη και σε τιμωρίες. (48-49)

Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι συγκεκριμένες αλλαγές στη φυσιολογική διέγερση ενδεχομένως να εξηγούν την παρορμητικότητα των παιδιών και των εφήβων με συμπεριφορικά προβλήματα και την δυσκολία τους να μάθουν από τις συνέπειες των πράξεών τους. Κατά μία έννοια, αυτές οι γενετικές διαφοροποιήσεις προκαλούν υποδιέγερση σε μερικούς εφήβους με εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές, με αποτέλεσμα αυτοί να ωθούνται σε συμπεριφορές με έντονη συγκίνηση για να διατηρούν το καλύτερο δυνατό επίπεδο φυσιολογικής διέγερσης. (49)

Το ταπεραμέντο, επίσης, φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας εμφάνισης εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών. Ο Patterson κι οι συνεργάτες του (50), κατέληξαν ότι το δύσκολο ταπεραμέντο αποτελεί έναν από τους παράγοντες που οδηγεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Πιο πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν σε αυτή την κατεύθυνση κι υποστηρίζουν ότι το ταπεραμέντο σχετίζεται με εξωτερικευμένα χαρακτηριστικά όπως η υπερκινητικότητα, η αναζήτηση νέων εμπειριών και η επιθετικότητα. (51-52) Ωστόσο, οι περιβαλλοντικοί και οικογενειακοί παράγοντες ίσως παίζουν ρόλο στη διαφοροποίηση του ταπεραμέντου καθώς ένα παιδί μεγαλώνει. Επίσης, η πιο κοινή αντίληψη προτείνει την αλληλεπίδραση των

βιολογικών παραγόντων με άλλους παράγοντες όπως το ταπεραμέντο, οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος, το γονικό στυλ ανατροφής, τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας και άλλοι παράγοντες. (52)

3.1.2 Φύλο

Η βιβλιογραφία συστηματικά παρέχει δεδομένα σύμφωνα με τα οποία, οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές είναι περισσότερο εμφανείς στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Το αντίθετο φαίνεται να συμβαίνει όταν μελετάμε το ρόλο του φύλου στις εσωτερικευμένες διαταραχές.(53-56) Συγκεκριμένα, τα κορίτσια στην εφηβεία παρουσιάζουν πιο συχνά σωματικές ενοχλήσεις και συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης . (57) Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η επιθετικότητα είναι πιο κοινή στους άνδρες ανεξάρτητα από την ηλικία τους ή την εθνικότητά τους σύμφωνα με αναφορές των ίδιων, συνομηλίκων τους ή εκπαιδευτικών που έρχονται σε επαφή μαζί τους. (58-60)

Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Pathak (2), σε εφήβους 12-18 ετών, το 18,4% των αγοριών εμφάνισε εξωτερικευμένα προβλήματα ενώ στα κορίτσια το ποσοστό άγγιξε το 12%. Ειδικότερα, το 13,3% των αγοριών εμφάνιζε επιθετική συμπεριφορά ενώ το ποσοστό για τα κορίτσια αφορούσε το 9,7%. Αναφορικά με παραβατικές – αντικοινωνικές συμπεριφορές, το ποσοστό των αγοριών (5%) ήταν σχεδόν διπλάσιο σε σχέση με αυτό των κοριτσιών (2.3%). (2)

Παλαιότερες έρευνες, όπως αυτή του Swaminathan (61), υποστήριζαν ότι τα κορίτσια επιδεικνύουν λιγότερη επιθετικότητα λόγω της πρώιμης ωρίμανσης του αναπαραγωγικού τους συστήματος σε σχέση με τα αγόρια. Πιο σύγχρονες έρευνες, υποστηρίζουν πως και τα κορίτσια εμφανίζουν επιθετικές συμπεριφορές αλλά με έναν έμμεσο και κεκαλυμμένο τρόπο. (62) Για παράδειγμα, τα κορίτσια είναι πιθανό να αποκλείουν από την παρέα τους άλλα άτομα, να διασπείρουν φήμες και να δυσφημούν, να συνωμοτούν έναντι άλλων ατόμων, να σχολιάζουν, να πειράζουν κακόβουλα κ.α. Συνήθως, αυτές τις μορφές βίας τις ασκούν ενάντια σε άτομα του ίδιου φύλου. (55, 62-63)

Παράλληλα, τα κορίτσια αποθαρρύνονται κοινωνικά να αντιδράσουν με τρόπο επιθετικό και βίαιο σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι τα αγόρια. Κι όταν το κάνουν, αυτό συνήθως γίνεται με μέλη του στενού τους κύκλου κι όχι ανοιχτά στην κοινωνία. Τα κορίτσια, επιπλέον, φαίνεται ότι το θυμό τους τον στρέφουν προς τον ίδιο τους τον

εαυτό και αυτοτραυματίζονται πιο συχνά από τα αγόρια. Αντιθέτως, τα αγόρια είναι πιο πιθανό να επιδείξουν με τρόπο άμεσο και πιο επικίνδυνο επιθετικότητα απέναντι σε άλλα άτομα. (63)

3.1.3 Ακαδημαϊκή επίδοση

Η σχολική πορεία και επίδοση των μαθητών καθορίζεται από τη συμπεριφορά, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την συναισθηματική τους προσαρμογή. (10) Κατά κανόνα, τα παιδιά και οι έφηβοι, εσωτερικεύουν κανόνες και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων για να διαχειρίζονται συμπεριφορικά διάφορες καταστάσεις. Αντιθέτως, τα άτομα με εξωτερικευμένα προβλήματα, παρορμητικά και επιθετικά, παρουσιάζουν δυσκολίες στην τήρηση κανόνων και απαιτήσεων από γονείς και εκπαιδευτικούς. (64) Επιπλέον, εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, σχολικής διαρροής, φτωχών αναγνωστικών ικανοτήτων και σχολικής αποτυχίας. (65)

Η συσχέτιση ανάμεσα στις εξωτερικευμένες διαταραχές και την μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση, έχει εδραιωθεί μέσα από έρευνες ετών. (10, 66-69) Συγκεκριμένα, η τελευταία έχει συσχετισθεί με προβλήματα διαγωγής στα παιδιά, παραβατικότητα στους εφήβους (68) ακόμη και εγκληματικότητα στους ενήλικους. (69) Αριθμός ερευνών αποδεικνύει ότι οι ακαδημαϊκές αποτυχίες οδηγούν σε προβλήματα συμπεριφοράς (70), ενώ άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα συμπεριφορικά προβλήματα και ιδιαίτερα η επιθετικότητα, καταλήγει σε ακαδημαϊκή αποτυχία. (71) Παράλληλα, άλλοι ερευνητές διατείνονται ότι και οι δύο τομείς αλληλοεπηρεάζονται. (72) Τέλος, ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας επισημαίνει ότι υπάρχουν και ενδιάμεσες μεταβλητές, όπως οι αντιξοότητες στο οικογενειακό περιβάλλον, που επηρεάζουν και τις δύο κατευθύνσεις. (73,74)

Οι μαθητές, οι οποίοι συμπεριφέρονται με τρόπο ασύμφωνο με τις προσδοκίες των εκπαιδευτικών και των συνομήλικων τους, ενδέχεται να γίνονται αποδέκτες μιας αρνητικής συμπεριφοράς από τα ανωτέρω πρόσωπα. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικοί, μη γνωρίζοντας πως να βοηθήσουν αυτούς τους μαθητές, μπορεί να αποφεύγουν να περνούν χρόνο με αυτούς τους και να τους παραπέμπουν σε άλλα πρόσωπα αναφοράς, π.χ τον ψυχολόγο του σχολείου. Ομοίως, οι συμμαθητές τους, μη γνωρίζοντας πως να αλληλεπιδράσουν με τους συνομηλικούς τους που εμφανίζουν προβληματική συμπεριφορά, μπορεί να αποφεύγουν να έρθουν σε επαφή

μαζί τους. Ως αποτέλεσμα, οι μαθητές με εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές, χωρίς στήριξη από τους καθηγητές και τους συνομηλίκους τους, απομονώνονται, δεν νιώθουν μέλος μιας ομάδας, δεν απολαμβάνουν ευκαιριών να χτίσουν σχέσεις με συνομηλίκους και έχουν λιγότερες ευκαιρίες να αποκτήσουν νέες γνώσεις από τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές τους. (72)

Η ακαδημαϊκή επίδοση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το νοητικό δυναμικό του ατόμου. (75) Παράλληλα, οι έφηβοι που υστερούν νοητικά φαίνεται να εμφανίζουν πιο βίαιη συμπεριφορά. (76,77) Η χαμηλή νοημοσύνη φαίνεται να σχετίζεται με τη χρήση βίας, εξαιτίας της έλλειψης δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και της αδυναμίας κατανόησης του τρόπου σκέψης των άλλων. (78)

3.1.4 Ηλικία

Η εφηβεία αποτελεί μια αναπτυξιακή περίοδο όπου τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με βιολογικές, γνωστικές, κοινωνικές αλλαγές. Όλες αυτές οι μεταβολές σε συνδυασμό με στρεσογόνα γεγονότα ζωής, συμβάλουν στην εμφάνιση συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών. Κάποιες από αυτές, είναι χαρακτηριστικές της εφηβείας και βασίζονται στην ανάγκη των εφήβων για πειραματισμό (λ.χ. χρήση αλκοόλ), ενώ άλλες ενέχουν μεγαλύτερους κινδύνους (λ.χ. ερωτική επαφή χωρίς προφυλάξεις). (79)

Συγκεκριμένα, για τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές, διαθέτουμε δεδομένα ερευνών, τα οποία υποστηρίζουν ότι αυτές τείνουν να εμφανίζονται στην όψιμη παιδική ηλικία και να κορυφώνονται στη μέση εφηβεία. (80) Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση του Bergen και των συνεργατών του (81), οι εξωτερικευμένες διαταραχές αυξάνονται κατά την ηλικία των 12 έως 16 ετών αλλά μειώνονται από την ηλικία των 17 έως αυτή των 20 ετών. Παράλληλα, σε έρευνα των Achenbach και Rescorla (82), τα σκορ εξωτερικευμένων προβλημάτων που παρουσίασαν οι έφηβοι 15 έως 16 ετών ήταν μεγαλύτερα σε σύγκριση με αυτά των εφήβων ηλικίας 13 έως 14 ετών, ως προς την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων.

Ωστόσο, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις όταν εξετάζεται ξεχωριστά η επιθετικότητα και η παραβατικότητα ως προς την ηλικία. Σύμφωνα με έρευνα των Barnow, Lucht και Freyberger (83), η ηλικία συσχετίζεται με τις συμπεριφορές παραβατικότητας αλλά όχι με την επιθετικότητα. Ειδικότερα, η παραβατικότητα φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία του εφήβου. Αυτό υποστηρίζει μία

έρευνα που διεξήχθη σε εφήβους κατοίκους 24 χωρών καθώς τα σκορ που συγκέντρωσαν οι έφηβοι των 18 από τις 24 χώρες, αυξάνονταν όσο αυξανόταν κι η ηλικία τους. (84)

Σε παρόμοια συμπεράσματα, καταλήγουν και ο Stranger και οι συνεργάτες του (85), καθώς η έρευνά τους δείχνει ότι η παραβατικότητα αυξάνεται μετά την ηλικία των 10 μέχρι και την ηλικία των 17 ετών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει να διαπιστωθεί εάν διαφέρει η έναρξη παραβατικής συμπεριφορά στην προεφηβεία με αυτήν που άρχεται στη μέση εφηβεία. Ο Farrington (86) υποστηρίζει ότι τα άτομα, τα οποία κατά την παιδική τους ηλικία εμφανίζουν συμπεριφορές που αντίκεινται στους νόμους, είναι πιθανόν να εξελιχθούν σε παραβατικούς εφήβους και σε ενήλικους που διαπράττουν εγκληματικές πράξεις. Ωστόσο, η έναρξη της εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς δε μπορεί να προβλέψει την διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς στο χρόνο. (87)

Η τάση της παραβατικής συμπεριφοράς να αυξάνεται με την ηλικία δεν φαίνεται να ισχύει και για την επιθετική συμπεριφορά. (85,88) Σύμφωνα με τους Eley, Lichtenstein και Moffitt (89), η επιθετικότητα κάνει την εμφάνισή της στην παιδική ηλικία και σταδιακά μειώνεται ώσπου να αυξηθεί ξανά στη μέση εφηβεία και να εξαφανιστεί στην ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα, ο Stranger και οι συνεργάτες του (85), υποστηρίζουν ότι η επιθετική συμπεριφορά μειώνεται μετά τα 10 έτη ενός ατόμου.

Η μελέτη της σχέσης που παρουσιάζει η ηλικία με την εμφάνιση εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς τα άτομα που εμφανίζουν συμπεριφορικά προβλήματα στην παιδική και εφηβική ηλικία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή . (90)

3.1.5 Δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ)

Ένας σημαντικός στόχος της εφηβείας είναι η εξοικείωση του ατόμου με τις συνεχείς και ραγδαίες σωματικές αλλαγές, που επιτελούνται σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα. Η αποτυχία του εφήβου να προσαρμοστεί σε αυτές τις αλλαγές, ίσως να αποτελεί μια ένδειξη ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας ή και παράγοντα ανάπτυξής της. (91) Επιπλέον, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος στον εφηβικό πληθυσμό, συσχετίζεται με δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος. (92)

Ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, οι ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση και τα κιλά, η αρνητική εικόνα σώματος συνδέονται με την εμφάνιση ή την ύπαρξη

ψυχοπαθολογίας. (93) Συγκεκριμένα έρευνα των Jurich και Andrews (94), συνδέει τις εξωτερικευμένες διαταραχές και συγκεκριμένα την παραβατικότητα με την αρνητική εικόνα σώματος. Αυτό, ίσως, εξηγείται από τα πειράγματα που δέχονται τα άτομα με παραπανίσια κιλά για την εμφάνισή τους, το στίγμα και την περιθωριοποίηση από συνομηλίκους. (95-96)

Οι έρευνες σχετικά με τη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος και των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική σε δείγμα 43.297 εφήβων 10-17 ετών, όσοι σημείωσαν υπερβαρότητα είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών. (97) Ανάλογη συσχέτιση παρουσιάζει και μια έρευνα του Vila και των συνεργατών του (98), στην οποία το 6-10% των παχύσαρκων εφήβων που πήραν μέρος στην έρευνα, εμφάνιζε συμπεριφορικά προβλήματα σε μικρότερο βαθμό βέβαια σε σχέση με τα εσωτερικευμένα προβλήματα τα οποία χαρακτήριζαν το 15-17% των συμμετεχόντων.

Παράλληλα, σε έρευνα της Pervanidou και των συνεργατών της (99), σε υπέρβαρα παιδιά και εφήβους, οι αναφορές των μητέρων τους καταδεικνύουν ότι η παχυσαρκία συσχετίζεται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών, τόσο επιθετικότητας όσο και παραβατικότητας. Στις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων, δε βρέθηκε συσχέτιση. Τέλος, σε έρευνα του ter Bogt και των συνεργατών του (100), η απόκλιση από το φυσιολογικό βάρος συσχετίζεται με τις εσωτερικευμένου τύπου διαταραχές αλλά όχι με τις εξωτερικευμένες διαταραχές.

3.1.6 Μετανάστευση

Τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι πιο έντονο, με αποτέλεσμα τα παιδιά και οι έφηβοι μετανάστες ή με γονείς μετανάστες να αυξάνονται. Η μετανάστευση δεν αφορά μόνο την απομάκρυνση από μια χώρα αλλά και την απομάκρυνση από παραδόσεις και κουλτούρες. Η προσαρμογή σε μία νέα κοινωνία αποτελεί μία πρόκληση, παράλληλα με την κοινωνική ενσωμάτωση, τη διαμόρφωση μίας νέας ταυτότητας και την αίσθηση ικανοποίησης από τον νέο τρόπο ζωής. Επομένως, η ψυχική υγεία αυτών των ατόμων έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. (101)

Η σχέση μετανάστευσης και εμφάνισης εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών στους εφήβους παραμένει ασαφής, καθώς τα τρέχοντα αλλά και παλαιότερα

ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Μία έρευνα, η οποία εστίασε σε έφηβους μετανάστες από την Τουρκία στην Ολλανδία, κατέληξε ότι οι έφηβοι μετανάστες παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό εξωτερικευμένα προβλήματα σε σύγκριση με τους γηγενείς εφήβους. (102) Άλλη μία έρευνα που συνδέει τη μετανάστευση με την εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων, διενεργήθηκε στην Νορβηγία σε εφήβους γηγενείς και μετανάστες και κατέληξε ότι οι έφηβοι μετανάστες ηλικίας 15-16 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά τέτοιων συμπεριφορών. (103)

Αντιθέτως, μία σειρά ερευνών δεν υποστηρίζει τέτοια συσχέτιση. Μία αντιπροσωπευτική έρευνα, μελέτησε γηγενείς Ολλανδούς εφήβους και Μαροκινούς μετανάστες 12-18 ετών (αποκλειστικά αγόρια) και κατέληξε ότι οι γηγενείς έφηβοι παρουσίαζαν εν γένει χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας και μεγαλύτερα ποσοστά επιθετικότητας και παραβατικότητας. (104) Παρομοίως, μία έρευνα που εστίασε σε γηγενείς Βέλγους και σε μετανάστες εφήβους στο Βέλγιο, κατέληξε ότι πρώτοι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε επιθετικές και παραβατικές συμπεριφορές. (105)

3.2 Οικογενειακοί Παράγοντες

Ο ρόλος των γονέων και της οικογένειας στην εμφάνιση εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών έχει μελετηθεί εκτενώς. Παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά των γονέων, συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, παραμέληση, έλλειψη πειθαρχίας ή υπερβολική πειθαρχία, καυγάδες, διαζύγιο και έλλειψη επιτήρησης των παιδιών. (106-107) Η προβληματική χρήση αλκοόλ, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η εγκληματικότητα και οι ψυχικές νόσοι των γονέων ενδέχεται να οδηγήσουν στην εμφάνιση επιθετικότητας, έλλειψης συμμόρφωσης και παραβατικότητας σε παιδιά κι εφήβους. Επιπλέον, η μητρική κατάθλιψη, οι κακόφημες γειτονιές και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση τέτοιων διαταραχών. (73)

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βιολογικοί παράγοντες, όπως το δύσκολο ταπεραμέντο, αλληλεπιδρούν με το οικογενειακό περιβάλλον και συμβάλλουν στην προσαρμογή ή μη προσαρμογή των παιδιών. Ο Belsky και οι συνεργάτες του (108), αναφέρθηκαν στους νευροβιολογικούς και οικογενειακούς επιβαρυντικούς

παράγοντες, που οδηγούν στην ανάπτυξη ανασφαλούς δεσμού ανάμεσα στο παιδί και τον γονέα και ευνοούν την ανάπτυξη εξωτερικευμένων διαταραχών. Διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η φτώχεια, το μεγάλο μέγεθος οικογένειας, το διαζύγιο ή η ενεργός γονεϊκή ψυχοπαθολογία, ενδέχεται να επιδρούν συγχυτικά. Αυτό, βέβαια, εξαρτάται από τον βαθμό κατά τον οποίο αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν το γονεϊκό στυλ ανατροφής. Εν ολίγοις, όσο πιο σταθερή και θετική είναι η σχέση γονέα-παιδιού κι όσο λιγότερο επηρεάζεται από αρνητικούς εξωτερικούς παράγοντες, τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης συμπεριφορικών προβλημάτων. (109)

Η σχέση μεταξύ γονεϊκών στυλ ανατροφής και εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στα παιδιά έχει μελετηθεί εκτενώς. Μιλώντας για γονεϊκά στυλ ανατροφής, αναφερόμαστε σε δύο διαστάσεις : το βαθμό που ο γονέας απαιτεί και το βαθμό στον οποίο ανταποκρίνεται. Έτσι, η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει τις υψηλές προσδοκίες, την εφαρμογή κανόνων και ορίων και την παρακολούθηση της συμπεριφοράς του παιδιού. Η δεύτερη αφορά στην κάλυψη των αναγκών ενός παιδιού, τη διαθεσιμότητα ενός γονέα, ώστε το παιδί να απευθύνεται σε αυτόν για υποστήριξη και γενικά στην ικανότητα του γονέα να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον ανάπτυξης και μάθησης. (16)

Συνδυάζοντας και τις δύο διαστάσεις, διαμορφώνονται τέσσερα γονεϊκά στυλ : το αυταρχικό στυλ (ο γονέας απαιτεί αλλά δεν ανταποκρίνεται και χρησιμοποιεί την τιμωρία ως μέσο έλεγχου των παιδιών), το δημοκρατικό στυλ (συνδυάζει και τις δύο διαστάσεις με το γονέα να είναι σταθερός και ευέλικτος), το επιτρεπτικό στυλ (ο γονέας ανταποκρίνεται αλλά δεν έχει καθόλου έλεγχο του παιδιού) και το αδιάφορο στυλ (καμία διάσταση δεν καλύπτεται και ο γονέας είναι αποκομμένος από τη ζωή του παιδιού). (16)

Πολλές μελέτες καταλήγουν ότι τόσο οι γονείς, οι οποίοι υιοθετούν ένα αυταρχικό στυλ ανατροφής, όσο και αυτοί, που επιλέγουν ένα επιτρεπτικό ύφος ανατροφής για τα παιδιά τους, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωματολογίας εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά τους. (110-113) Επιπλέον, το στυλ με το οποίο οι γονείς μεγαλώνουν τα παιδιά τους, φαίνεται να επηρεάζει την ψυχοκοινωνική εξέλιξη των εφήβων και συγκριμένα την ευημερία τους, την αυτοεκτίμηση τους και την ευχαρίστηση που αντλούν από τη ζωή. (114)

3.2.1 Οικογενειακή κατάσταση γονέων

Σύμφωνα με την εθνική έρευνα ψυχικής υγείας και ευημερίας που διεξήχθη στην Αυστραλία, οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι μέλη μονογονεϊκής οικογένειας. (115) Παρά το γεγονός ότι τα διαζύγια είναι πλέον περισσότερο κοινωνικά αποδεκτά και έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οι έφηβοι των οποίων οι γονείς είναι διαζευγμένοι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς σε σύγκριση τους συνομηλικούς τους από δεμένες οικογένειες. (116-117). Ειδικότερα, η συσχέτιση των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου με τη μονογονεϊκότητα έχει εδραιωθεί ήδη από την δεκαετία του 1990. (118- 122)

Η ανατροφή σε ένα οικογενειακό περιβάλλον, που έχει προηγηθεί διαζύγιο των γονέων ή θάνατος ενός γονέα, συνοδεύεται από προκλήσεις ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εφηβείας. (122). Αυτό αποδεικνύεται και από μια έρευνα του 2005, η οποία καταλήγει ότι η δομή της οικογένειας επηρεάζει μακροπρόθεσμα τα νέα μέλη της σε συμπεριφορικό επίπεδο. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει ότι οι νέοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες που έχουν διασπαστεί αντιμετωπίζουν περισσότερα εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με τους νέους, οι οποίοι είναι μέλη δεμένων οικογενειών. (122)

Γενικά, τα παιδιά και οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε σταθερά οικογενειακά περιβάλλοντα με παρόντες και τους δύο γονείς, επωφελούνται ενός καλού βιοτικού επιπέδου, υψηλότερου επιπέδου ανατροφής, στενών δεσμών με τους γονείς και λιγότερων ψυχοπαιδικών γεγονότων (123). Συγκεκριμένα, αυτού του τύπου οι οικογένειες χαρακτηρίζονται από καλύτερη οικονομική κατάσταση, που δίνει πρόσβαση σε υπηρεσίες περίθαλψης, απόκτηση αγαθών, ποιοτική στέγη, διατήρηση ενός καλού βιοτικού επιπέδου και ως αποτέλεσμα καλή ψυχική υγεία, η οποία επηρεάζει άμεσα το στυλ ανατροφής που θα ακολουθήσουν οι γονείς. (124 -126)

Αντιθέτως, οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι πιθανότερα να στερούνται αυτών των συνθηκών. Αναλυτικότερα, έρευνα των Carlson και Corcoran (125), υποστηρίζει ότι οι μητέρες που μεγαλώνουν μόνες τα παιδιά τους είναι πιο πιθανό να αφιερώνουν περιορισμένο χρόνο σε αυτά σε σύγκριση με αυτόν που αφιερώνουν δύο γονείς. Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι αυτών των οικογενειών ενδέχεται να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, διαφωνίες με το γονέα, έλλειψη

σταθερότητας της οικογενειακής δομής, μειωμένη γονεϊκή επίβλεψη και μειωμένη γονεϊκή προσοχή στη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών. (123-124, 127)

3.2.2 Αριθμός παιδιών στην οικογένεια

Ο μεγάλος αριθμός παιδιών στην οικογένεια έχει συσχετιστεί σε πολυάριθμες μελέτες με την παραβατικότητα. (128-130) Μια τέτοια έρευνα διεξήχθη στην Καλιφόρνια σε πλήθος 4.077 μαθητών γυμνασίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, η πιθανότητα εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς αυξάνεται όταν πρόκειται για μέλη πολυπληθών οικογενειών. Ειδικότερα, οι έφηβοι που προέρχονταν από μεγάλες οικογένειες με 4 ή περισσότερα παιδιά εμπλέκονταν σε παραβατικές συμπεριφορές πιο συχνά σε σύγκριση με αυτούς από οικογένειες με 3 ή λιγότερα παιδιά. (129) Παρομοίως, σε μία έρευνα που προέρχεται από το Λονδίνο, διαπιστώθηκε ότι εάν ένα αγόρι είχε τέσσερα ή περισσότερα αδέρφια μέχρι να γίνει 10 ετών, εμφάνιζε διπλάσιες πιθανότητες παραβατικότητας. (131)

Υπάρχουν αρκετοί πιθανοί λόγοι για τους οποίους ο μεγάλος αριθμός παιδιών συσχετίζεται με την εμφάνιση παραβατικότητας. Αρχικά, σε μια οικογένεια με μεγάλο αριθμό παιδιών, μειώνεται η προσοχή που μπορεί να δώσει ο γονέας σε κάθε παιδί ξεχωριστά. Επιπλέον, όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών σε ένα σπίτι, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες να υπάρχουν καυγάδες, αναστάτωση και διαμάχες. (132) Ωστόσο, στη μελέτη του Cambridge, παρατηρήθηκε ότι ο μεγάλος αριθμός παιδιών δεν αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα παραβατικής συμπεριφοράς, αν επρόκειτο για οικογένειες που ζούσαν σε ευρύχωρα σπίτια. (131)

Αντιθέτως, η επιθετικότητα δε φαίνεται να συσχετίζεται με το μεγάλο μέγεθος οικογένειας. Σε έρευνα των Boone και Montare (133), διαπιστώθηκε ότι όσο μεγάλωνε το μέγεθος της οικογένειας, η επιθετικότητα των ανήλικων μελών της μειωνόταν. Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας συνάδουν και με αυτή των Searcy-Miller, Corven και Terrell (134), στην οποία τα παιδιά που προέρχονταν από μικρές οικογένειες εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας σε σχέση με αυτά από μεγαλύτερες οικογένειες. Αυτό το γεγονός πιθανόν να οφείλεται σε κάποιο βαθμό στην πρόωμη υιοθέτηση αποδεκτών κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα στην οικογένεια. (133)

3.2.3 Ηλικία γονέων

Σύμφωνα με μία συγχρονική μελέτη, με δείγμα 12.686 νέων ηλικίας 14-22 ετών, που διεξήχθη στην Αμερική, η ηλικία απόκτησης παιδιού της μητέρας σχετίζεται με την εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς στα έφηβα τέκνα της. (135) Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν κι άλλες έρευνες από την Αμερική και την Αγγλία, υποστηρίζοντας ότι οι έφηβοι που γεννήθηκαν από έφηβες μητέρες, είχαν περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης παραβατικότητας. (136) Ωστόσο, η παρουσία του πατέρα σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα. (136)

Επιπλέον, σε έρευνα που έλαβε μέρος στην πολιτεία της Ουάσινγκτον, παιδιά που γεννήθηκαν από έφηβες, ανύπαντρες μητέρες είχαν περισσότερες πιθανότητες παραβατικότητας. Ειδικότερα, τα αγόρια που γεννήθηκαν από ανύπαντρες έφηβες 17 ετών ή μικρότερες είχαν 11 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με όσα γεννήθηκαν από παντρεμένες γυναίκες 20 ετών και άνω. (137) Ωστόσο, στις έρευνες του Cambridge και του Pittsburgh, η ηλικία της μητέρας κατά την απόκτηση του πρώτου παιδιού συμβάλει σε μέτριο βαθμό στην μετέπειτα εμπλοκή των γιων τους σε παραβατικές συμπεριφορές. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και στην ηλικία του πατέρα · η μικρή ηλικία του πατέρα είναι εξίσου σημαντική με αυτή της μητέρας. (131)

Κάποια χαρακτηριστικά των γυναικών, οι οποίες γίνονται μητέρες κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους, αυξάνουν τις πιθανότητες τα παιδιά να εμφανίσουν εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές. Σύμφωνα με τον Grogger (138), τα χαρακτηριστικά και το ιστορικό των γυναικών που έγιναν μητέρες στην εφηβεία τους ευθύνονται κατά μεγάλο ποσοστό για την παραβατικότητα των παιδιών τους, με την ηλικία που γέννησαν να συμβάλλει στο ρίσκο αυτό. Ο Nagin και οι συνεργάτες του (139), υποστηρίζουν ότι « η κυοφορία ενός παιδιού σε μικρή ηλικία δεν προκαλεί άμεσα μια μελλοντική προβληματική συμπεριφορά αλλά αποτελεί ένα σημάδι για μια σειρά συμπεριφορών που ενδεχομένως να δημιουργεί δυσμενείς συνθήκες για τα παιδιά».

Μια σειρά ερευνών, υποστηρίζει ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν από έφηβες μητέρες, είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν συμπεριφορές που αντιτίθενται στον νόμο. (139-142) Ειδικότερα, αποτελέσματα έρευνας των Conleur, Rivara, Barnoski και Emanuel (137), καταλήγει ότι τα αγόρια που γεννήθηκαν από ανήλικες

μητέρες είχαν 2,4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν παραβάτες του νόμου και 3,8 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν χρόνιοι παραβάτες σε σύγκριση με αυτούς που γεννήθηκαν από μητέρες ηλικίας 25-29 ετών. Το ρίσκο εμφάνισης νεανικής παραβατικότητας σταθερά μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας, με το μικρότερο ρίσκο να σημειώνεται από αγόρια γεννημένα από μητέρες 35 ετών και άνω.

3.2.4 Ακαδημαϊκό επίπεδο γονέων

Το υψηλό ακαδημαϊκό επίπεδο συμβάλλει στην ανάπτυξη πολλαπλών προσωπικών δεξιοτήτων όπως η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, οι γνωστικές λειτουργίες και η ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές. Άτομα που έχουν αποκτήσει εκπαίδευση ανώτερων επιπέδων τείνουν να είναι πιο ικανοί στην διεκπεραίωση πιο πολύπλοκων εργασιών, να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και δημιουργικότητα. (144-147) Επιπλέον, δίνει περισσότερες ευκαιρίες επαγγελματικής αποκατάστασης και πιθανότητες επαρκούς εισοδήματος. (148,149-150) Επίσης, μια γυναίκα με καλό ακαδημαϊκό επίπεδο, μπορεί μέσα στην οικογένεια να συνεισφέρει στην λήψη αποφάσεων (π.χ κατάλληλη στιγμή απόκτησης παιδιού, αναζήτηση κατάλληλου μέρους κατοικίας) και να μεταδίδουν αξίες και πεποιθήσεις στα μέλη της οικογένειας σχετικά με τη σημασία της εκπαίδευσης. (16)

Οι βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες αναφέρονται στη σχέση του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων σε σχέση με τα εξωτερικευμένα προβλήματα παιδιών και εφήβων είναι περιορισμένες. (151) Μια προοπτική μελέτη με δείγμα 1.037 αγοριών, ηλικίας 6-15 ετών, έδειξε ότι το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο της μητέρας αυξάνει το ρίσκο εμφάνισης επιθετικότητας στους απογόνους της, όταν αυτοί βρίσκονται στην ηλικία των 15 ετών. (152) Το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο φαίνεται, επίσης, να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ως προς την εμφάνιση επιθετικότητας στους εφήβους. Συγκεκριμένα, η Nocentini και οι συνεργάτες της (153), υποστηρίζουν ότι το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο της μητέρας συσχετίζεται με τη σωματική βία στις ερωτικές σχέσεις των εφήβων.

Επιπλέον, σε έρευνα της Véronneau και των συνεργατών της (154), διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση των γονέων λειτουργεί προστατευτικά ως προς την εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών στους εφήβους. Τέλος, ο Veenstra και οι συνεργάτες του (155), συσχετίζουν το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης των γονέων με την

εμφάνιση παραβατικότητας σε άτομα που βρίσκονται στην προεφηβική φάση. Μάλιστα, εξηγούν ότι αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι γονείς δεν αναπτύσσουν ισχυρό δεσμό με τα παιδιά τους αλλά υιοθετούν ένα αδιάφορο γονεϊκό στυλ ανατροφής.

3.2.5 Επαγγελματική κατάσταση γονέων

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Masare, Bansode-Gokhe και Shinde (156), διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι και οι έφηβες που συμμετείχαν και εμφάνιζαν συμπεριφορικά προβλήματα προέρχονταν κυρίως από την ανώτερη κατώτερη τάξη και την κατώτερη τάξη. Την ίδια θέση υποστηρίζει και ο Leventhal και η Brooks-Gunn (157), παρουσιάζοντας σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των γονέων και την εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών συμπεριφοράς στα παιδιά και τους εφήβους της οικογένειας. Την ίδια συσχέτιση παρουσιάζει και η εθνική έρευνα για την ψυχική υγεία των νέων που διεξήχθη στην Αυστραλία · μάλιστα, η συσχέτιση ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και των εξωτερικευμένων προβλημάτων παρέμενε υψηλή ακόμη και όταν έγινε προσαρμογή για εξωτερικευμένα προβλήματα. (115)

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, η ανεργία φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά. (121) Το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, έχει συσχετιστεί με την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. (158-160) Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Bask (161), που διενεργήθηκε το 2014, διαπιστώθηκε ότι το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσιακός παράγοντας για την εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων στους εφήβους της οικογένειας.

Οι οικονομικές δυσκολίες, που επιφέρει η ανεργία, σχετίζονται, σύμφωνα με έρευνες, με εξωτερικευμένα προβλήματα στη μέση παιδική ηλικία. (126, 162-136) Έχει διαπιστωθεί από σειρά ερευνών ότι οι οικονομικές δυσκολίες και το χαμηλό εισόδημα δημιουργεί μια σειρά προβλημάτων για τα μέλη της οικογένειας · επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των συζύγων αλλά και των γονέων με τα παιδιά. (164) Ειδικότερα, τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να προβλέψουν αρνητικές γονεϊκές πρακτικές όπως η έλλειψη ζεστασιάς, η σκληρότητα και η αυταρχικότητα, (16) Επιπλέον, τα οικονομικά προβλήματα επηρεάζουν και την συναισθηματική κατάσταση των γονέων και πολλές φορές να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους κ.α. (165)

Αυτή η ψυχολογική αναστάτωση, με τη σειρά της, ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση των γονέων με τα παιδιά και να επηρεάσει το γονεϊκό τους στυλ, το οποίο μπορεί να γίνει αδιάφορο ή και μη σταθερό με αποτελέσματα αρνητικά στα παιδιά. (16) Κι αυτό γιατί έρευνες έχουν δείξει ότι οι σκληρές πρακτικές πειθαρχίας και οι σωματικές τιμωρίες συσχετίζονται με την εκδήλωση εξωτερικευμένων προβλημάτων. (166)

3.3 Η πίεση των συνομηλίκων

Καθώς τα άτομα εγκαταλείπουν την παιδική ηλικία και εισέρχονται στην εφηβεία, σταδιακά αποκτούν περισσότερη αυτονομία και περνούν αισθητά λιγότερο χρόνο με τους γονείς και περισσότερο με συνομηλίκους τους. (166) Ως εκ τούτου, οι έφηβοι επηρεάζονται περισσότερο από τους φίλους τους και συμπεριφέρονται κατά τρόπο αποδεκτό από αυτούς. Αυτό συμβαίνει είτε επειδή ο έφηβος νιώθει την ανάγκη να ακολουθήσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές, που θεωρούνται αποδεκτές από την παρέα τους, είτε μέσω της πίεσης των συνομηλίκων. (167) Έτσι, οι έφηβοι έχουν ως πρότυπα άτομα της ηλικίας τους, τα οποία μιμούνται και θέλουν να τους μοιάζουν. (168)

Σύμφωνα με τον Berndt (169), οι έφηβοι επηρεάζονται περισσότερο από τις παρέες τους μεταξύ 11 και 13 ετών · ειδικότερα, όταν πρόκειται για ριψοκίνδυνες και αντικοινωνικές συμπεριφορές. Παρότι ατομικοί και οικογενειακοί παράγοντες αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου, η συναναστροφή με συνομηλίκους με αποκλίνουσα συμπεριφορά (π.χ χρήση ουσιών, παραβατικότητα, σκασιαρχείο) φαίνεται να ενισχύει την προβληματική συμπεριφορά στους εφήβους. (170-172) Οι πιθανοί μηχανισμοί, στους οποίους οφείλεται αυτό το φαινόμενο, περιλαμβάνουν τον εξαναγκασμό μεταξύ των μελών της παρέας και την αμοιβαία ενίσχυση των ριψοκίνδυνων και παραβατικών συμπεριφορών. (173)

Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι τα άτομα με εξωτερικευμένα προβλήματα της συμπεριφοράς σχετίζονται και κάνουν παρέα με συνομηλίκους με αποκλίνουσα συμπεριφορά. (172, 174-177) Ειδικότερα, οι Vitaro, Brendgen και Tremblay (178), υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι, που επιδεικνύουν προβληματικές συμπεριφορές, κάνουν στενή παρέα με άτομα που εμπλέκονται σε παρόμοιες συμπεριφορές. Παράλληλα, άλλες έρευνες επικεντρώνονται στο ρόλο που διαδραματίζει η απόρριψη στην

εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών στους εφήβους. Σύμφωνα με την Véronneau και τους συνεργάτες της (179), οι έφηβοι που εμπλέκονται σε τέτοιες συμπεριφορές, απορρίπτονται από τους συνομηλίκους τους και καταλήγουν να κάνουν παρέα με άτομα με την ίδια συμπεριφορά.

Αντιθέτως, οι επαφές με συνομηλίκους, οι οποίοι επιδεικνύουν ζεστασιά και διαθέτουν κοινωνικές δεξιότητες συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση του άγχους, την καλύτερη προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. (180-181) Η διατήρηση θετικών φιλικών σχέσεων δρα προστατευτικά ως προς την εμφάνιση κοινωνικού άγχους, εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων της συμπεριφοράς στους εφήβους. (182-183) Συγκεκριμένα, οι φιλικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από φροντίδα, διασκέδαση, επιβεβαίωση, παροχή βοήθειας, ειρηνική επίλυση συγκρούσεων, σωστή καθοδήγηση και συντροφικότητα βοηθούν στην ανάπτυξη της αυτοαξίας και της αυτοεκτίμησης των εφήβων και μειώνουν τις πιθανότητες να πέσει ένας έφηβος θύμα εκφοβισμού. (184-186)

4. Διάγνωση των εξωτερικευμένων διαταραχών της συμπεριφοράς

Η ενδεδειγμένη διαδικασία αξιολόγησης ψυχολογικών διαταραχών αποτελείται από μία δομημένη συλλογή πληροφοριών, η οποία θα οδηγήσει σε στοιχεία που θα συνεισφέρουν στη διάγνωση, τη θεραπεία, την αξιολόγηση της θεραπείας και την έρευνα στα συγκεκριμένα πεδία. (187-188) Η δομημένη συλλογή πληροφοριών εξασφαλίζει ότι τα ανιχνευτικά εργαλεία έχουν σταθμιστεί ψυχομετρικά και έχουν καλά χαρακτηριστικά αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τέτοιες μέθοδοι είναι οι κλίμακες παραγοντικής ανάλυσης της συμπεριφοράς, η συμπεριφορική παρατήρηση, η αξιολόγηση με βάση το αναλυτικό ακαδημαϊκό πρόγραμμα, τα τεστ νοημοσύνης και η λειτουργική ανάλυση συμπεριφοράς. Τέλος, υπάρχουν και μη δομημένοι τρόποι συλλογής πληροφοριών όπως οι προβολικές διαδικασίες και η μη δομημένη συνέντευξη. (188)

4.1 Κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς

Η καλύτερη πρακτική για την αξιολόγηση των εξωτερικευμένων διαταραχών ενδείκνυται να περιλαμβάνει πολλαπλές δομημένες αξιολογικές μετρήσεις, πολλαπλούς παρόχους τέτοιων πληροφοριών και σε πολλαπλά περιβάλλοντα. Κατά αυτόν τον τρόπο, μειώνεται η πιθανότητα μεροληψίας, η πιθανότητα λάθους που

ελλοχεύει η χρήση μίας μόνο κλίμακας μέτρησης, η μεροληψία εκ μέρους ενός συνεντευξιζόμενου ή οι ελλιπείς πληροφορίες από κάποιο από τα περιβάλλοντα του αντικειμένου της μελέτης. (189)

Οι κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς αποτελούνται από ερωτηματολόγια με στοιχεία που περιγράφουν συγκεκριμένες συμπεριφορές. Οι απαντήσεις μπορεί να είναι της μορφής «Ναι» ή «Όχι» ή της κλίμακας Likert ως προς την αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Αυτές οι κλίμακες συμπληρώνονται από τα ίδια τα παιδιά ή τους εφήβους, τους γονείς ή (και) τους εκπαιδευτικούς. Όταν τα στοιχεία αυτά έχουν παρόμοια δομή και περιεχόμενο, εμφανίζουν υψηλή συσχέτιση και διαμορφώνουν ευρείες κατηγορίες συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα οι εσωτερικευμένου και εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές της συμπεριφοράς. Αυτές οι ευρείς κατηγορίες διαχωρίζονται σε πιο ειδικές κατηγορίες. · στην περίπτωση των εξωτερικευμένων διαταραχών σε παραβατική συμπεριφορά και σε επιθετική συμπεριφορά, όπως στην κλίμακα Youth Self Report (YSR). (82)

Η κλίμακα Youth Self Report (YSR) έχει σταθμιστεί για της ηλικίες 11-18 ετών και συμπληρώνεται από τους ίδιους τους εφήβους, οι οποίοι καλούνται να αξιολογήσουν τη λειτουργικότητά τους. (82,192) Σχεδιάστηκε με βάση την κλίμακα Child Behavior Checklist for Ages 4 to 18 (CBCL/4-18) και έχει ως στόχο την ανίχνευση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων της συμπεριφοράς (συναισθηματικών και συμπεριφορικών) και ψυχοκοινωνικών ικανοτήτων των εφήβων. Επιπλέον στοιχεία για τον έφηβο μπορούν να συλλεχθούν χρησιμοποιώντας την κλίμακα The Child Behavior Checklist for Ages 4-18 (CBCL/4-18) για γονείς και την κλίμακα Teacher's Report Form for Ages 5 to 18 (TRF/5-18), η οποία συμπληρώνεται από κάποιον εκπαιδευτικό, ο οποίος έρχεται σε επαφή με τον έφηβο. (18)

Στην κλίμακα YSR, η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά διακρίνεται σε δύο ευρείες κατηγορίες: τις εξωτερικευμένες και εξωτερικευμένες διαταραχές. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν κατά τον Achenbach (18), υπάρχουν 8 πιο ειδικά σύνδρομα και για τα δύο φύλα · αυτά είναι τα εξής: άγχος/κατάθλιψη, απόσυρση/κατάθλιψη, σωματικά ενοχλήματα (εσωτερικευμένα προβλήματα), παράβαση κανόνων, επιθετική συμπεριφορά (εξωτερικευμένα προβλήματα), προβλήματα σκέψης, κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα προσοχής. Η YSR αποτελείται από 112 δηλώσεις κι ο έφηβος καλείται να βαθμολογήσει αν και κατά πόσο αυτές ισχύουν για τον ίδιο σε μία κλίμακα 0-2 (όπου 0= Δεν ταιριάζει, 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές, 2= Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά). (82)

Κάθε κλίμακα αποτελείται από στοιχεία, οι βαθμοί των οποίων αθροίζονται και προκύπτει η βαθμολογία της κλίμακας. Οι αρχικές τιμές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για στατιστικές αναλύσεις. Παράλληλα, υπάρχουν καθορισμένες τιμές T, οι οποίες επιτρέπουν τη σύγκριση της θέσης ενός εφήβου σε μία κλίμακα σε σχέση με άλλες αλλά και με άλλους συνομηλίκους του. (82)

4.2 Μέθοδοι παρατήρησης της συμπεριφοράς

Η παρατήρηση της συμπεριφοράς είναι μεγάλης σημασίας για τους ειδικούς ψυχικής υγείας, όπως οι ψυχολόγοι που εργάζονται σε σχολικό περιβάλλον, ειδικά όταν καλούνται να αξιολογήσουν μαθητές με διαταραχές της συμπεριφοράς. Για την αξιολόγηση μαθητών με εξωτερικευμένες διαταραχές στα πλαίσια της σχολικής τάξης, χρησιμοποιούνται αρκετά μοντέλα δομημένης παρατήρησης, όπως η Συμπεριφορική Παρατήρηση Μαθητών στην Τάξη και το Σύστημα Παρατήρησης Μαθητών. (190-191) Τα πλεονεκτήματα αυτών των μεθόδων περιλαμβάνουν την καταγραφή συγκεκριμένων συμπεριφορών όπως η λεκτική ή σωματική βία, η έλλειψη πειθαρχίας, η υπερκινητικότητα κ.α. Ως προς τις εξωτερικευμένες διαταραχές, η συμπεριφορική παρατήρηση των μαθητών στα πλαίσια της τάξης είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς επιτρέπει την ανίχνευση συμπεριφορικών πλεονασμάτων (εγκατάλειψη της θέσης, ρίψη αντικειμένων, οι φωνές) και συμπεριφορικών ελλειμμάτων (παθητική απροσεξία, η ασχολία με αντικείμενα άσχετα με την εκπαιδευτική διαδικασία) . (190)

5. Πρόληψη διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου της συμπεριφοράς

Η πρόληψη, σε σχέση με τη θεραπεία, λαμβάνει λιγότερης προσοχής στο κομμάτι της έρευνας. (193) Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (APA), τα προγράμματα πρόληψης είναι υψίστης σημασίας για τα παιδιά και τους εφήβους και μειώνουν τα ποσοστά κοινωνικών, συμπεριφορικών, ακαδημαϊκών και ψυχολογικών προβλημάτων στους μαθητές .(194)

Τα δεδομένα που παρέχει η βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης στην προστασία των παιδιών και των εφήβων απέναντι σε κάθε μορφής ψυχοπαθολογία είναι κάτι περισσότερο από επαρκή. Επιπλέον, αυτά μπορούν να βελτιώσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης στις ίδιες

πληθυσμιακές ομάδες. Οι προληπτικές στρατηγικές είναι ακόμη πιο αποτελεσματικές όταν συμπεριλαμβάνουν τις οικογένειες και τους συνομηλίκους των παιδιών. Ιδιαίτερα, προτείνεται να στοχεύουν στους προστατευτικούς ή επιβαρυντικούς παράγοντες μιας συμπεριφοράς παρά σε συγκεκριμένα συμπτώματα και όταν δεν λειτουργούν μεμονωμένα αλλά σε συνδυασμό με άλλες δράσεις. (195)

Τα παιδιά και οι νέοι, παρουσιάζουν ακατάλληλες συμπεριφορές που μπορεί να ποικίλουν από σχετικά ήπιες αντιδραστικές συμπεριφορές, όπως οι φωνές και οι εκρήξεις θυμού, μέχρι πιο σοβαρές αντικοινωνικές συμπεριφορές, όπως η επιθετικότητα ή οι κλοπές. (195) Δεδομένου ότι οι επιθετικές και μη συνεργατικές συμπεριφορές στην παιδική ηλικία έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες (όπως η σχολική αποτυχία, οι ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, η προβληματική χρήση ουσιών, προβλήματα στον εργασιακό χώρο και στο γάμο, προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και υψηλότερες πιθανότητες αυτοκτονικής συμπεριφοράς), η πρόληψη εμφάνισής τους κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. (196) Προτείνονται οι προσεγγίσεις που βασίζονται στην ανάπτυξη στρατηγικών και ικανοτήτων χρήσιμων στην αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές όπως η διαχείριση θυμού, η ανίχνευση και διαχείριση συναισθημάτων, η επίλυση προβλημάτων, ο καθορισμός στόχων. (195)

6. Παρεμβάσεις για παιδιά και εφήβους με εξωτερικευμένες διαταραχές

Μια ανασκόπηση 69 μελετών πάνω σε προγράμματα αποτελεσματικά σε παιδιά και εφήβους με εξωτερικευμένα συμπτώματα, επισημαίνει έξι αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης. (197) Αυτές είναι οι ακόλουθες: 1. Η εκμάθηση τρόπων διαχείρισης «δύσκολων» συναισθημάτων σε παιδιά που βρίσκονται σε ομάδα κινδύνου εμφάνισης εξωτερικευμένων διαταραχών 2. Η οικογενειακή θεραπεία παιδιών με εξωτερικευμένα προβλήματα 3. Η χρήση θεραπευτικών προσεγγίσεων φιλικών προς την κουλτούρα των παιδιών και της οικογένειας 4. Η εκμάθηση διαχείρισης οικογενειακών κρίσεων στους γονείς 5. Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά ώστε να αλληλεπιδρούν ειρηνικά με τους άλλους 6. Τα προγράμματα, τα οποία διαρκούν τουλάχιστον 30 συνεδρίες. (195)

Ένα σημαντικό στοιχείο που οφείλουν να γνωρίζουν οι θεραπευτές είναι ότι οι ελλείψεις γονεϊκές δεξιότητες αποτελούν ισχυρό παράγοντα αρνητικών συνεπειών σε

παιδιά με συμπεριφορικές διαταραχές. Ως εκ τούτου, η τροποποίηση αυτών των μη αποτελεσματικών τεχνικών, είναι σημαντική για κάποιον θεραπευτή που δουλεύει με παιδιά και εφήβους με εξωτερικευμένες διαταραχές. (198) Σε περιπτώσεις όπου πρόκειται για παιδιά, ο θεραπευτής καλό είναι να επιλέξει την ψυχοεκπαίδευση των γονιών ως θεραπεία πρώτης γραμμής και για εφήβους την ψυχοεκπαίδευση των τελευταίων. (199) Αυτό δεν αναιρεί την εμπλοκή των γονέων στη θεραπεία σε όλες τις ηλικίες. (198)

Για τη θεραπεία των εξωτερικευμένων διαταραχών χρησιμοποιούνται τεχνικές ερευνητικά τεκμηριωμένες. Διάφορα εγχειρίδια έχουν εκδοθεί σχετικά με τη θεραπεία παιδιών και εφήβων με συμπεριφορικά προβλήματα · μερικά από αυτά είναι τα εξής: Αποτελεσματικές Θεραπείες για παιδιά : Εμπειρικά τεκμηριωμένες στρατηγικές για τη διαχείριση προβλημάτων της παιδικής ηλικίας (200), Παρεμβάσεις: Τεκμηριωμένες Συμπεριφορικές Στρατηγικές Για μαθητές (201), Σχολικές Παρεμβάσεις για μαθητές με Προβλήματα συμπεριφοράς (202), Τεκμηριωμένες Ψυχοθεραπευτικές Τεχνικές για Παιδιά και Εφήβους (203). Ειδικά για τη θεραπεία των εξωτερικευμένων διαταραχών έχει δημοσιευθεί μια ανασκόπηση τεκμηριωμένων προσεγγίσεων αναφορικά με παιδιά και εφήβους (204).

6.1 Συμπεριφορική Εκπαίδευση Γονέων

Αναπόσπαστο κομμάτι της αντιμετώπισης των εξωτερικευμένων διαταραχών των παιδιών και των εφήβων, αποτελεί η εμπλοκή των γονέων. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, εστιάζουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων ώστε να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις συμπεριφορές των παιδιών τους. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν εκμάθηση δεξιοτήτων όπως η ανίχνευση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών, η θετική ενίσχυση και ενθάρρυνση, η καθιέρωση κανόνων, η εκμάθηση αποτελεσματικών συνεπειών για τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές . (205)

Κάποια από αυτά τα προγράμματα εστιάζουν αποκλειστικά στους γονείς χωρίς την εμπλοκή των παιδιών (189, 206). Οι γονείς εκπαιδεύονται και εξασκούνται σε τεχνικές με τον θεραπευτή κι έπειτα τις εφαρμόζουν στο σπίτι με τα παιδιά τους. Παράλληλα, άλλα προγράμματα περιλαμβάνουν την παρουσία των παιδιών και εκπαιδεύουν τους γονείς σε ελεγχόμενες συνθήκες, για παράδειγμα με τη χρήση μονόδρομου καθρέφτη δίνονται οδηγίες στους γονείς σε πραγματικό χρόνο από τον

θεραπευτή (207). Και οι δύο αυτές προσεγγίσεις αποδεικνύονται αποτελεσματικές σε μαθητές με εξωτερικευμένες διαταραχές (207-208).

6.2 Επίβλεψη και Παρακολούθηση Μαθητών με Εξωτερικευμένες Διαταραχές στο σχολικό περιβάλλον

Οι μαθητές, οι οποίοι παρουσιάζουν εξωτερικευμένες διαταραχές και δεν επιτηρούνται στο σχολικό περιβάλλον συχνά υιοθετούν προβληματικές συμπεριφορές · ιδίως αν πρόκειται για περιβάλλον υψηλού κινδύνου και συνευρίσκονται με συμμαθητές με αποκλίνουσα συμπεριφορά. Προτείνεται οι εκπαιδευτικοί να επιβλέπουν τυφλά σημεία του σχολείου, την είσοδο και έξοδο μαθητών στις τάξεις, τις τουαλέτες, τις σκάλες του σχολείου. Ειδικά για τους μαθητές με εξωτερικευμένες διαταραχές, υπάρχουν δομημένα προγράμματα επίβλεψης. Ένα τέτοιο πρόγραμμα σχεδιάστηκε από το πανεπιστήμιο της Μινεσότα και ονομάζεται The Check and Connect program με στόχο την επίβλεψη και παροχή βοήθειας σε μαθητές που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου. (209-210)

Τα βασικά στοιχεία του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελούν η διαρκής αξιολόγηση της προόδου των μαθητών μέσω της σχολική φοίτησης, της σχολικής επίδοσης, συμπεριφορών απειθαρχίας και αποβολής από το σχολείο. Εκτός από τον έλεγχο της συμπεριφοράς, αυτό το πρόγραμμα περιλαμβάνει και τακτικές συναντήσεις των μαθητών, τουλάχιστον μια φορά εβδομαδιαίως, με κάποιον επιβλέποντα. Ο τελευταίος, προσφέρει ακαδημαϊκή βοήθεια στο μαθητή, συμβουλές για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και διασύνδεση με τους εκπαιδευτικούς. Αυτό το πρόγραμμα ενθαρρύνει τη διαρκή επίβλεψη των μαθητών υψηλού κινδύνου καθώς και τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον μέντορα. Οι Todd, Campbell, Meyer και Horner εξέτασαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος και αναφέρουν ότι συμβάλλει στη μείωση των προβληματικών συμπεριφορών. (211)

Ένα δεύτερο πρόγραμμα επίβλεψης μαθητών αναπτύχθηκε από το πανεπιστήμιο του Όρεγκον είναι το Behavior Education Program (BEP). (212) Αυτό το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε μαθητές, οι οποίοι οδηγήθηκαν μέσα στη σχολική χρονιά 3 -5 φορές στο γραφείο της διεύθυνσης για προβληματικές συμπεριφορές. Κυρίως εφαρμόζεται για ανεπιθύμητες συμπεριφορές, όπως η ανυπακοή, υβριστική χρήση της γλώσσας, οι διασπαστικές συμπεριφορές στην τάξη. Ο μαθητής υπογράφει ένα συμβόλαιο με τον επιβλέποντά του, το οποίο περιέχει τις συμπεριφορές για τις οποίες θα ελέγχεται κατά

τη διάρκεια της ημέρας. Το σύμβολο αυτό αναφέρεται και στις ανταμοιβές που θα λάβει ο μαθητής όταν σημειώνει πρόοδο, τις οποίες ο ίδιος σε συνεννόηση με τον μέντορα του καθορίζει. Ο μαθητής παραλαμβάνει το πρωί τη λίστα με τις επιθυμητές συμπεριφορές, αυτές αξιολογούνται από τους εκπαιδευτικούς και στο τέλος της σχολικής ημέρας αυτή παραδίδεται στον επιβλέποντα για να σημειωθεί η πρόοδος του μαθητή. (211)

Σε περίπτωση που ο μαθητής δε σημειώνει πρόοδο ή προκαλεί προβλήματα με τη συμπεριφορά του, το πρόγραμμα υφίσταται αλλαγές και διαμορφώνεται ένα πρόγραμμα υποστήριξης του μαθητή. Οι γονείς μένουν πάντα ενήμεροι για την πορεία του μαθητή. Το εν λόγω πρόγραμμα, ερευνητικά αποδεικνύεται αποτελεσματικό καθώς μειώνει τις παραπομπές στο γραφείο της διεύθυνσης για την επιβολή ποινών κατά 50% (213-215). Προτείνεται για μαθητές που αποτελούν ομάδα κινδύνου και μαθητές με εξωτερικευμένα προβλήματα αλλά όχι για μαθητές που εμφανίζουν ακραία επιθετική συμπεριφορά ή προκαλούν καταστροφές. (215)

Ειδικό Μέρος

6. Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης

Οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές αποτελούν αντικείμενο μελέτης καθώς προκαλούν αποδιοργάνωση στην οικογένεια και τη σχολική κοινότητα και έχουν συνδεθεί με εγκληματικότητα, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας και ενεργό ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή του ατόμου. (19,20)

Κάποιοι παράγοντες όπως η ηλικία, η ακαδημαϊκή επίδοση και οικογενειακοί παράγοντες έχουν μελετηθεί εκτενώς. Ωστόσο, παράγοντες όπως ο δείκτης μάζας σώματος κι η μετανάστευση των εφήβων αλλά και των γονέων τους χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης εξαιτίας του μικρού πλήθους ερευνών ή/και των αντιφατικών αποτελεσμάτων τους. Το φύλο είναι άλλος ένας παράγοντας που αξίζει να μελετηθεί εκτενέστερα καθώς οι έφηβοι και οι έφηβες φαίνεται να εκφράζουν επιθετικότητα με διαφορετικό τρόπο. Η παρούσα έρευνα, με δείγμα 10.930 εφήβων από έξι ευρωπαϊκές χώρες, θα μπορούσε να συνεισφέρει είτε προς την επαλήθευση, είτε προς την αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων των υπαρχουσών ερευνών, καθώς και να προσφέρει νεότερα αποτελέσματα για την τελευταία δεκαετία και να δώσει μια αξιόπιστη εικόνα των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου στους εφήβους της Ευρώπης.

Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να διερευνήσει τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους Ευρωπαίους εφήβους στο πλαίσιο της μελέτης EUnetADB. Συγκεκριμένα, θα μελετηθεί ο επιπολασμός των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου στους εφήβους (14-17 ετών) στις 6 υπό μελέτη ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Πολωνία, Ολλανδία, Ρουμανία, Ισλανδία) συνολικά αλλά και σε κάθε μία χώρα ξεχωριστά. Επιπλέον, σκοπό της έρευνας αποτελεί η ανάδειξη των στατιστικά σημαντικών ατομικών και οικογενειακών παραγόντων που σχετίζονται με τις συμπεριφορές εξωτερικευμένου τύπου στους εφήβους, στις 6 ευρωπαϊκές χώρες.

Ερευνητικά Ερωτήματα :

1.Κύριο Ερευνητικό Ερώτημα :

Ποιός ο επιπολασμός των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου στους εφήβους ηλικίας 14-17 ετών της Ελλάδας, Ισπανίας, Πολωνίας, Ολλανδίας, Ρουμανίας και Ισλανδίας συνολικά;

Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα :

- 1.1. Πόσο συχνές είναι αυτές οι διαταραχές σε παγκόσμιο επίπεδο στον εφηβικό πληθυσμό;
- 1.2. Πόσο συχνές είναι αυτές οι διαταραχές στον ενήλικο πληθυσμό;
- 1.3. Πώς διαγιγνώσκονται αυτές οι διαταραχές στον εφηβικό πληθυσμό;
- 1.4. Υπάρχουν στρατηγικές αντιμετώπισης τους;

2.Κύριο Ερευνητικό Ερώτημα :

Ποιος ο επιπολασμός των διαταραχών εξωτερικευμένου τύπου στους εφήβους ηλικίας 14-17 ετών σε κάθε χώρα ξεχωριστά;

Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα :

- 2.1. Ποιά/ες χώρα/ες παρουσιάζει/ουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών αυτών ;
- 2.2. Ποιά/ες χώρα/ες παρουσιάζει/ουν τα μικρότερα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών αυτών ;
- 2.3. Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στα ποσοστά της κάθε χώρας σε σχέση με παλαιότερα δεδομένα ;

3.Κύριο Ερευνητικό Ερώτημα : Ποιοι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;

Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα :

- 3.1. Το φύλο σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 3.2. Η ηλικία σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 3.3. Η ακαδημαϊκή επίδοση σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 3.4. Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;

3.5. Η μετανάστευση των εφήβων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;

4.Κύριο Ερευνητικό Ερώτημα

Ποιοί οικογενειακοί παράγοντες σχετίζονται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές;

Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα :

- 4.1. Η οικογενειακή κατάσταση γονέων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 4.2. Η ηλικία των γονέων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 4.3. Η μετανάστευση των γονέων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 4.4. Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 4.5. Το επίπεδο σπουδών των γονέων σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;
- 4.6. Η ύπαρξη αδερφών σχετίζεται με τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στους εφήβους;

2. Δείγμα της μελέτης - Συλλογή των δεδομένων και εργαλεία της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια συγχρονική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το χρονικό διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 2011 και Μαΐου 2012 σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, Ελλάδα, Ισπανία, Πολωνία, Γερμανία, Ολλανδία, Ρουμανία και Ισλανδία. Επιλέχθηκε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 13.284 εφήβων, ηλικίας 14-17 ετών, μέσω τυχαιοποιημένης - κατά συστάδες δειγματοληψίας.

Για κάθε χώρα, οι τάξεις της 3^{ης} τάξης του Γυμνασίου και της 1^{ης} Λυκείου, αποτέλεσαν την αρχική δειγματοληπτική μονάδα. Από αυτές, περίπου 100 τάξεις για κάθε χώρα αποτέλεσαν δείγμα της έρευνας κι είχαν η καθεμία έναν μοναδικό αριθμό και οι μαθητές τους, τις ίδιες πιθανότητες να επιλεγθούν ως συμμετέχοντες. Οι μαθητές των τάξεων που επελέγησαν συμμετείχαν στην διαδικασία, κατόπιν γονικής

συναίνεσης. Συνολικά, 13.708 έφηβοι, 85% των μαθητών της τάξης, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Ωστόσο, δεν λήφθηκαν υπόψη τα δεδομένα που προέρχονται από τη Γερμανία καθώς η κλίμακα YSR δε χορηγήθηκε σε αυτόν τον πληθυσμό. Έτσι αποκλείστηκαν οι 2.410 συμμετέχοντες της Γερμανίας και το συνολικό δείγμα των εφήβων συμμετεχόντων ανέρχεται σε 11.298. Αποκλείστηκαν συμμετέχοντες εξαιτίας ελλিপών στοιχείων σχετικά με την ηλικία, το φύλο αλλά και συμμετέχοντες νεότεροι των 14 και μεγαλύτεροι των 18 ετών και το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε σε 10.930. Οι περισσότεροι προέρχονται από την Ισπανία και φτάνουν τους 1.980 εφήβους. Έπονται αριθμητικά οι συμμετέχοντες από την Πολωνία (1.978), την Ελλάδα (1.967), την Ισλανδία (1.926) και τη Ρουμανία (1.830). Η χώρα με τους λιγότερους συμμετέχοντες είναι η Ολλανδία με 1.249 εφήβους (Γράφημα 1).

Οι έφηβοι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, ανώνυμα, κατά τη διάρκεια μιας σχολικής ώρας. Στην αίθουσα παρευρίσκοντο τουλάχιστον ένας ερευνητής, ο οποίος έδωσε πληροφορίες σχετικά με τη συμπλήρωσή των ερωτηματολογίων, ενθάρρυνε τους εφήβους να εκφράσουν οποιαδήποτε απορία είχαν και τους ενημέρωσε για το δικαίωμά τους να αποσυρθούν από τη διαδικασία, αν το επιθυμούσαν, οποιαδήποτε στιγμή. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις αναφορικά με ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, ακαδημαϊκή επίδοση, BMI, αυτοχθονία) και οικογενειακά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση των γονέων, ηλικία των γονέων, αυτοχθονία των γονέων, ακαδημαϊκό επίπεδο των γονέων, ύπαρξη εργασίας, ύπαρξη και αριθμός αδερφών).

Επιπλέον, χορηγήθηκε η κλίμακα αυτό-αναφοράς για εφήβους (Youth Self Report Scale), η οποία αποτελείται από 112 δηλώσεις κι ο έφηβος καλείται να βαθμολογήσει αν και κατά πόσο αυτές ισχύουν για τον ίδιο σε μία κλίμακα 0-2 (όπου 0= Δεν ταιριάζει, 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές, 2= Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά). Χορηγείται σε εφήβους ηλικίας 11-18 ετών για την αξιολόγηση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών σε κλινικά και σχολικά πλαίσια. Οι προβληματικές συμπεριφορές διαχωρίζονται σε δύο ευρείες κατηγορίες: Εσωτερικευμένου τύπου διαταραχές (άγχος/κατάθλιψη, απόσυρση/κατάθλιψη, σωματικές ενοχλήσεις) και Εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές (παραβίαση των κανόνων, προβλήματα προσοχής, προβλήματα σκέψης, επιθετική συμπεριφορά, κοινωνικά προβλήματα). Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι αρχικές τιμές (raw scores) της κλίμακας YSR κι όχι οι τιμές T.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη ανώνυμα ώστε να διασφαλιστεί η εχεμύθεια και να μειωθεί η πιθανότητα σφάλματος αναφοράς. Η τήρηση της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων αναφερόταν στο εξώφυλλο τους αλλά και προφορικά πριν την έναρξη της διαδικασίας.

3. Μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης

Οι ποιοτικές μεταβλητές θα παρουσιαστούν σαν απόλυτη και σχετική (%) συχνότητα. Οι ποσοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους, χρησιμοποιώντας εμπειρικές (π.χ. ιστογράμματα, γραφήματα τύπου q-q) και αναλυτικές μεθόδους. Οι ποσοτικές μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή θα παρουσιαστούν ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση. Αντίστοιχα, αυτές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή θα παρουσιαστούν σαν διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Για τη διερεύνηση των πιθανών σχέσεων μεταξύ 2 παραγόντων, αρχικά χρησιμοποιήθηκε κατάλληλη μονομεταβλητή ανάλυση (t-test, έλεγχος Mann-Whitney, έλεγχος X², κ.ά.).

Στη συνέχεια κατασκευάστηκαν μονοπαραγοντικά και πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για τις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές (κλίμακα παραβατικής συμπεριφοράς, κλίμακα επιθετικής συμπεριφοράς και συνολική κλίμακα), σε σχέση με πιθανούς προγνωστικούς και συγχυτικούς παράγοντες. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την ακαδημαϊκή επίδοση, το BMI, την αυτοχθονία, την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, την ηλικία των γονέων, την αυτοχθονία των γονέων, το ακαδημαϊκό επίπεδο των γονέων, την ύπαρξη εργασίας και την ύπαρξη αδερφών.

Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες που ελήφθησαν υπόψη είναι η προβληματική χρήση του διαδικτύου, το άγχος, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η σωματική ασθένεια ή αναπηρία, η εικόνα σώματος, το στυλ ανατροφής που υιοθετούν οι γονείς, η σωματική κακοποίηση, η πίεση από συνομήλικους.

Η στατιστική ανάλυση έλαβε υπόψη τον ειδικό σχεδιασμό της δειγματοληψίας, χρησιμοποιώντας τη ρουτίνα Complex Models στο SPSS, v. 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

4. Ζητήματα δεοντολογίας – αδειοδότηση της έρευνας

Η κάθε συμμετέχουσα χώρα κατέθεσε το ερευνητικό πρωτόκολλο στην αντίστοιχη επιτροπή δεοντολογίας, τα ερωτηματολόγια στους κατά τόπους αρμόδιους φορείς προς έγκριση και δεσμεύτηκε να ακολουθήσει τις οδηγίες και τους περιορισμούς που ισχύουν για την κάθε μία. Παράλληλα, για κάθε έφηβο συμμετέχοντα, απαιτήθηκε γραπτή γονική συναίνεση. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε από τα ανώνυμα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος της τάξης, την κατανομή αγοριών-κοριτσιών και τον αριθμό μαθητών που κατέθεσαν ή όχι τη φόρμα γονικής συναίνεσης, τις απουσίες μαθητών την μέρα διεξαγωγής της έρευνας συγκεντρώθηκαν από τους ερευνητές και αναφέρθηκαν στις φόρμες της τάξης. Ο κάθε συμμετέχων συμπλήρωσε μόνος τα ερωτηματολόγια εκτός κι αν παρουσίαζε ειδικές ανάγκες, όπου παρεχόταν βοήθεια από τον εκπαιδευτικό. Ο κάθε συμμετέχων είχε το δικαίωμα να αποχωρήσει από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή εφόσον το επιθυμούσε.

5. Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφή Δείγματος

Από το σύνολο των 10.930 συμμετεχόντων, 7.495 έφηβοι έδωσαν πληροφορίες αναφορικά με το Δ.Μ.Σ και συμπλήρωσαν την κλίμακα των Εξωτερικευμένων Διαταραχών (Ε.Δ). Οι περισσότεροι προέρχονται από την Ελλάδα και φτάνουν τους 1.541 εφήβους. Έπονται αριθμητικά οι συμμετέχοντες από την Ρουμανία (1.410), την Ισπανία (1.371), την Ισλανδία (1.265) και την Πολωνία (1.182). Η χώρα με τους λιγότερους συμμετέχοντες είναι η Ολλανδία με 726 εφήβους (Πίνακας 1.1). Από αυτούς, οι 562 αναφέρουν Ε.Δ. Επομένως, ο επιπολασμός των Ε.Δ στις έξι ευρωπαϊκές χώρες της έρευνας ανέρχεται σε 7% (Γράφημα 2).

Στην Ελλάδα, από τους 1.541 συμμετέχοντες, 138 παρουσιάζουν Ε.Δ κι ο επιπολασμός υπολογίζεται σε 9%. Αναφορικά με την Ισπανία, σε σύνολο 1.371 εφήβων, οι 97 εμφανίζουν Ε.Δ, με επιπολασμό 7%. Στη Ρουμανία, από τους 1.410 εφήβους, οι 111 εμπίπτουν στην κατηγορία των Ε.Δ, με επιπολασμό 8%. Οι συμμετέχοντες στην Πολωνία ανέρχονται στους 1.182 και 116 από αυτούς εμφανίζουν Ε.Δ, παρουσιάζοντας τον μεγαλύτερο επιπολασμό 10%. Σε σχέση με την Ολλανδία, οι έφηβοι που πήραν μέρος στην έρευνα είναι 726, από τους οποίους οι 47

εμφανίζουν Ε.Δ με επιπολασμό 6%. Τέλος, σύμφωνα με τα δεδομένα της Ισλανδίας, από το σύνολο των 1.265 εφήβων, οι 53 παρουσιάζουν Ε.Δ με το μικρότερο επιπολασμό 4% (Γράφημα 3).

Στο σύνολο των 7.495 εφήβων που έδωσαν πληροφορίες σχετικά με το Δ.Μ.Σ και τις Ε.Δ, το 53% είναι αρσενικού γένους (3.967) και έπονται οι έφηβες με 47% (3.528) (Γράφημα 4). Αναφορικά με την ηλικία, το μεγαλύτερο δείγμα αποτελείται από εφήβους ηλικίας 14-16 ετών (4.621, 62%) και έπονται με διαφορά εκείνοι των οποίων η ηλικία κυμαίνεται από 16-18 ετών (2.803, 38%) (Γράφημα 5).

Αναφορικά με το ακαδημαϊκό επίπεδο του πατέρα, οι περισσότεροι έφηβοι αναφέρουν ότι αυτοί είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (1.989) και έπονται αριθμητικά οι πατέρες που είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου (1.599), σύμφωνα με τις απαντήσεις των εφήβων. Απόφοιτοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι 1.414 πατέρες, 913 έφηβοι αναφέρουν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 103 έφηβοι απάντησαν ότι ο πατέρας τους δεν έχει λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση 36 άλλο επίπεδο εκπαίδευσης.

Όσον αφορά το ακαδημαϊκό επίπεδο της μητέρας, οι περισσότεροι έφηβοι αναφέρουν ότι αυτές είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (2.168). Έπονται αριθμητικά οι μητέρες που είναι , απόφοιτοι πανεπιστημίου (1.879), σύμφωνα με τις απαντήσεις των εφήβων. Απόφοιτοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι 1.139 μητέρες , όπως δηλώνουν οι συμμετέχοντες. Οι 785 έφηβοι αναφέρουν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτος πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, 77 έφηβοι απάντησαν ότι η μητέρα τους δεν έχει λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση και 28 άλλο επίπεδο εκπαίδευσης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων, προέρχεται από τυπικές οικογένειες , με τους γονείς να έχουν συνάψει γάμο ή να συμβιώνουν, σε ποσοστό 82 % και το υπόλοιπο 18% να ανήκει σε διαζευγμένες, μονογονεϊκές οικογένειες. Αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος των συμμετεχόντων, το 86% αυτών έχει φυσιολογικό βάρος, το 12% είναι υπέρβαροι και το 2% παχύσαρκοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι παρατηρήσεις για τους λιποβαρείς εφήβους.

Η σχολική επίδοση των συμμετεχόντων, κατά το τελευταίο σχολικό έτος φοίτησης , για τους περισσότερους κυμαίνεται ανάμεσα σε 15-17,9 (33%) και 12-14,9 (33%). Έπονται οι έφηβοι με επίδοση 1-9,9 (16%) και 10-11 (16%). Οι έφηβοι με βαθμολογία 18-20, αποτελούν το 2% του συνολικού δείγματος (Γράφημα 9).

Από το σύνολο του δείγματος 7.116 έφηβοι (95,9%) έχουν γεννηθεί και διαμένουν στη χώρα διεξαγωγής της έρευνας ενώ οι έφηβοι μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχονται σε 357 (4,1%). Αναφορικά με τη μετανάστευση των γονέων, οι έφηβοι που ανέφεραν ότι ο πατέρας τους προέρχεται από διαφορετική χώρα από αυτή της διεξαγωγής της έρευνας, ανέρχονται σε 561(9,2%) και οι έφηβοι που απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι μετανάστης ανέρχονται σε 631 (10,9%) (Γράφημα 10).

Στο σύνολο των ερωτηθέντων εφήβων, ο μέσος όρος ηλικίας του πατέρα είναι 46,3 έτη και η μέση ηλικία της μητέρας είναι τα 43,2 έτη. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση του πατέρα, 83,9% των εφήβων αναφέρουν ότι αυτός εργάζεται, 6,2% ότι είναι άνεργος, 4,1% ότι είναι συνταξιούχος, 3,4% ότι ασχολείται με τα οικιακά, 0,2% ότι είναι σπουδαστής και 2,3% ότι ανήκει σε κάποια άλλη κατηγορία. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση της μητέρας, το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (68,3%) αναφέρει ότι αυτή εργάζεται, 5,8% ότι είναι άνεργη, 1,1 % ότι είναι συνταξιούχος, 23% ότι ασχολείται με τα οικιακά, 0,9% ότι είναι σπουδάστρια και 0,9% ότι ανήκει σε κάποια άλλη κατηγορία (Γράφημα 11).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των εφήβων (87,7%) αναφέρει ότι έχει αδέρφια. Το ποσοστό των εφήβων που δεν αναφέρει την ύπαρξη αδερφών ανέρχεται σε 12,3% στο σύνολο των ερωτηθέντων (Γράφημα 12).

5.2 Κατανομή συχνοτήτων για τα νορμοβαρή, παχύσαρκα και υπέρβαρα του δείγματος στα οποία έχει καταγραφεί ο Δ.Μ.Σ. και έχουν απαντήσει στην ερώτηση που αφορά τις Ε.Δ.

Μελετώντας τη σχέση του φύλου και των Ε.Δ, διαπιστώθηκε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε αυτούς τους δύο παράγοντες ($p= 0,725$). Στο σύνολο των 7.495 εφήβων, οι περισσότεροι είναι αρσενικού γένους (3.967) και έπονται οι έφηβες (3.528). Από το σύνολο των εφήβων κοριτσιών, 269 εμφανίζουν Ε.Δ. Αναφορικά με τα αγόρια εφήβους, 293 παρουσιάζουν Ε.Δ από το σύνολο των 3.967. Η ηλικία των εφήβων αποτέλεσε άλλον έναν υπό μελέτη παράγοντα σχετικά με την εμφάνιση Ε.Δ. Οι έφηβοι ηλικίας 14-16 ετών ανέρχονται σε 4.621, από τους οποίους 322 παρουσιάζουν Ε.Δ. Οι συμμετέχοντες 16-18 ετών ανέρχονται σε 2.803, από τους οποίους 231 χαρακτηρίζονται από Ε.Δ. Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, δεν

παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τις Ε.Δ (p -value 0,017) (Πίνακας 1.1).

Το ακαδημαϊκό επίπεδο, όταν αυτό μελετάται και για τους δύο γονείς από κοινού, παρουσιάζει συσχέτιση με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0,001$). Ειδικότερα, το ποσοστό των εφήβων με Ε.Δ που προέρχονται από γονείς με χαμηλό/μεσαίο ακαδημαϊκό επίπεδο (230/2.550) είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτούς που προέρχονται από γονείς με υψηλότερο επίπεδο σπουδών (248/4.011) (Πίνακας 1.2).

Όταν μελετάται το επίπεδο σπουδών της μητέρας μεμονωμένα, παρουσιάζεται, επίσης, συσχέτιση στατιστικής σημαντικότητας με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που απάντησαν ότι οι μητέρες τους δεν έχουν ολοκληρώσει καμία βαθμίδα εκπαίδευσης εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό Ε.Δ σε σύγκριση με αυτούς των οποίων η μητέρα έχει ολοκληρώσει κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα. Αντιθέτως, το ακαδημαϊκό επίπεδο του πατέρα δε φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους με βάση τα δεδομένα της παρούσας έρευνας ($p = 0,125$) (Πίνακας 1.2).

Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, προκύπτει ότι το ποσοστό εφήβων με Ε.Δ είναι υψηλότερο στις μονογονεϊκές ή διαζευγμένες οικογένειες παρά στις τυπικές οικογένειες. Ειδικότερα, 6.022 έφηβοι δηλώνουν ότι οι γονείς του βρίσκονται σε γάμο ή συμβιωτική σχέση, από τους οποίους 423 εμφανίζουν Ε.Δ. Επιπλέον, 1.328 έφηβοι απάντησαν ότι προέρχονται από οικογένειες, στις οποίες οι γονείς έχουν χωρίσει, είναι σε διάσταση ή αυτές είναι μονογονεϊκές. Από αυτούς 120 εμφανίζουν Ε.Δ. Ωστόσο η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0,013$) (Πίνακας 1.2).

Ο Δ.Μ.Σ στην παρούσα έρευνα παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση Ε.Δ στη διάρκεια της εφηβείας ($p < 0,001$). Από τους 6.480 συμμετέχοντες με φυσιολογικό βάρος, οι 467 αναφέρουν Ε.Δ. ενώ από τους 878 υπέρβαρους οι 70 σημειώνουν Ε.Δ. Τέλος, από τους 137 παχύσαρκους εφήβους, οι 25 εμφανίζουν Ε.Δ.

Η σχολική επίδοση των συμμετεχόντων, κατά το τελευταίο σχολικό έτος φοίτησης, για τους περισσότερους κυμαίνεται ανάμεσα σε 15-17,9 (33%) και 12-14,9 (33%). Έπονται οι έφηβοι με επίδοση μεταξύ 1-9,9 (16%) και 10-11 (16%). Οι έφηβοι με βαθμολογία μεταξύ 18-20, αποτελούν το 2% του συνολικού δείγματος. Όσον αφορά τη σχέση της σχολικής επίδοσης και την εμφάνιση Ε.Δ, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε επίπεδο στατιστικής

σημαντικότητας ($p < 0,001$). Επομένως, οι έφηβοι με βαθμολογία 1-9,9 έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες Ε.Δ. (Πίνακας 1.1).

Κατά τη μελέτη της σχέσης μετανάστευσης των εφήβων αλλά και των γονέων τους και την εμφάνιση Ε.Δ, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ειδικότερα, από το σύνολο του δείγματος 7.116 έφηβοι έχουν γεννηθεί και διαμένουν στη χώρα διεξαγωγής της έρευνας, από τους οποίους 538 αναφέρουν Ε.Δ. Παράλληλα, οι έφηβοι μετανάστες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχονται σε 357 και 24 από αυτούς αναφέρουν Ε.Δ. Ανάμεσα στους γηγενείς και μετανάστες εφήβους δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις Ε.Δ ($p = 0,608$) (Πίνακας 1.1).

Αναφορικά με τη μετανάστευση των γονέων και τη σχέση της με τις Ε.Δ στους εφήβους, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που ανέφεραν ότι ο πατέρας τους προέρχεται από διαφορετική χώρα από αυτή της διεξαγωγής της έρευνας, ανέρχονται σε 561 και μόλις 45 από αυτούς παρουσιάζουν Ε.Δ ($p = 0,616$). Επιπλέον, οι έφηβοι που απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι μετανάστης ανέρχονται σε 631 και οι 48 από αυτούς εμφανίζουν Ε.Δ ($p = 0,874$) (Πίνακας 1.2).

Η ηλικία των γονέων, επίσης, δε φαίνεται να συσχετίζεται με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους. Στο σύνολο των ερωτηθέντων εφήβων, ο μέσος όρος ηλικίας του πατέρα είναι 46,3 έτη και στους εφήβους με Ε.Δ η αντίστοιχη ηλικία είναι τα 45,8 έτη ($p = 0,021$). Στο σύνολο των συμμετεχόντων εφήβων η μέση ηλικία της μητέρας είναι τα 43,2 έτη και στους εφήβους με Ε.Δ η αντίστοιχη ηλικία είναι τα 43 έτη ($p = 0,032$) (Πίνακας 1.2).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, η επαγγελματική κατάσταση της μητέρας και του πατέρα δε σχετίζεται με τις Ε.Δ στην εφηβεία. Οι έφηβοι με Ε.Δ, αναφέρουν κατά 79,5% ότι ο πατέρας τους εργάζεται, 8,5% ότι είναι άνεργος, 5,1 % ότι είναι συνταξιούχος, 3,1 % ότι ασχολείται με τα οικιακά, 0,2% ότι σπουδάζει και 3,5% ότι ανήκει σε άλλη επαγγελματική κατηγορία. Η επαγγελματική κατάσταση του πατέρα δε συσχετίζεται με τις Ε.Δ στους εφήβους ($p = 0,054$). Οι έφηβοι με Ε.Δ, αναφέρουν κατά 68,2% ότι η μητέρα εργάζεται, 6,5% ότι είναι άνεργη, 2% ότι είναι συνταξιούχος, 20,4% ότι ασχολείται με τα οικιακά, 1,4% ότι σπουδάζει και 1,6% ότι ανήκει σε άλλη επαγγελματική κατηγορία ($p = 0,101$) (Πίνακας 1.2).

Η ύπαρξη αδερφών δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους ($p = 0,201$). Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των

εφήβων (87,7%) αναφέρει ότι έχει αδέρφια καθώς και το 86% των εφήβων με Ε.Δ. Το ποσοστό των εφήβων που δεν αναφέρει την ύπαρξη αδερφών ανέρχεται σε 12,3% στο σύνολο των ερωτηθέντων και 14% στους εφήβους με Ε.Δ (Πίνακας 1.2).

5.3 Η Σχέση μεταξύ των Εξωτερικευμένου διαταραχών και του Δ.Μ.Σ.

Στοιχεία σχετικά με τη σχέση του δείκτη μάζας σώματος και των εξωτερικευμένων διαταραχών από το μονοπαραγοντικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης παρουσιάζονται από στον Πίνακα 2. Αυτός ο πίνακας παρουσιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ στους υπέρβαρους, παχύσαρκους εφήβους σε σχέση με τους νορμοβαρείς, στο σύνολο τους δείγματος αλλά και σε κάθε χώρα ξεχωριστά. Στο σύνολο των ερωτηθέντων εφήβων παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της παρουσίας Ε.Δ και των παχύσαρκων έναντι των εφήβων με φυσιολογικό βάρος ($p < 0,001$). Ειδικότερα, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες φορές την πιθανότητα να εμφανίσουν Ε.Δ από αυτή που έχουν τα άτομα με φυσιολογικό βάρος (O.R 2,874). Αντίθετα, δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ. μεταξύ υπέρβαρων και νορμοβαρών εφήβων στο δείγμα μας ($p = 0,465$).

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και ύπαρξης Ε.Δ είναι στατιστικά σημαντική για κάποιες από τις συμμετέχουσες χώρες. Όσον αφορά την Ελλάδα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και των παχύσαρκων εφήβων έναντι των εφήβων που έχουν φυσιολογικό βάρος ($p = 0,002$). Συγκεκριμένα, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν Ε.Δ σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογικό βάρος (O.R 2,828), ($p = 0,002$).

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για την Πολωνία, καθώς προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητας εμφάνισης των Ε.Δ και μεταξύ των παχύσαρκων έναντι των εφήβων με φυσιολογικό βάρος ($p = 0,031$). Οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν, δηλαδή, περίπου τριπλάσιες φορές την πιθανότητα να εμφανίσουν εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές από αυτή που έχουν οι έφηβοι με φυσιολογικό βάρος (OR 3,039).

Επιπρόσθετα, για την Ολλανδία προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ των Ε.Δ και των παχύσαρκων εφήβων σε σχέση με τους νορμοβαρείς εφήβους ($p = 0,020$) αλλά και υπέρβαρων εφήβων έναντι των εφήβων με φυσιολογικό

βάρος ($p= 0,033$). Οι υπέρβαροι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές από αυτή που έχουν οι έφηβοι με φυσιολογικό βάρος (O.R 2,995). Αντίστοιχα, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν περισσότερες από πέντε φορές την πιθανότητα να εμφανίσουν Ε.Δ από αυτή που έχουν οι νορμοβαρείς έφηβοι (O.R 5,561).

Για την Ισλανδία προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ των εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και των παχύσαρκών έναντι των νορμοβαρών εφήβων ($p< 0.001$). Οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν πενταπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές από αυτή που έχουν οι έφηβοι με φυσιολογικό βάρος (O.R 5,063).

Τέλος, για την Ισπανία και τη Ρουμανία τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, οπότε στις χώρες αυτές δεν διαπιστώνεται κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο Δ.Μ.Σ και την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ. (Πίνακας 2).

5.4 Η σχέση μεταξύ των Εξωτερικευμένων διαταραχών, του φύλου και της ηλικιακής ομάδας

Στοιχεία για τη σχέση των Ε.Δ και το φύλο από μονοπαραγοντική ανάλυση (έλεγχος χ^2), αντλούμε από τον Πίνακα 3. Σχετικά με την επίδραση του φύλου στην εμφάνιση Ε.Δ, τα στοιχεία από το σύνολο των ερωτηθέντων εφήβων δεν εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ και στο φύλο για την χώρα της Πολωνίας ($p= 0,005$). Συγκεκριμένα, τα αγόρια έχουν σχεδόν τις μισές πιθανότητες (O.R 0,582) να εμφανίσουν Ε.Δ από αυτές που έχουν τα κορίτσια. Για την Ελλάδα, την Ισπανία, τη Ρουμανία, την Ολλανδία και την Ισλανδία, δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και στις εν λόγω διαταραχές (Πίνακας 3).

Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες 16 – 17,9 έναντι 14 – 15,9 ετών και την εμφάνιση Ε.Δ στο σύνολο των εφήβων αλλά για κάθε χώρα ξεχωριστά (Πίνακας 4).

5.5 Εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές και βαθμολογία στο σχολείο το προηγούμενο σχολικό έτος

Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ ανάμεσα στους εφήβους με βαθμό 18-20 και στους

εφήβους με απόδοση 1-9,9 ($p < 0,001$), όπου οι έφηβοι με βαθμό 1-9,9 έχουν πάνω από πενταπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους με βαθμό 18-20 (O.R 5,400) ($p < 0,001$). Ακολούθως, οι συμμετέχοντες με βαθμολογία 10-11,9, έχουν 2,9 πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους μαθητές με βαθμολογία 18-20 (O.R 2,886) ($p < 0,001$). Οι έφηβοι με επίδοση 12-14,9 έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ (O.R 1,970) ($p < 0,001$) ενώ όσοι έχουν βαθμολογία 15-17,9 έχουν 1,5 φορές την πιθανότητα σε σχέση με τους μαθητές που έχουν βαθμολογηθεί με 18-20 κατά την τελευταία σχολική χρονιά (O.R 1,492) ($p = 0,025$).

Επίσης, από τον Πίνακα 5 διαπιστώνεται ότι όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία των μαθητών, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να αυξηθούν εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές. Αξιοσημείωτο είναι ότι η πιθανότητα εμφάνισης εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών φαίνεται να είναι υπερδιπλάσια για εφήβους με σχολική επίδοση 1-9,9 σε σχέση με αυτούς που έχουν βαθμολογία από 10 – 11,9 όπως αυτοί συγκρίνονται με τους εφήβους με βαθμό 18-20. (O.R 1,492).

5.6 Εξωτερικευμένες διαταραχές και προγνωστικοί παράγοντες

Όπως προκύπτει από την πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση (βλ. Πίνακα 6), οι υπέρβαροι έφηβοι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους φυσιολογικού βάρους (O.R. 1,008, 95% C.I. (0,698, 1,456), $p = 0,965$). Αντιθέτως, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σύγκριση με όσους έχουν κανονικό βάρος (O.R 2,905, 95% C.I. (1,634, 5,166), $p < 0,001$). Το φύλο δε φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση Ε.Δ στον εφηβικό πληθυσμό (O.R 0,905, 95% C.I. 0,713, 1,150) $p = 0,415$). Η ηλικία, επίσης, δε φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση Ε.Δ καθώς τα ευρήματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά (16-17.9 vs 14-15.9 O.R 0,951, 95% C.I (0,742, 1,219), $p = 0,693$).

Οι έφηβοι, οι οποίοι σημείωσαν κατά την τελευταία σχολική χρονιά φοίτησης σχολική επίδοση 1 - 9.9 έχουν 4,7 φορές την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους με επίδοση 18-20 (O.R 4,733, 95% C.I (2,471, 9,063), $p < 0,001$). Οι έφηβοι με επίδοση 10-11.9 έχουν τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους άριστους μαθητές (O.R 3,042, 95% C.I (1,954, 4,737), $p < 0,001$) και έπονται οι μαθητές με τελικό βαθμό 12-14,9 οι οποίοι έχουν περισσότερες από διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τους άριστους (O.R 2,128, 95% C.I (1,397, 3,240), p

<0,001). Τέλος, οι μαθητές με επίδοση 15-17,9 έχουν 1,6 φορές την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους με βαθμολογία 18-20. (O.R 1,638, 95% C.I (1,077, 2,491), p= 0,021).

Το υψηλό ακαδημαϊκό επίπεδο φαίνεται να λειτουργεί ελαφρώς προστατευτικά ως προς την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ στους εφήβους σε σχέση με τους εφήβους των οποίων οι γονείς έχουν χαμηλό ή μεσαίο ακαδημαϊκό επίπεδο αλλά όχι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (O.R 0,804, 95% C.I (0,638, 1,013) p= 0,064). Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση των γονέων δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση Ε.Δ σε εφήβους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Επομένως, οι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες διαξευγμένες, σε διάσταση ή μονογονεϊκές δε φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους που ανήκουν σε τυπικές οικογένειες συμβίωσης/γάμου (O.R 1,187, 95% (0,877, 1,606), p= 0,267).

6. Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την πολυκεντρική μελέτη EUnetADB. Συμμετείχαν έφηβοι από την Ελλάδα, τη Ρουμανία, την Ισπανία, την Ισλανδία, την Πολωνία και την Ολλανδία και παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τις εξωτερικευμένες διαταραχές. Παλαιότερες έρευνες εκτιμούν ότι αυτές οι διαταραχές έχουν επιπολασμό σε παιδιά και εφήβους της τάξης του 7-10% (27-28). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ο επιπολασμός του συνολικού δείγματος είναι 7%, με τον μικρότερο επιπολασμό να παρουσιάζει η Ισλανδία (4%) και το μεγαλύτερο η Πολωνία (10%).

Η βιβλιογραφία συστηματικά παρέχει δεδομένα σύμφωνα με τα οποία, οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές είναι περισσότερο εμφανείς στα αγόρια παρά στα κορίτσια (53-56). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, δεν παρουσιάζουν το φύλο ως προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης Ε.Δ (p= 0,415). Μία πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι τα κορίτσια εμφανίζουν επιθετικές συμπεριφορές αλλά με έναν έμμεσο και κεκαλυμμένο τρόπο (π.χ διασπορά φημών, δυσφήμιση, πειράγματα κ.α.) (62), κάτι που δεν λήφθηκε υπόψη στην παρούσα έρευνα. Μάλιστα οι Ohan και Johnston προτείνουν τα αλλάξουν τα κριτήρια διάγνωσης της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής και να περιλαμβάνουν και συγγενείς επιθετικές συμπεριφορές όπως η κακοήθεια, ο αποκλεισμός άλλων κ.α.. Επιπλέον, τα κορίτσια

αποθαρρύνονται κοινωνικά να αντιδράσουν με τρόπο επιθετικό και βίαιο σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι τα αγόρια. Κι όταν το κάνουν, αυτό συνήθως γίνεται με μέλη του στενού τους κύκλου κι όχι ανοιχτά στην κοινωνία. Τα κορίτσια, επιπλέον, φαίνεται ότι το θυμό τους τον στρέφουν προς τον ίδιο τους τον εαυτό και αυτοτραυματίζονται πιο συχνά από τα αγόρια. Αντιθέτως, τα αγόρια είναι πιο πιθανό να επιδείξουν με τρόπο άμεσο και πιο επικίνδυνο επιθετικότητα απέναντι σε άλλα άτομα. (63)

Η συσχέτιση ανάμεσα στις εξωτερικευμένες διαταραχές και την μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση, έχει εδραιωθεί μέσα από έρευνες χρόνων (10, 66-69). Αυτή τη συσχέτιση επιβεβαιώνει και η παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά της προτείνουν ότι οι έφηβοι, οι οποίοι σημείωσαν κατά την τελευταία σχολική χρονιά φοίτησης σχολική επίδοση 1 - 9.9 έχουν 4,7 φορές την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους με επίδοση 18-20 (O.R 4,733, 95% C.I (2,471, 9,063), $p < 0,001$). Οι έφηβοι με επίδοση 10-11.9 έχουν τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους άριστους μαθητές (O.R 3,042*, 95% C.I (1,954, 4,737), $p < 0,001$) και έπονται οι μαθητές με τελικό βαθμό 12-14,9 οι οποίοι έχουν περισσότερες από διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τους άριστους (O.R 2,128*, 95% C.I (1,397, 3,240), $p < 0,001$). Τέλος, οι μαθητές με επίδοση 15-17,9 έχουν 1,6 φορές την πιθανότητα εμφάνισης Ε.Δ σε σχέση με τους εφήβους με βαθμολογία 18-20. (O.R 1,638*, 95% C.I (1,077, 2,491), $p = 0,021$).

Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση του Bergen και των συνεργατών του (81), οι εξωτερικευμένες διαταραχές αυξάνονται κατά την ηλικία των 12 έως 16 ετών αλλά μειώνονται από την ηλικία των 17 έως αυτή των 20 ετών. Παράλληλα, σε έρευνα των Achenbach και Rescorla (82), τα σκορ που παρουσίασαν οι έφηβοι 15 έως 16 ετών ήταν μεγαλύτερα σε σύγκριση με αυτά των εφήβων ηλικίας 13 έως 14 ετών, ως προς την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν παρέχουν στατιστικά σημαντικά δεδομένα για τη συσχέτιση της ηλικίας και των Ε.Δ. (16-17,9 vs 14-16,9 O.R 0,951, 95% C.I (0,742, 1,219), $p = 0,693$). Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα, εστίασε σε εφήβους ηλικίας 14-17 ετών και δε λαμβάνει υπόψη της την ενδεχόμενη σχέση μεταξύ πρώιμης και όψιμης εφηβείας και Ε.Δ.

Οι έρευνες σχετικά με τη συσχέτιση του Δ.Μ.Σ και Ε.Δ είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στον Πίνακα 6, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης Ε.Δ σε σύγκριση με όσους

έχουν κανονικό βάρος (O.R 2,905*,95% C.I. (1,634, 5,166), $p < 0,001$). Αντιθέτως, οι υπέρβαροι έφηβοι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με τους εφήβους φυσιολογικού βάρους (O.R. 1,008, 95% C.I. (0,698, 1,456), $p = 0,965$). Έρευνα προηγούμενων ετών του Vila και των συνεργατών του (98), παρουσιάζει ανάλογη συσχέτιση καθώς 6-10% των παχύσαρκων εφήβων που πήραν μέρος στην έρευνα, εμφάνιζε συμπεριφορικά προβλήματα. Παράλληλα, σε έρευνα της Pervanidou και των συνεργατών της (99), σε υπέρβαρα παιδιά και εφήβους, οι αναφορές των μητέρων τους καταδεικνύουν ότι η παχυσαρκία συσχετίζεται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών, τόσο επιθετικότητας όσο και παραβατικότητας.

Η σχέση μετανάστευσης και εμφάνισης εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών στους εφήβους παραμένει ασαφής, καθώς τα τρέχοντα αλλά και παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Κάποιες έρευνες συνηγορούν στη σχέση μεταξύ μετανάστευσης και εμφάνισης Ε.Δ (102-103), ενώ άλλες εμφανίζουν τους γηγενείς εφήβους πιο ευάλωτους στην εμφάνιση Ε.Δ (104-105). Η παρούσα έρευνα δεν παρουσιάζει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γηγενείς και μετανάστες εφήβους ως προς τις Ε.Δ ($p = 0,608$). Ωστόσο, ο αριθμός των εφήβων που προερχόταν από διαφορετική χώρα από αυτή της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περιορισμένος και αφορούσε 357 εφήβους.

Μεγάλος αριθμός ερευνών, ήδη από την δεκαετία του 1990, υποστηρίζει τη σχέση των εξωτερικευμένων διαταραχών με τη μονογονεϊκότητα (118- 122). Μία αντιπροσωπευτική τέτοια έρευνα του 2005, καταλήγει ότι η δομή της οικογένειας επηρεάζει μακροπρόθεσμα τα νέα μέλη της σε συμπεριφορικό επίπεδο. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει ότι οι νέοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες που έχουν διασπαστεί αντιμετωπίζουν περισσότερα εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με τους νέους, οι οποίοι είναι μέλη δεμένων οικογενειών. (122) Αντιθέτως, η παρούσα έρευνα δεν αναγνωρίζει την οικογενειακή κατάσταση των γονέων ως προβλεπτικό παράγοντα Ε.Δ στην εφηβεία (Διαζύγιο/διάσταση/μονογονεϊκότητα vs γάμος/συμβίωση O.R1,187, 95% C.I (0,877, 1,606), $p = 0,267$).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, οι έφηβοι που έχουν αδέρφια δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση Ε.Δ σε σύγκριση με όσους έχουν αδέρφια ($p = 0,201$). Παρελθοντικές μελέτες συσχετίζουν το μεγάλο αριθμό αδερφιών με την παραβατικότητα αλλά όχι με την επιθετικότητα (128-130, 133). Μια τέτοια έρευνα διεξήχθη στην Καλιφόρνια σε πλήθος 4.077

μαθητών γυμνασίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, η πιθανότητα εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς αυξάνεται όταν πρόκειται για μέλη πολυπληθών οικογενειών. Ειδικότερα, οι έφηβοι που προέρχονταν από μεγάλες οικογένειες με 4 ή περισσότερα παιδιά εμπλέκονταν σε παραβατικές συμπεριφορές πιο συχνά σε σύγκριση με αυτούς από οικογένειες με 3 ή λιγότερα παιδιά. (129). Παρομοίως, σε μία έρευνα που προέρχεται από το Λονδίνο, διαπιστώθηκε ότι εάν ένα αγόρι είχε τέσσερα ή περισσότερα αδέρφια μέχρι να γίνει 10 ετών, εμφάνιζε διπλάσιες πιθανότητες παραβατικότητας. (131) Ωστόσο, η παρούσα έρευνα δε λαμβάνει υπόψη τον αριθμό παιδιών αλλά την ύπαρξή τους ή μη.

Η ηλικία των γονέων, επίσης, δε φαίνεται να συσχετίζεται με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους. Στο σύνολο των ερωτηθέντων εφήβων, ο μέσος όρος ηλικίας του πατέρα είναι 46,3 έτη και στους εφήβους με Ε.Δ η αντίστοιχη ηλικία είναι τα 45,8 έτη ($p= 0,021$). Στο σύνολο των συμμετεχόντων εφήβων η μέση ηλικία της μητέρας είναι τα 43,2 έτη και στους εφήβους με Ε.Δ η αντίστοιχη ηλικία είναι τα 43 έτη ($p= 0,032$). Παλαιότερες έρευνες από την Αγγλία και την Αμερική, παρουσιάζουν συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και την παραβατικότητα στους εφήβους καταλήγοντας ότι οι έφηβοι που γεννήθηκαν από έφηβες μητέρες, είχαν περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης παραβατικότητας (136). Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρούσα έρευνα δε μελετά την ηλικία απόκτησης παιδιών αλλά στην ηλικία των γονέων τη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας.

Στην παρούσα έρευνα, το ακαδημαϊκό επίπεδο, όταν αυτό μελετάται και για τους δύο γονείς από κοινού, παρουσιάζει συσχέτιση με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p < 0,001$). Ειδικότερα, το επίπεδο σπουδών της μητέρας μεμονωμένα, παρουσιάζει συσχέτιση στατιστικής σημαντικότητας με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους ($p < 0,001$). Σε αντίθεση με το ακαδημαϊκό επίπεδο του πατέρα. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που απάντησαν ότι οι μητέρες τους δεν έχουν ολοκληρώσει καμία βαθμίδα εκπαίδευσης εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό Ε.Δ σε σύγκριση με αυτούς των οποίων η μητέρα έχει ολοκληρώσει κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα. Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών. Σε έρευνα της Véronneau και των συνεργατών της (154), διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση των γονέων λειτουργεί προστατευτικά ως προς την εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών στους εφήβους. Επιπλέον, μια προοπτική μελέτη με δείγμα 1037 αγοριών, ηλικίας 6-15 ετών, έδειξε ότι το χαμηλό ακαδημαϊκό επίπεδο

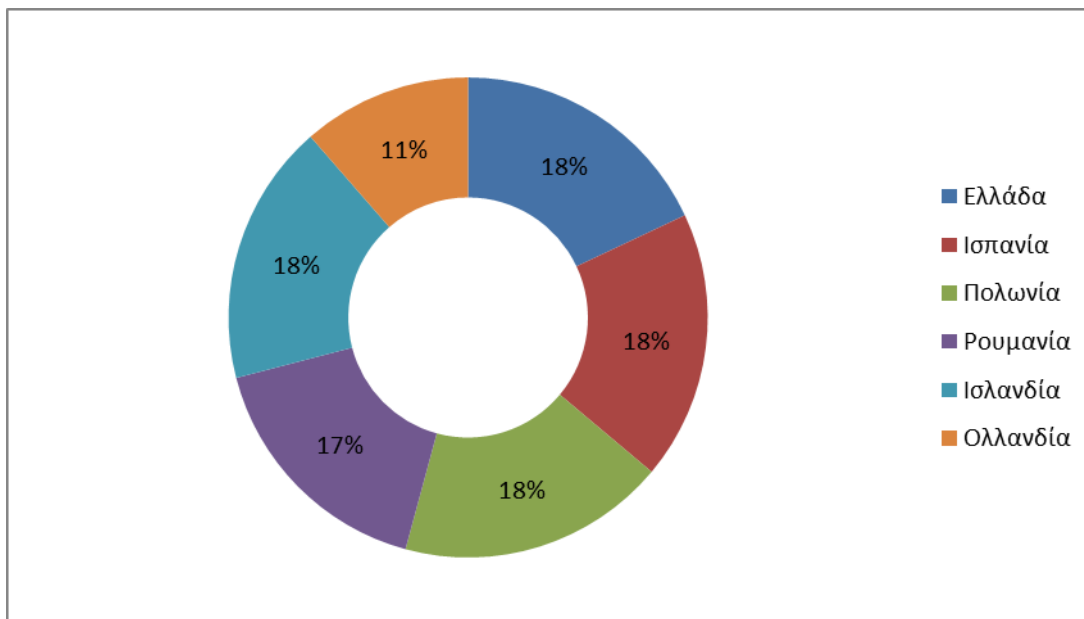
της μητέρας αυξάνει το ρίσκο εμφάνισης επιθετικότητας στους απογόνους της, όταν αυτοί βρίσκονται στην ηλικία των 15 ετών. (152)

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, η ανεργία φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά. (121). Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Bask (161), που διενεργήθηκε το 2014, διαπιστώθηκε ότι το χαμηλό εισόδημα, που συνεπάγεται της ανεργίας, μπορεί να λειτουργήσει ως προδιαθεσιακός παράγοντας για την εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων στους εφήβους της οικογένειας. Στη δική μας έρευνα, η επαγγελματική κατάσταση του πατέρα και της μητέρας δε συσχετίζεται με τις Ε.Δ στους εφήβους ($p= 0,054$), ($p= 0,101$).

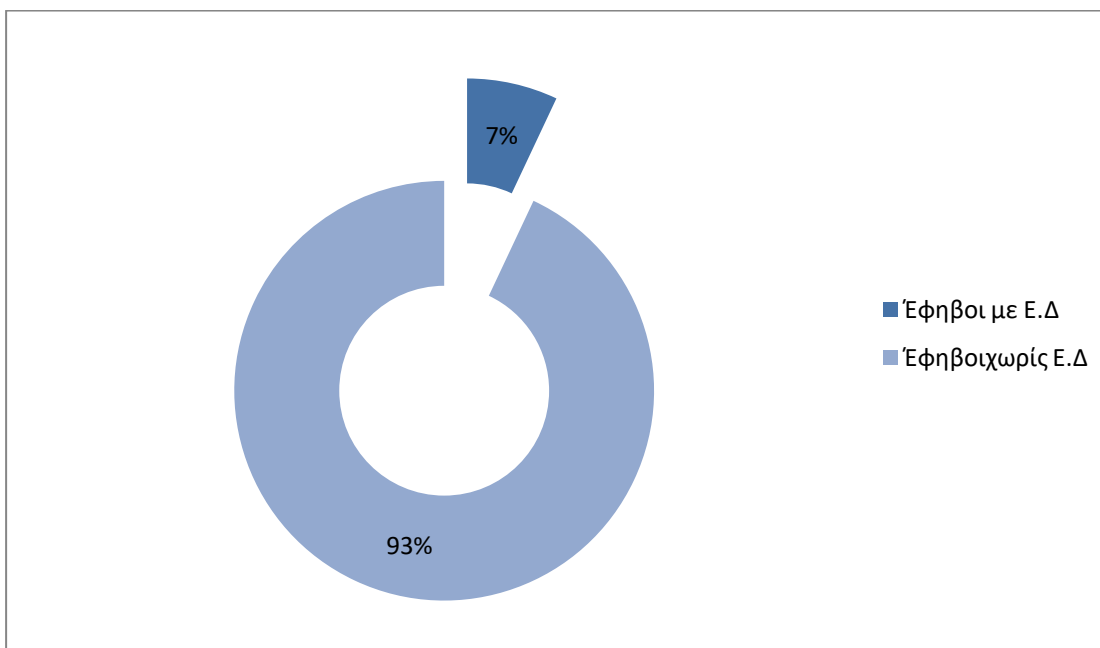
Αναφορικά με τη μετανάστευση των γονέων και τη σχέση της με τις Ε.Δ στους εφήβους, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που ανέφεραν ότι ο πατέρας τους προέρχεται από διαφορετική χώρα από αυτή της διεξαγωγής της έρευνας, ανέρχονται σε 561 και μόλις 45 από αυτούς παρουσιάζουν Ε.Δ ($p= 0,616$). Επιπλέον, οι έφηβοι που απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι μετανάστης ανέρχονται σε 631 και οι 48 από αυτούς εμφανίζουν Ε.Δ ($p= 0,874$).

Πίνακες και Διαγράμματα

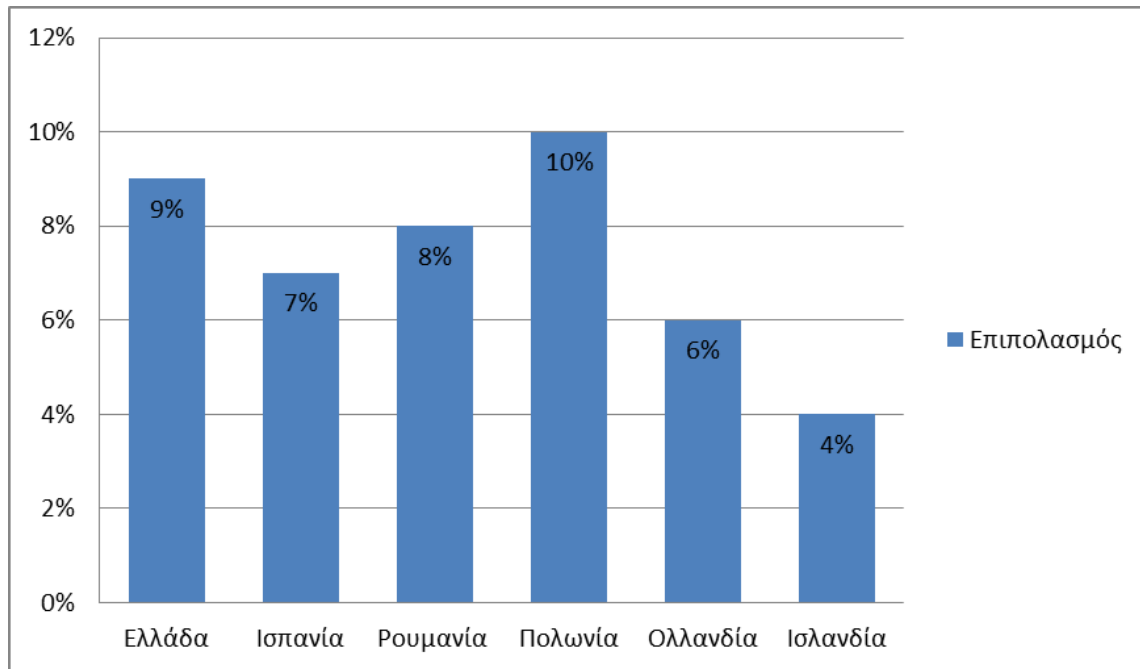
Γράφημα 1 : Έφηβοι συμμετέχοντες ανά χώρα



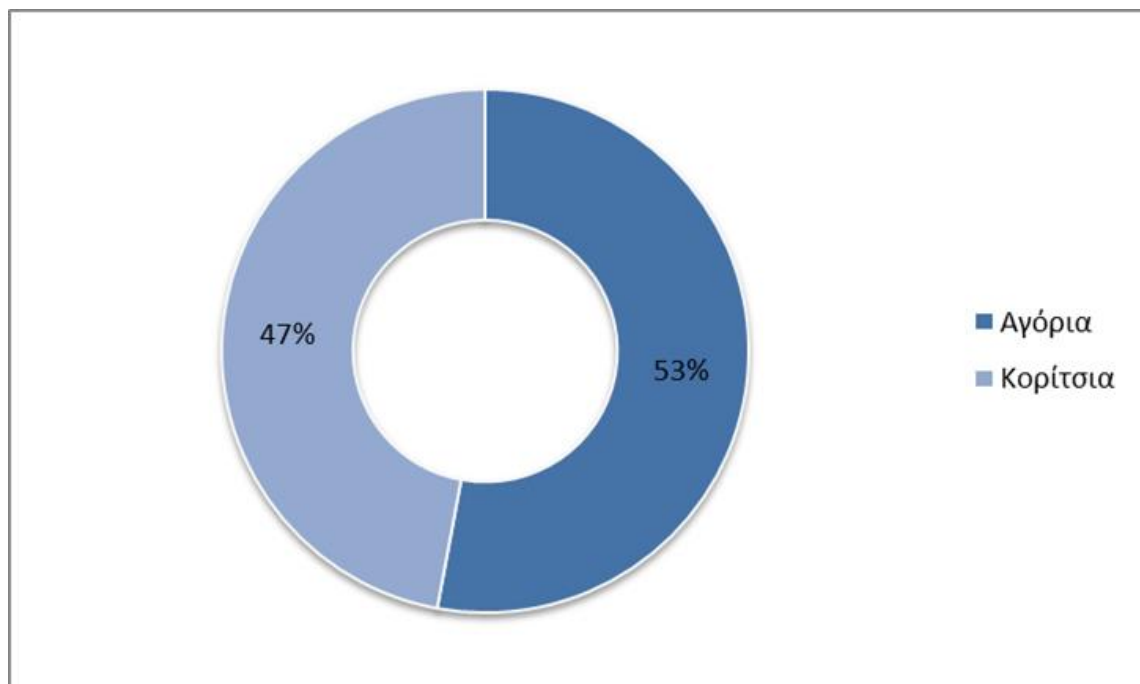
Γράφημα 2 : Επιπολασμός Ε.Δ κατά την εφηβική ηλικία στις 6 ευρωπαϊκές χώρες



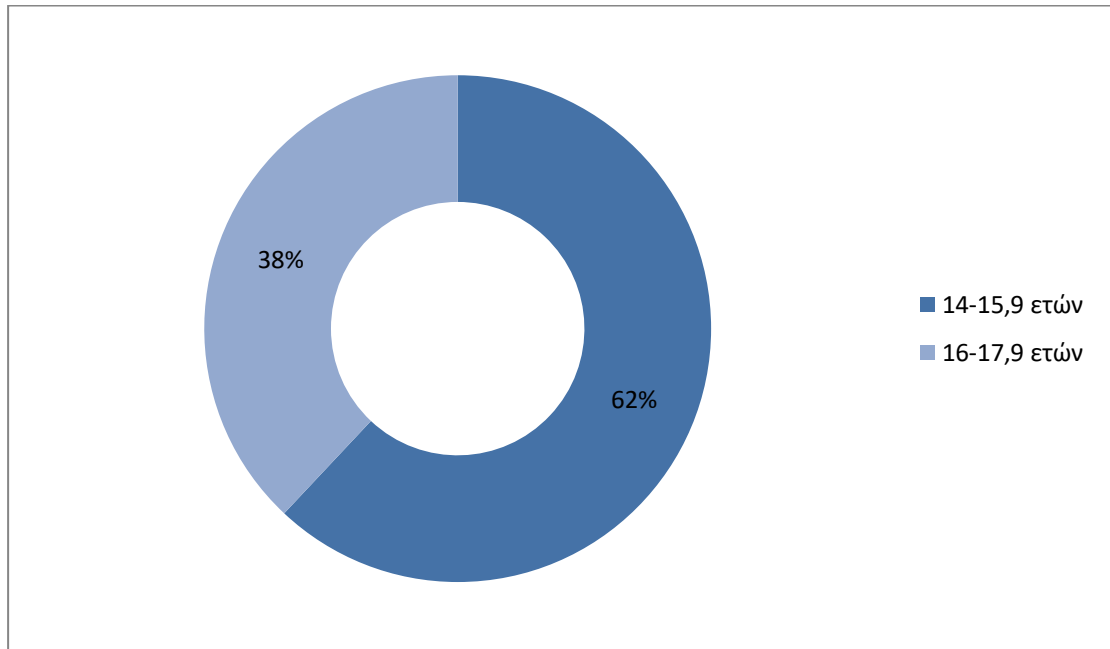
Γράφημα 3 : Επιπολασμός Ε.Δ ανά χώρα



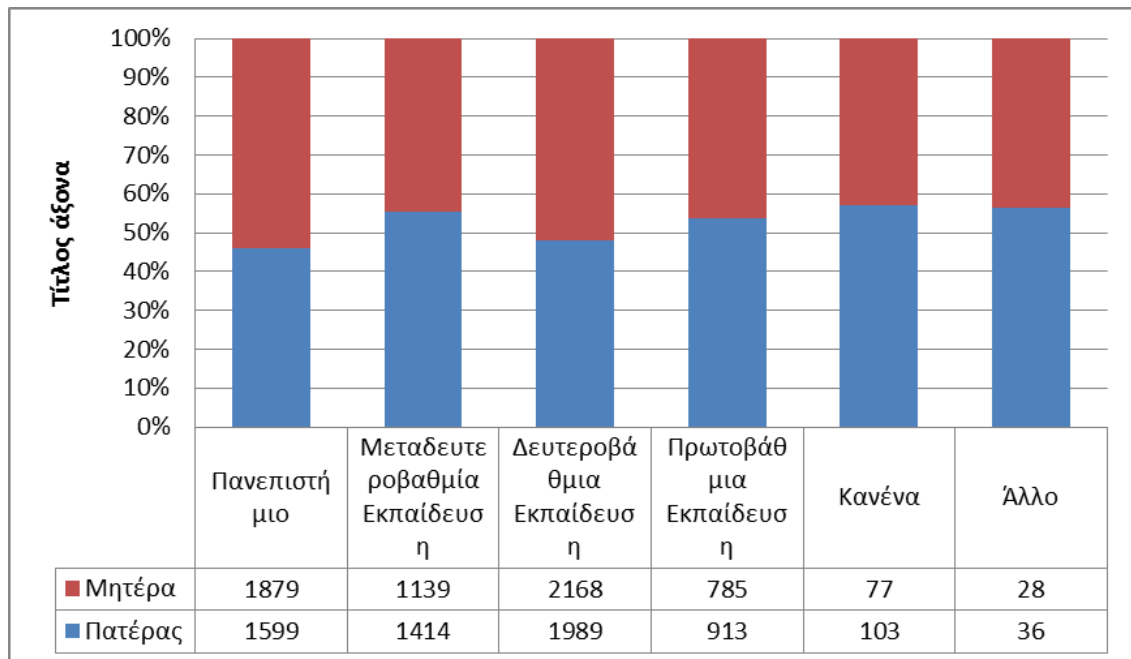
Γράφημα 4: Ποσοστό αγοριών-κοριτσιών



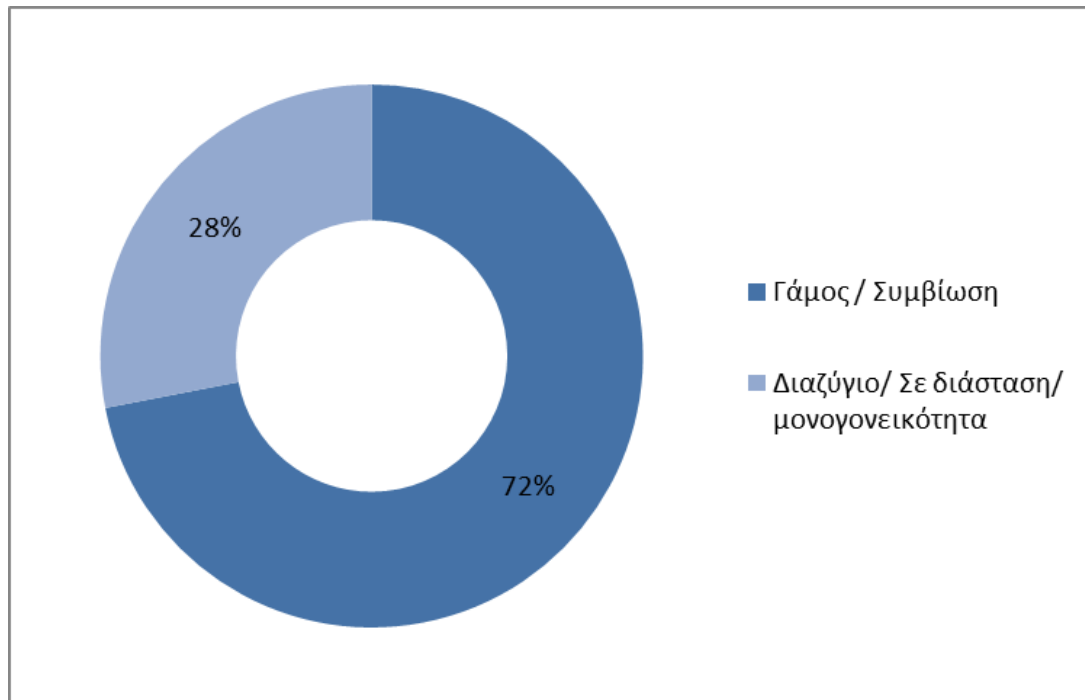
Γράφημα 5: Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων



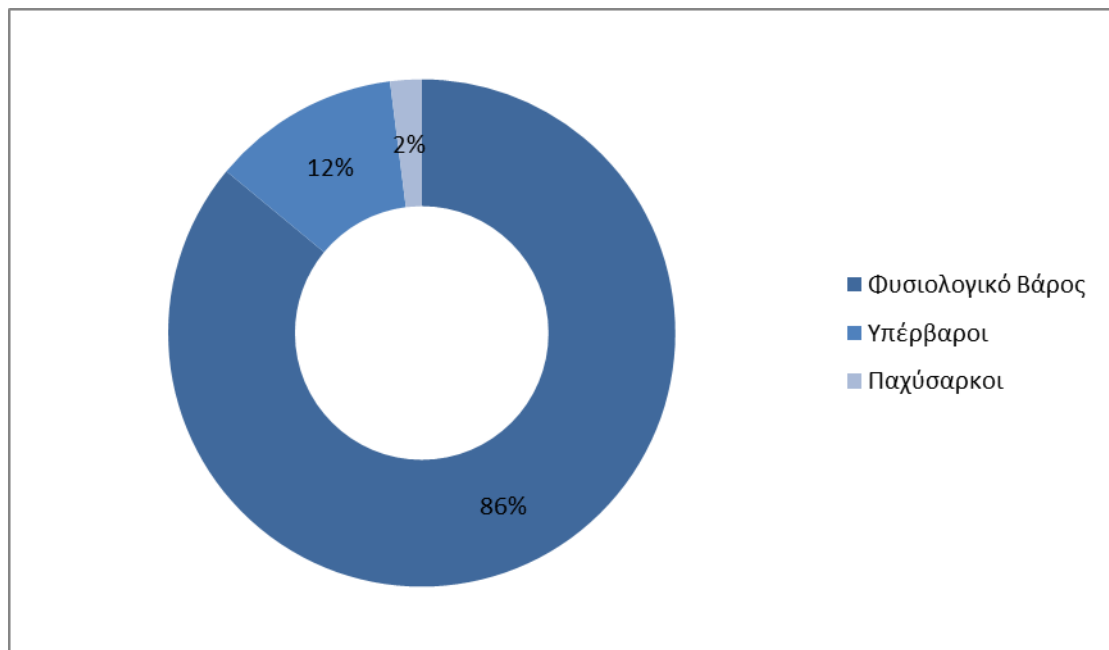
Γράφημα 6: Εκπαίδευση Μητέρας και Πατέρα



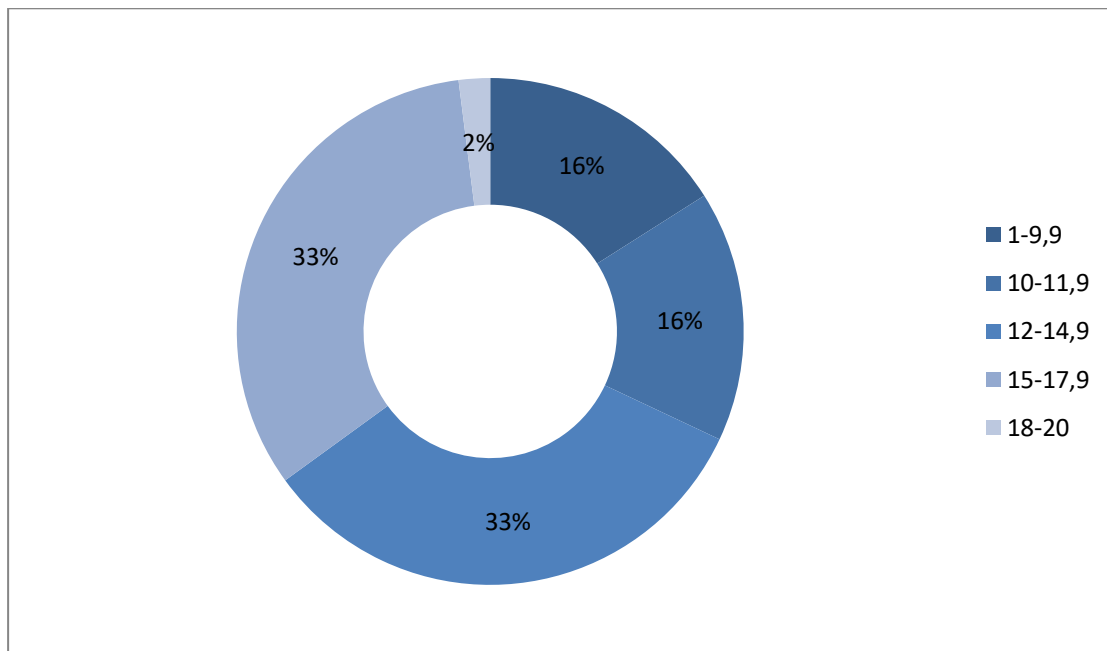
Γράφημα 7: Οικογενειακή κατάσταση γονέων



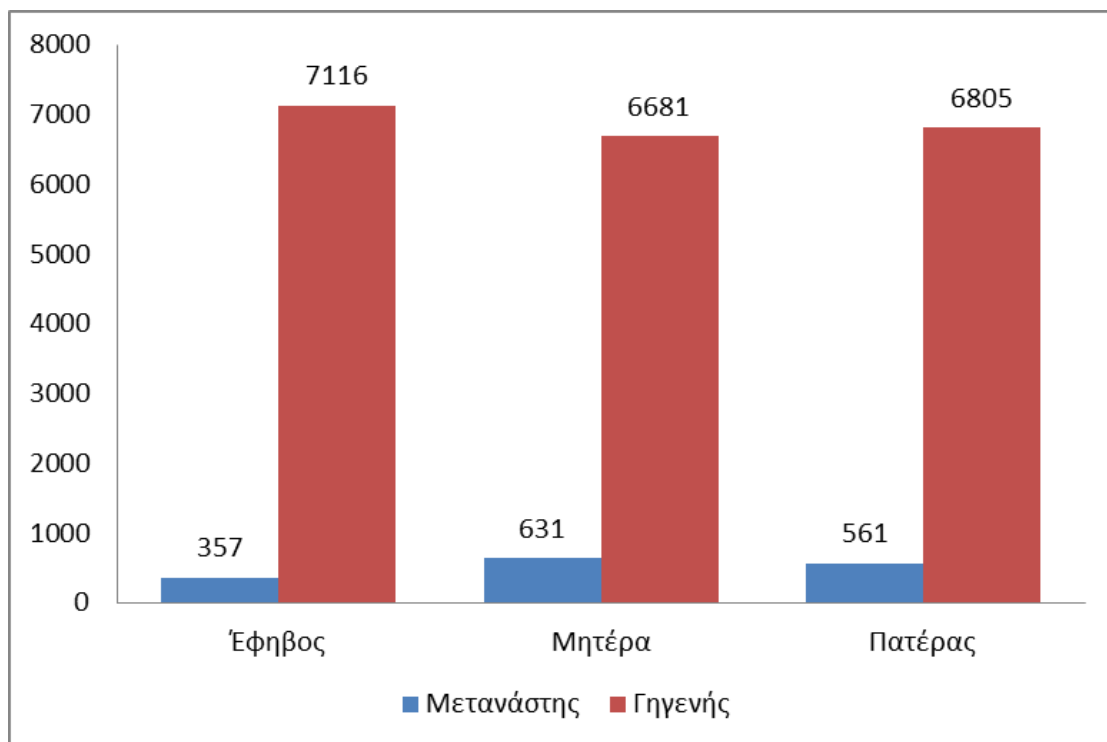
Γράφημα 8: Δ.Μ.Σ Εφήβων



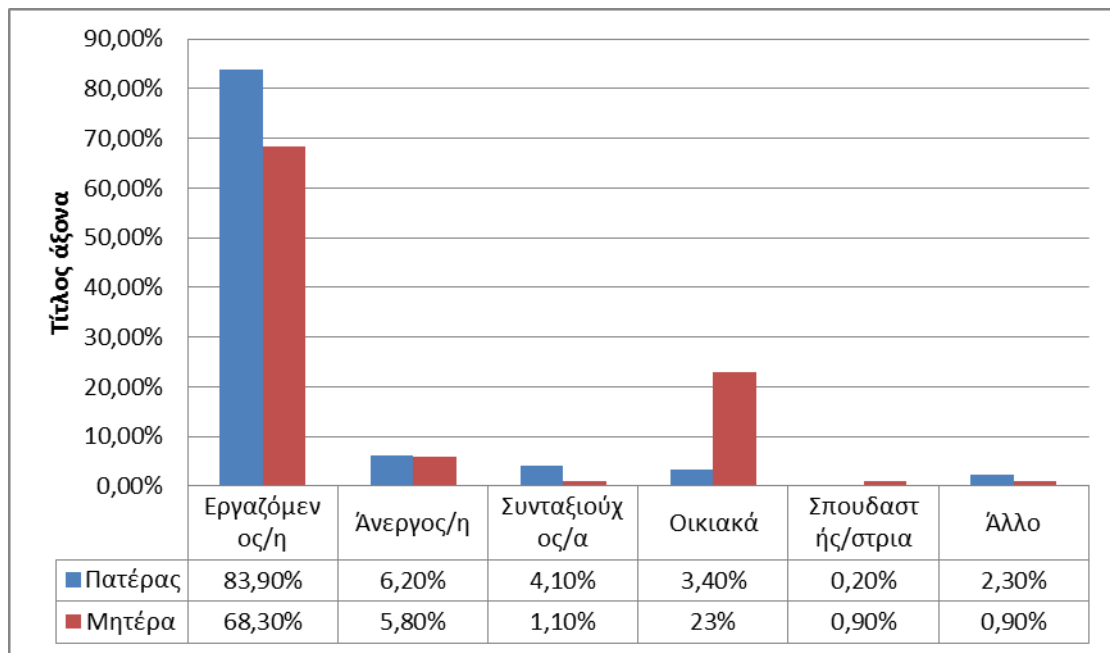
Γράφημα 9: Σχολική επίδοση κατά το τελευταίο έτος φοίτησης



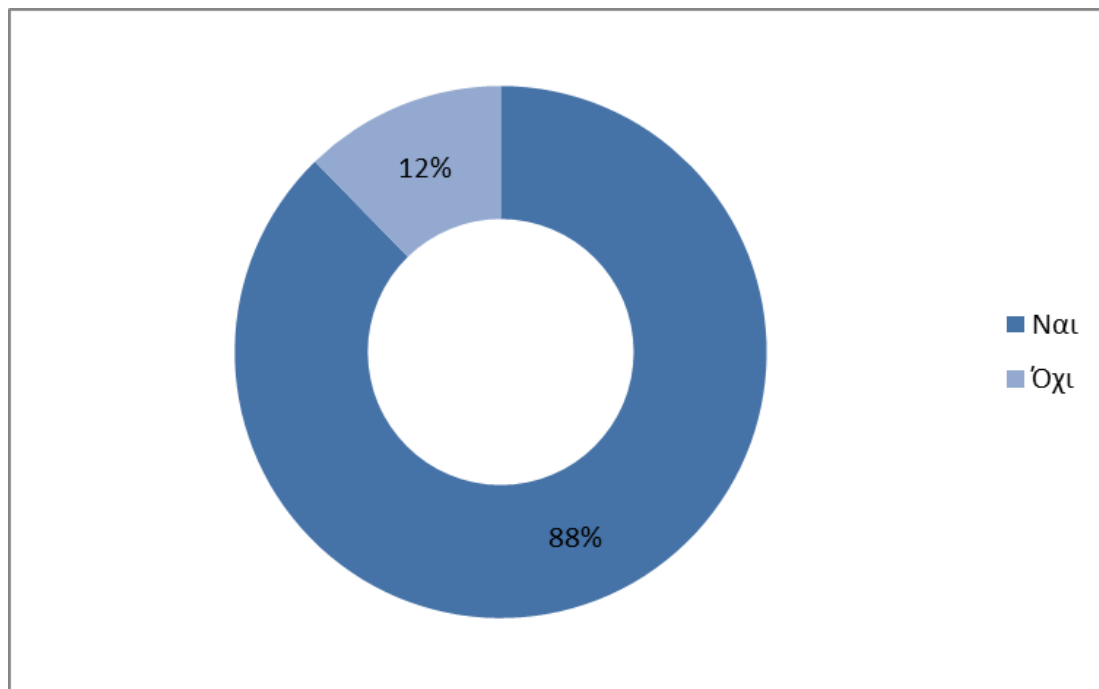
Γράφημα 10: Μετανάστευση εφήβων και γονέων



Γράφημα 11 : Επαγγελματική κατάσταση πατέρα και μητέρας



Γράφημα 12: Ύπαρξη αδερφίων στην οικογένεια



Πίνακας 1.1: Κατανομή συχνοτήτων που αφορούν τα ατομικά δεδομένα για τα νορμοβαρή, παχύσαρκα και υπέρβαρα του δείγματος στα οποία έχει καταγραφεί ο Δ.Μ.Σ. και έχουν απαντήσει στην ερώτηση που αφορά τις Ε.Δ.

Χώρα		Σύνολο Δεδομένων	Έφηβοι χωρίς Ε.Δ	Έφηβοι με Ε.Δ	p-value
	Ελλάδα	1.541 (20,6)	1.403 (20,2)	138 (24,6)	<0,001
	Ισπανία	1.371 (18,3)	1.274 (18,4)	97 (17,3)	
	Ρουμανία	1.410 (18,8)	1.299 (18,7)	111 (19,8)	
	Πολωνία	1.182 (15,8)	1.066 (15,4)	116 (20,6)	
	Ολλανδία	726 (9,7)	679 (9,8)	47 (8,4)	
	Ισλανδία	1.265 (16,9)	1.212 (17,5)	53 (9,4)	
Φύλο					
	Γυναίκα	3.528 (47,1)	3.259 (47,0)	269 (47,9)	0,725
	Άνδρας	3.967 (52,9)	3.674 (53,0)	293 (52,1)	
Ηλικία					
	14,0-15,9	4.621 (61,7)	4.299 (62,0)	322 (57,3)	0,017
	16,0-17,9	2.803 (37,4)	2.572 (37,1)	231 (41,1)	
Δ.Μ.Σ (στάθμιση ως προς την ηλικία και το φύλο)					
	Κανονικό βάρος	6.480 (86,5)	6.013 (86,7)	467 (83,1)	<0,001
	Υπερβαρότητα	878 (11,7)	808 (11,7)	70 (12,5)	
	Παχυσαρκία	137 (1,8)	112 (1,6)	25 (4,4)	
Σχολική επίδοση προηγούμεν ης χρονιάς φοίτησης					
	18-20	1.130 (15,1)	1.084 (15,6)	46 (8,2)	

	15 -17,9	2.317 (30,0)	2.179 (31,4)	138 (24,6)	<0,001
	12-14,9	2.294 (30,6)	2.117 (30,5)	177 (31,5)	
	10-11	1.100 (14,7)	980 (14,1)	120 (21,4)	
	1.-9,9	177 (2,4)	144 (2,1)	33 (5,9)	
Εξωτερικευμένα Προβλήματα					
	Όχι	6.933 (92,5)	-	-	-
	Ναι	562 (7,5)	-	-	
Παραβατική συμπεριφορά					
	Όχι	7.150 (95,4)	6.880 (99,2)	270 (48,0)	<0,001
	Ναι	345 (4,6)	53 (0,8)	292 (52,0)	
Επιθετική συμπεριφορά					
	Όχι	7.441 (99,3)	6.930 (100,0)	511 (90,9)	<0,001
	Ναι	54 (0,7)	3 (0,0)	51 (9,1)	
Γηγενής έφηβος					
	Όχι	357 (4,8%)	333 (4,8%)	24 (4,3%)	0,608
	Ναι	7.116 (95,2%)	6.578 (95,2%)	538 (95,7%)	

Υπόμνημα

Ε.Δ	Εξωτερικευμένες Διαταραχές
Δ.Μ.Σ	Δείκτης Μάζας Σώματος

Πίνακας 1.2: Κατανομή συχνοτήτων που αφορούν τα οικογενειακά δεδομένα για τα νορμοβαρή, παχύσαρκα και υπέρβαρα του δείγματος στα οποία έχει καταγραφεί ο Δ.Μ.Σ. και έχουν απαντήσει στην ερώτηση που αφορά τις Ε.Δ.

Ακαδημαϊκό επίπεδο γονέων		Σύνολο Δεδομένων	Έφηβοι χωρίς Ε.Δ	Έφηβοι με Ε.Δ	p-value
	Χαμηλό/Μεσαίο	2.550 (34,0)	2.320 (33,5)	230 (40,9)	<0,001
	Υψηλό	4.011 (53,5)	3.763 (54,3)	248 (44,1)	
Ακαδημαϊκό επίπεδο πατέρα					
	Κανένα	103 (1,7%)	93 (1,7%)	10 (2,3%)	0,125
	Πρωτοβάθμια	913 (15,1%)	838 (14,9%)	75 (17,5%)	
	Δευτεροβάθμια	1.989 (32,9%)	1.837 (32,7%)	152 (35,4%)	
	Μεταδευτεροβάθμια	1.414 (23,4%)	1.316 (23,4%)	98 (22,8%)	
	Πανεπιστήμιο	1.599 (26,4%)	1.508 (26,8%)	91 (21,2%)	
	Άλλο	36 (0,6%)	33 (0,6%)	3 (0,7%)	
Ακαδημαϊκό επίπεδο μητέρας					
	Κανένα	77 (1,3%)	62 (1,1%)	15 (3,4%)	<0,001
	Πρωτοβάθμια	785 (12,9%)	721 (12,8%)	64 (14,4%)	
	Δευτεροβάθμια	2.168 (35,7%)	1.995 (35,4%)	173 (38,9%)	
	Μεταδευτεροβάθμια	1.139 (18,7%)	1.065 (18,9%)	74 (16,6%)	
	Πανεπιστήμιο	1.879 (30,9%)	1.762 (31,3%)	117 (26,3%)	
	Άλλο	28 (0,5%)	26 (0,5%)	2 (0,4%)	
Οικογενειακή κατάσταση					

γονέων					
	Γάμος / Συμβίωση	6.022 (80,3)	5.599 (80,8)	423 (75,3)	0,013
	Διαζύγιο / Σε διάσταση / Μονογονεϊκότητα	1.328 (17,7)	1.208 (17,4)	120 (21,4)	
Γηγενής πατέρας					
	Όχι	561 (7,6%)	516 (7,6%)	45 (8,2%)	0,616
	Ναι	6.805 (92,4%)	6.299 (92,4%)	506 (91,8%)	
Γηγενής μητέρα					
	Όχι	631 (8,6%)	583 (8,6%)	48 (8,8%)	0,874
	Ναι	6.681 (91,4%)	6.185 (91,4%)	496 (91,2%)	
Ηλικία πατέρα					
	Μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	46,3 (5,9)	46,4 (5,8)	45,8 (6,5)	0,021
Ηλικία μητέρας					
	Μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	43,2 (5,4)	43,3 (5,3)	43,0 (6,4)	0,032
Επαγγελματική κατάσταση πατέρα					
	Εργαζόμενος	5.859 (83,9%)	5.455 (84,2%)	404 (79,5%)	0,054
	Άνεργος	434 (6,2%)	391 (6,0%)	43 (8,5%)	

	Συνταξιούχος	286 (4,1%)	260 (4,0%)	26 (5,1%)	
	Οικιακά	235 (3,4%)	219 (3,4%)	16 (3,1%)	
	Σπουδαστής	11 (0,2%)	10 (0,2%)	1 (0,2%)	
	Άλλο	160 (2,3%)	142 (2,2%)	18 (3,5%)	
Επαγγελματική κατάσταση μητέρας					
	Εργαζόμενη	4.816 (68,3%)	4.469 (68,3%)	347 (68,2%)	0,101
	Άνεργη	409 (5,8%)	376 (5,7%)	33 (6,5%)	
	Συνταξιούχος	81 (1,1%)	71 (1,1%)	10 (2,0%)	
	Οικιακά	1.620 (23,0%)	1.516 (23,2%)	104 (20,4%)	
	Σπουδάστρια	60 (0,9%)	53 (0,8%)	7 (1,4%)	
	Άλλο	67 (0,9%)	59 (0,9%)	8 (1,6%)	
Ύπαρξη αδερφών					
	Όχι	914 (12,3%)	836 (12,1%)	78 (14,0%)	
	Ναι	6.532 (87,7%)	6.054 (87,9%)	478 (86,0%)	0,201

Υπόμνημα

Ε.Δ	Εξωτερικευμένες Διαταραχές
Δ.Μ.Σ	Δείκτης Μάζας Σώματος

Πίνακας 2: O.R. (95% Δ.Ε.) για τη σχέση μεταξύ των εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και του Δ.Μ.Σ. (παχύσαρκα, υπέρβαρα, νορμοβαρή) από μονοπαραγοντικά μοντέλα. Συνολικά αποτελέσματα και αποτελέσματα για κάθε χώρα.

Μονομεταβλητά Αποτελέσματα	Κατηγορικές Μεταβλητές	O.R.	95% C.I.	p-value
Συνολικά Αποτελέσματα				
	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	1,115	(0,831, 1,497)	0,465
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	2,874	(1,895, 4,360)	<0,001*
Αποτελέσματα ανά χώρα				
Ελλάδα	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	1,036	(0,639, 1,681)	0,884
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	2,828	(1,464, 5,455)	0,002*
Ισπανία				
	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	1,076	(0,550, 2,102)	0,831
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	0,776	(0,106, 5,670)	0,803
Ρουμανία				
	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	1,067	(0,500, 2,276)	0,866
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	1,690	(0,197, 14,464)	0,631
Πολωνία				

	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	0,585	(0,269, 1,272)	0,176
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	3,039	(1,106, 8,346)	0,031*
Ολλανδία				
	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	2,995	(1,090, 8,224)	0,033*
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	5,561	(1,316, 23,507)	0,020*
Ισλανδία				
	Υπερβαρότητα vs Κανονικό βάρος	1,583	(0,629, 3,987)	0,329
	Παχυσαρκία vs Κανονικό βάρος	5,063	(2,181, 11,754)	<0,001*

*: pvalue<0,05

Υπόμνημα

Ε.Δ Εξωτερικευμένες Διαταραχές
Δ.Μ.Σ Δείκτης Μάζας Σώματος
O.R Odds Ratio
C.I Confidence Interval

Πίνακας 3: O.R. (95% Δ.Ε.) για τη σχέση μεταξύ των εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και του φύλου από μονοπαραγοντική ανάλυση (έλεγχος χ^2). Συνολικά αποτελέσματα και αποτελέσματα για κάθε χώρα.

Μονομεταβλητά Αποτελέσματα	Κατηγορικές Μεταβλητές	O.R.	95% C.I.	p-value
Συνολικά Αποτελέσματα				
	Αγόρια vs Κορίτσια	0,966	(0,800, 1,167)	0,721
Αποτελέσματα ανά χώρα				
Ελλάδα		1,248	(0,813, 1,915)	0,312
Ισπανία		1,138	(0,758, 1,707)	0,533
Ρουμανία		0,834	(0,519, 1,340)	0,454
Πολωνία		0,582	(0,400, 0,846)	0,005*
Ολλανδία		1,427	(0,883, 2,305)	0,149
Ισλανδία		1,001	(0,533, 1,880)	0,998

*: p-value<0,05

Υπόμνημα

O.R Odds Ratio
C.I Confidence Interval

Πίνακας 4: O.R. (95% Δ.Ε.) για τη σχέση μεταξύ των εξωτερικευμένων διαταραχών και της ηλικιακής ομάδας από μονοπαραγοντική ανάλυση (χ^2). Συνολικά αποτελέσματα και αποτελέσματα για κάθε χώρα.

Μονομεταβλητά Αποτελέσματα	Κατηγορικές Μεταβλητές	O.R.	95% C.I.	p-value
Συνολικά Αποτελέσματα				
	16-17,9 vs 14-15,9	1,199	(0,993, 1,448)	0,059

Αποτελέσματα ανά χώρα				
Ελλάδα		1,479	(0,945, 2,314)	0,088
Ισπανία		1,263	(0,819, 1,947)	0,292
Ρουμανία		1,021	(0,679, 1,535)	0,920
Πολωνία		0,741	(0,466, 1,177)	0,205
Ολλανδία		1,282	(0,726, 2,263)	0,393
Ισλανδία		1,821	(0,916, 3,622)	0,089

*: p-value<0,05

Υπόμνημα

O.R Odds Ratio
C.I Confidence Interval

Πίνακας 5: O.R. (95% Δ.Ε.) για τη σχέση μεταξύ των εξωτερικευμένου τύπου διαταραχών και της βαθμολογίας στο σχολείο το προηγούμενο σχολικό έτος, από μονοπαραγοντική ανάλυση (χ^2). Συνολικά αποτελέσματα.

Μονομεταβλητά Αποτελέσματα	Κατηγορικές Μεταβλητές	O.R.	95% C.I.	p-value
Συνολικά Αποτελέσματα				
	18 - 20 (βαθμός αναφοράς)	-	-	-
	15 – 17,9	1,492	(1,051, 2,119)	0,025*
	12 – 14,9	1,970	(1,401, 2,771)	<0,001*
	10 – 11,9	2,886	(2,017, 4,127)	<0,001*
	1 – 9,9	5,400	(3,345, 8,720)	<0,001*

*: p-value<0,05

Υπόμνημα

O.R Odds Ratio
C.I Confidence Interval

Πίνακας 6: O.R. (95% Δ.Ε.) για τη σχέση μεταξύ των Ε.Δ και προγνωστικών παραγόντων, από πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση. Συνολικά αποτελέσματα.

Πολυπαραγοντικά αποτελέσματα	Κατηγορίες	O.R.	95% C.I.	p-value
Δείκτης μάζας σώματος	Υπέρβαρο vs Κανονικό	1,008	(0,698, 1,456)	0,965
	Παχύσαρκο vs Κανονικό	2,905*	(1,634, 5,166)	<0,001
Φύλο	Αγόρια vs Κορίτσια	0,905	(0,713, 1,150)	0,415
Ηλικιακή ομάδα	16 -17.9 vs 14-15.9 χρονών	0,951	(0,742, 1,219)	0,693
Σχολική επίδοση	18 - 20 (επίπεδο αναφοράς)	-	-	-
	15 - 17.9	1,638*	(1,077, 2,491)	0,021
	12 - 14.9	2,128*	(1,397, 3,240)	<0,001
	10 - 11.9	3,042*	(1,954, 4,737)	<0,001
	1 - 9.9	4,733*	(2,471, 9,063)	<0,001
Ακαδημαϊκό επίπεδο γονέων	Υψηλό vs Χαμηλό/Μεσαίο	0,804	(0,638, 1,013)	0,064
Οικογενειακή κατάσταση γονέων	Διαζύγιο/διάσταση/μονογονεϊκότητα vs γάμος/συμβίωση	1,187	(0,877, 1,606)	0,267

*: p-value<0, 05

Υπόμνημα

Ε.Δ Εξωτερικευμένες Διαταραχές
O.R Odds Ratio
C.I Confidence Interval

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Sawyer S, Azzopardi P, Wickremarathne D, Patton G. The age of adolescence [Internet]. 2018 [cited 28 April 2019]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
2. Pathak R. Behavioural and emotional problems in school going adolescents. *Australasian Medical Journal*. 2011; 15-21
3. Office of the Minister for Social Development. Investing in children legislative reform: paper seven—transition to independence— discretion to support young people up to age 25. 2016. <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/work-programmes/investing-in-children/cabinet-paper-transitionup-to-25.pdf> (accessed Apr 29, 2019).
4. Gluckman PD, Hanson MA. Changing times: the evolution of puberty. *Mol Cell Endocrinol* 2006; 254: 26–31
5. Song Y, Ma J, Wang HJ, et al. Trends of age at menarche and association with body mass index in Chinese school-aged girls, 1985–2010. *J Pediatric* 2014; 165: 1172–77
6. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics* 2009; 123: 84–88
7. Pfefferbaum A, Mathalon DH, Sullivan EV, Rawles JM, Zipursky RB, Lim KO. A quantitative magnetic resonance imaging study of changes in brain morphology from infancy to late adulthood. *Arch Neurol* 1994; 51: 874–87
8. Galvan A, Hare T, Parra C, Penn J, Voss H, Glover G et al. Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience*. 2006; 26(25):6885-6892.
9. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000;24(4):417-63
10. Vu P. The longitudinal effects of behavioral problems on academic performance [PhD]. University of Maryland; 2012. <https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/13169> (accessed Apr 29, 2019)

11. Achenbach T. "Comorbidity" in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 1990;1(4):271-278
12. McConaughy S, Stranger C, Achenbach T. Three-Year course of Behavioral/Emotional problems in a national sample of 4- to 16-year-olds: I. Agreement among informants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992; 31(5):932-940.
13. Cicchetti D, Natsuaki M. Multilevel developmental perspectives toward understanding internalizing psychopathology: Current research and future directions. *Development and Psychopathology*. 2014; 26(4pt2):1189-1190.
14. Thompson K, Morris R. *Externalizing Disorders*. *Juvenile Delinquency and Disability*. Springer; 2016
15. Madigan S, Atkinson L, Laurin K, Benoit D. Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*. 2013;49(4):672-689
16. Symeou M, Georgiou S. Externalizing and internalizing behaviours in adolescence, and the importance of parental behavioural and psychological control practices. *Journal of Adolescence*. 2017;60:104-113
17. Bell C. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1994; 272(10):828
18. Achenbach T. *Manual for the youth self-report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991
19. Stoff D, Breiling J, Maser J. *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley; 1997
20. Jenson W, Harward S, Bowen J. Externalizing disorders in children and adolescents: Behavioral excess and behavioral deficits. *Oxford Handbooks Online*. 2011
21. Dowdy E, Nylund-Gibson K, Felix E, Morovati D, Carnazzo K, Dever B. Long-term stability of screening for behavioral and emotional risk. *Educational and Psychological Measurement*. 2013;74(3):453-472
22. Copeland W, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello E. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(11):1668-1675

23. Arat E. Internalising and externalizing problems in adolescents: Analysing the gender difference. *International Journal of Research in Social Sciences*. 2016; 6(1)
24. Metzler C, Noell J, Biglan A, Ary D, Smolkowski K. The social context for risky sexual behavior among adolescents. *J Behav Med*. 1994; (4):419-38
25. The World health report 2001. Geneva: World Health Organization; 2001
26. Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, Ali MM, Lynch SE, Bitsko RH, Blumberg SJ. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. *The Journal of Pediatrics*, 2018
27. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):593–602
28. Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit/ hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001; 110(4):516–525
29. Canino G, Polanczyk G, Bauermeister J, Rohde L, Frick P. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45(7):695-704
30. Frigerio A, Rucci P, Goodman R, Ammaniti M, Carlet O, Cavolina P et al. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; 18(4):217-226
31. Burke JD, Wittchen HU, Regier DA, et al. Extracting information from diagnostic interview on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Co-morbidity of anxiety and depressive disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990. pp. 649–67
32. Beyers J, Loeber R. Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2003; 31(3):247–266
33. Fanti K, Henrich C. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*. 2010; 46(5):1159-1175

34. Angold A, Costello E. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(12):1779-1791
35. Ge X, Best K, Conger R, Simons R. Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*. 1996; 32(4):717-731
36. Huizinga D, Jakob-Chien C. The contemporaneous cooccurrence of serious and violent juvenile offending and other problem behaviors. In: Loeber R, Farrington D, ed. *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. CA: Sage Publications; 1998. p. 47-67
37. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad T, Fabes R, Shepard S, Reiser M et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*. 2001; 72(4):1112-1134
38. Angold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999;40(1):57-87
39. Renouf A, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct and comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(7):998-1004
40. Oland A, Shaw D. Pure Versus Co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2005; 8(4):247-270
41. Newman D, Moffitt T, Caspi A, Silva P. Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*. 1998; 107(2):305-311
42. Ezpeleta L, Domenech J, Angold A. A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(7):704-712
43. Steinhausen H, Reitzle M. The Validity of Mixed Disorders of conduct and emotions in children and adolescents: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1996; 37(3):339-343
44. Youngstrom E, Findling R, Calabrese J. Who are the comorbid adolescents? Agreement between Psychiatric Diagnosis, youth, parent, and teacher Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2003; 31(3):231-245

45. Keiley M, Lofthouse N, Bates J, Dodge K, Pettit S. Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14 *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2003; 31(3):267-283
46. Dick D. Identification of genes influencing a spectrum of externalizing psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*. 2007; 16(6):331-335
47. Beaver K, Wright J, DeLisi M, Walsh A, Vaughn M, Boisvert D et al. A gene \times gene interaction between DRD2 and DRD4 is associated with conduct disorder and antisocial behavior in males. *Behavioral and Brain Functions*. 2007;3(1):30
48. Hicks B, Krueger R, Iacono W, McGue M, Patrick C. Family transmission and heritability of Externalizing Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(9):922.
49. Kendler K, Jacobson K, Myers J, Eaves L. A genetically informative developmental study of the relationship between conduct disorder and peer deviance in males. *Psychological Medicine*. 2007; 38(07).
50. Patterson G. *Coercive family process*. Eugene, Or.: Castalia Pub. Co.; 1982.
51. Berdan L, Keane S, Calkins S. Temperament and externalizing behavior: Social preference and perceived acceptance as protective factors. *Developmental Psychology*. 2008; 44(4):957-968.
52. Rettew D, Copeland W, Stranger C, Hudziak J. Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2004; 25(6):383-391
53. Beauchaine T, Hinshaw S, Eme R. Sex Differences in the prevalence and expression of Externalizing Behavior. *The Oxford Handbook of Externalizing Spectrum Disorders*. 2015
54. Zahn-Waxler C, Shirtcliff E, Marceau K. Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2008; 4(1):275-303.
55. Meichenbaum D. Comparison of aggression in boys and girls: A case for gender-specific interventions [Internet]. [Cited 2 May 2018]. Available from: https://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF
56. Alink L, Mesman J, van Zeijl J, Stolk M, Juffer F, Koot H et al. The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*. 2006; 77(4):954-966

57. Archer J. Sex differences in aggression in real-world settings: A Meta-analytic review. *Review of General Psychology*. 2004;8(4):291-322
58. Tremblay R. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(4):341-367.
59. Estévez E, Povedano A, Jiménez T, Musitu G. Aggression in Adolescence: A gender perspective. In: Becerra N, Guevara B, ed. *Psychology of Aggression: New Research*. Nova Science Publishers; 2012. p. 37-57
60. Snyder J, Stoolmiller M. Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The family. *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. :65-100
61. Swaminathan S. Relationships between symptoms and adaptive functioning in clinic-referred adolescents: Patterns of internalizing, externalizing, and co-occurring symptoms [MA]. Bowling Green State University; 2016
62. Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz K. Sex differences in covert aggression among adults. *Aggressive Behavior*. 1994; 20(1):27-33
63. Anderson C, Bushman B. Human Aggression. *Annual Review of Psychology*. 2002; 53(1):27-51
64. Walker H, Ramsey E, Gresham F. *Antisocial behaviour in school. Evidence Based Practices*. 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2004
65. Algozzine B, Wang C, Violette A. Reexamining the relationship between academic achievement and social behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2010; 13(1):3-16
66. Palmu I, Närhi V, Savolainen H. Externalizing behaviour and academic performance – the cross-lagged relationship during school transition. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2017;23(2):111-126
67. Reid R, Gonzalez J, Nordness P, Trout A, Epstein M. A Meta-Analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education*. 2004; 38(3):130-143
68. Murray J, Farrington D. Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010; 55(10):633-642
69. Atlas R, Leblanc W. Environmental Barriers to Crime. *Ergonomics in Design: The Quarterly of Human Factors Applications*. 1994;2(4):9-16

70. Halonen A, Aunola K, Ahonen T, Nurmi J. The role of learning to read in the development of problem behaviour: A cross-lagged longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*. 2006; 76(3):517-534
71. Moilanen K, Shaw D, Maxwell K. Developmental cascades: Externalizing, internalizing, and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Development and Psychopathology*. 2010; 22(3):635-653
72. Stipek D, Miles S. Effects of aggression on achievement: Does conflict with the teacher make it worse?. *Child Development*. 2008;79(6):1721-1735.
73. Trapolini T, McMahon C, Ungerer J. The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*. 2007; 33(6):794-803.
74. Hankin B, Stone L, Wright PA. Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology*. 2010; 22(1):217-235
75. Steinmayr R, Ziegler M, Träuble B. Do intelligence and sustained attention interact in predicting academic achievement?. *Learning and Individual Differences*. 2010; 20(1):14-18
76. Ayduk O, Rodriguez M, Mischel W, Shoda Y, Wright J. Verbal intelligence and self-regulatory competencies: Joint predictors of boys' aggression. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41(2):374-388
77. Lyvers M. Cognition, emotion, and the alcohol-aggression relationship: Comment on Giancola. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2000; 8(4):607-608
78. Savage J, Ferguson C, Flores L. The effect of academic achievement on aggression and violent behavior: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2017; 37:91-101
79. Windle M, Mason W. General and specific predictors of behavioral and emotional problems among adolescents. *Sage Journals*. 2004 [cited 28 July 2019]. Available from: <https://doi.org/10.1177/10634266040120010601>
80. Wolff J, Ollendick T. The Comorbidity of Conduct Problems and Depression in Childhood and Adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2006; 9(3-4):201-220

81. Bergen SE, Gardner CO, Kendler KS. Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Twin Research and Human Genetics*. 2007;10(3):423–433
82. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the Achenbach system of empirically based assessment school-age forms profiles. Burlington, VT: Aseba; 2001a
83. Barnow S, Lucht M, Freyberger H. Correlates of aggressive and delinquent conduct problems in adolescence. *Aggressive Behavior*. 2004; 31(1):24-39
84. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova M, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(2):351-358
85. Stranger C, Achenbach TA, Verhulst FC. Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Development and Psychopathology*. 1997; 9:43–58.
86. Farrington D. Early prediction of violent and non-violent youthful offending. *European Journal on Criminal Policy and Research*. 1997; 5(2):51-66
87. Farrington D, Hawkins J. Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1991; 1(1):1-33
88. Tremblay R.E., Masse, L.C, Pagani, L, & Vitaro F. From childhood physical aggression to adolescent maladjustment: The Montreal Prevention Experiment. In : R.D. Peters & R.J. McMahon (Eds.). *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. CA: Sage; 1996
89. Eley T, Lichtenstein P, Moffitt T. A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology*. 2003; 15(2):383-402
90. Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 46(12):1233-1241
91. Cattarin J, Thompson J. A Three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*. 1994; 2(2):114-12

92. Vincent M, McCabe M. Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*. 2000; 29(2):205-221
93. Story M, French S, Resnick M, Blum R. Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 18(2):173-179
94. Jurich A, Andrews D. Self-Concepts of Rural Early adolescent juvenile delinquents. *The Journal of Early Adolescence*. 1984; 4(1):41-46
95. Haines J, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Eisenberg M. Longitudinal and secular trends in weight-related teasing during adolescence. *Obesity*. 2008; 16:18-23
96. Hayden-Wade H, Stein R, Ghaderi A, Saelens B, Zabinski M, Wilfley D. Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*. 2005;c13(8):1381-1392
97. Halfon N, Larson K, Slusser W. Associations between obesity and comorbid mental health, developmental and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Academic Pediatrics*. 2013; 13(1):6-13
98. Vila G. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66(3):387-394
99. Pervanidou P, Bastaki D, Chouliaras G, Papanikolaou K, Kanaka-Gantenbein C, Chrousos G. Internalizing and externalizing problems in obese children and adolescents: associations with daily salivary cortisol concentrations. *Hormones*. 2015
100. ter Bogt T, van Dorsselaer S, Monshouwer K, Verdurmen J, Engels R, Vollebergh W. Body mass index and body weight perception as risk factors for Internalizing and Externalizing problem behavior among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39(1):27-34
101. Carballo M, Nerurkar A. Migration, Refugees, and Health Risks. *Emerging Infectious Diseases*. 2001; 7(7):556-560
102. van Oort F, Joung I, Mackenbach J, Verhulst F, Bengi-Arslan L, Crijnen A et al. Development of ethnic disparities in internalizing and externalizing problems from adolescence into young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(2):176-184

103. Sagatun Å, Lien L, Sjøgaard A, Bjertness E, Heyerdahl S. Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 43(2):87-95
104. Veen V, Stevens G, Doreleijers T, van der Ende J, Vollebergh W. Ethnic differences in mental health among incarcerated youths: do Moroccan immigrant boys show less psychopathology than native Dutch boys ?. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; 19(5):431-440
105. Derluyn I, Broekaert E, Schuyten G. Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 17(1):54-62
106. Hetherington E, Law T, O'Connor T. Divorce: Challenges, changes, and new chances. In: Walsh F, ed. by. *Normal family processes*. New York: Guilford Press; 1993
107. Kendall P. *Childhood disorders*. New York: Taylor and Frances; 2000
108. Belsky J, Steinberg L, Draper P. Childhood Experience, Interpersonal development and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*. 1991; 62(4):647-670
109. Greenberg M, Speltz M, Deklyen M. The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. 1993; 5(1-2), 191-213
110. Barnow S, Freyberger H. The family environment in early life and aggressive behavior in adolescents and young adults. In: Mattson M, ed. by. *Neurobiology of Aggression Understanding and Preventing Violence*. Totowa: Humana Press; 2003; 213-229
111. Georgiou, S. N., Fousiani, K., Michaelides, M., & Stavrinides, P. Cultural value orientation and authoritarian parenting as parameters of bullying and victimization at school. *International Journal of Psychology*. 2013; 48(1):69-78
112. Olweus, D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell. 1993
113. Rinaldi, C. M., & Howe, N. Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*. 2012; 27(2):266-273

114. Milevsky, A., Schlechter, M. J., Netter, S. A., & Keehn, D. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*. 2007; 16:39-47
115. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven de Haan K, Sawyer M, Ainley J et al. The mental health of children and adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health; 2015
116. Amato P. Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*. 2001; 15(3):355-370
117. D'Onofrio B, Turkheimer E, Emery R, Maes H, Silberg J, Eaves L. A Children of Twins Study of parental divorce and offspring psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007; 48(7):667-675
118. Duncan G, Brooks-Gunn J, Klebanov P. Economic Deprivation and Early Childhood Development. *Child Development*. 1994; 65(2):296
119. Amato P, Keith B. Parental Divorce and Adult Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and the Family*. 1991; 53(1):43
120. Fergusson D, Horwood L, Lynskey M. Family change, parental discord and early offending. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992; 33(6):1059-1075
121. Alavi N, Roberts N, DeGrace E. Comparison of parental socio-demographic factors in children and adolescents presenting with internalizing and externalizing disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2017; 29(2)
122. VanderValk I, Spruijt E, de Goede M, Maas C, Meeus W. Family structure and problem behavior of adolescents and young adults: A Growth-Curve Study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005; 34 (6):533-546
123. Amato P. The impact of family formation change on the cognitive, social and emotional well-being of the next generation. *The future of Children*. 2005; 15(2):75-96
124. Heck K, Parker J. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Services Research*. 2002; 37(1):171-184
125. Carlson M, Corcoran M. Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family*. 2001; 63(3):779-792
126. Votruba-Drzal E. Income changes and cognitive stimulation in young children's home learning environments. *Journal of Marriage and Family*. 2003 ;65(2):341-355

127. Cooper P, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A. et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *BMJ*. 2009;338(apr14 2):b974-b974
128. Garrity D. Family relationships and delinquent behavior. New York: John Wiley and Sons, Inc. 1959; 37(4):379-380.
129. Hirschi T. Causes of Delinquency. Berkley, CA: University of California Press. 1969
130. Farrington D. Understanding and preventing bullying. *Crime and Justice*. 1993; 17:381-458.
131. Farrington D, West D. The Cambridge Study in Delinquent Development: A Long-Term Follow-Up of 411 London Males. *Kriminalität*. 1990; 115-138.
132. Farrington D. Family influences on delinquency. In: Springer D, Roberts A, ed. by. Juvenile justice and delinquency [Internet]. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010 [cited 30 December 2018]. p. 203-222. Available from: http://samples.jbpub.com/9780763760564/60564_CH10_Springer.pdf
133. Boone S, Montare A. Aggression and Family Size. *The Journal of Psychology*. 1979; 103(1):67-70
134. Searcy-Miller M, Cowen E, Terrell D. School adjustment problems of children from small vs. Large families. *Journal of Community Psychology*. 1977; 5(4):319-324
135. Rothstein D, Carr D, Cooksey E. Cohort Profile: The National Longitudinal Survey of Youth 1979 (NLSY79). *International Journal of Epidemiology*. 2018;48(1):22-22e
136. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data Sets. 1989; 35(1): 45-93
137. Conser A, Rivara F, Barnoski R, Emanuel I. Maternal and perinatal risk factors for later delinquency. *Pediatrics*. 1997; 99(6):785-790
138. Grogger J. Local violence and educational attainment. *The Journal of Human Resources*. 1997;32(4):659
139. Nagin D, Pogarsky G, Farrington D. Adolescent Mothers and the Criminal Behavior of Their Children. *Law & Society Review*. 1997; 31(1):137
140. Loeber R, Farrington D, ed. by. Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions. CA: Sage Publications; 1998. p. 47-67

141. Williams R, Furstenberg F, Brooks-Gunn J, Morgan S. Adolescent mothers in later life. *Contemporary Sociology*. 1988; 17(5):696
142. Maynard, RA. The study, the context, and the findings in brief. In: Maynard, RA., editor. *Kids having kids: Economic and social consequences of teen pregnancy*. Washington, D. C.: Urban Institute Press; 1997. p. 1-21
143. Jeferson AL, Gibbons LE, Rentz DM, Carvalho JO, Manly J, Bennett DA, Jones RN. A life course model of cognitive activities, socioeconomic status, education, reading ability, and cognition. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59:1403–11. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03499.x>.
144. Moretti E. Estimating the social return to higher education: evidence from longitudinal and repeated cross-sectional data. *J Econ*. 2004; 121:175–212. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2003.10.015>
145. Sacerdote B. Peer effects with random assignment: results for Dartmouth roommates. *Q J Econ*. 2001; 116:681–704. <https://doi.org/10.1162/00335530151144131>
146. Lewis SK, Ross CE, Mirowsky J. Establishing a sense of personal control in the transition to adulthood. *Soc Forces*. 1999; 77:1573–99. <https://doi.org/10.2307/3005887>
147. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997; 18:341–78. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341>
148. Gjonça E, Tabassum F, Breeze E. Socioeconomic differences in physical disability at older age. *J Epidemiol Commun Health*. 2009; 63:928–35. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.082776>
149. Chuang NK, Walker K, Caine-Bish N. Student perceptions of career choices: the impact of academic major. *J Fam Consum Sci Educ*. 2009; 27:18–29.
150. Fujishiro K, Xu J, Gong F. What does “occupation” represent as an indicator of socioeconomic status? Exploring occupational prestige and health. *Soc Sci Med*. 2010;71: 2100–7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.026>
151. Letourneau N, Duffett-Leger L, Levac L, Watson B, Young-Morris C. Socioeconomic Status and Child Development. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2011; 21(3):211-224
152. Nagin D, Tremblay R. Analyzing developmental trajectories of distinct but related behaviors: A group-based method. *Psychological Methods*. 2001; 6(1):18-3

153. Nocentini A, Calmaestra J, Schultze-Krumbholz A, Scheithauer H, Ortega R, Menesini E. Cyberbullying: labels, behaviours and definition in three European Countries. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 2010; 20(2):129-142
154. Véronneau M, Hiatt Racer K, Fosco G, Dishion T. The contribution of adolescent effortful control to early adult educational attainment. *Journal of Educational Psychology*. 2014; 106(3):730-743
155. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel A, De Winter A, Verhulst F, Ormel J. Bullying and Victimization in Elementary Schools: A Comparison of Bullies, Victims, Bully/Victims, and Uninvolved Preadolescents. *Developmental Psychology*. 2005; 41(4):672-682
156. Masare M, Bansode-Gokhe S, Bansode-Gokhe S, Shinde R, Shinde R. A cross sectional study of behavioral problems of secondary school children and related socio-demographic factors. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017; 5(6):2760
157. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*. 2000; 126(2):309-337
158. Varga S, Piko B, Fitzpatrick K. Socioeconomic inequalities in mental well-being among Hungarian adolescents: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13(1)
159. McCartney K. Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *American Psychological Association*; 2006
160. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2013; 90:24-31
161. Bask M. Externalizing and internalizing problem behaviour among Swedish adolescent boys and girls. *International Journal of Social Welfare*. 2014; 24(2):182-192
162. Dearing E, McCartney K, Taylor B. Change in family income-to-needs matters more for children with less. *Developmental Psychology*. 2001; 72(6): 1779-93
163. Sorhagen N, Wurster T. Income within context: relative income matters for adolescent social satisfaction and mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017; 58(6):736-743.
164. Sterrett-Hong E, Antle B, Nalley B, Adams M. Changes in Couple Relationship Dynamics among Low-Income Parents in a Relationship Education Program Are

- Associated with Decreases in Their Children's Mental Health Symptoms. *Children*. 2018; 5(7):90
165. Backett-Milburn K. Parenting in poor environments: Stress, support and coping. *Journal of Marriage and Family*. 2004; 66(5):1346-1347
166. Carbery J, Buhrmester D. Friendship and need fulfillment during three phases of young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1998; 15(3):393-409
167. Simons-Morton BG, Farhat T. Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *J Primary Prevent*. (2010) 31:191–208. 10.1007/s10935-010-0220-x
168. Mercer S, Derosier M. Selection and Socialization of Internalizing Problems in Middle Childhood. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010; 29(9): 1031-1056
169. Berndt T. Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology*. 1979; 15(6): 608-616
170. Reitz E, Dekovic M, Meijer AM, Engels RCME. Longitudinal relations among parenting, best friends, and early adolescent problem behavior: Testing bidirectional effects. *J Early Adolesc* 2006; 26(3):272-295.
171. . Brendgen M, Vitaro F, Bukowski WM. Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence* 2000; 10(2):173-189
172. Dishion TJ, Véronneau M-H, Myers MW. Cascading peer dynamics underlying the progression from problem behavior to violence in early to late adolescence. *Dev Psychopathol* 2010; 22(3):603-619
173. Dishion TJ, Andrews DW, Crosby L. Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional process. *Child Development* 1995; 66(1):139-151
174. Brendgen M, Vitaro F, M. Bukowski W. Deviant Friends and Early Adolescents' Emotional and Behavioral Adjustment. *Journal of Research on Adolescence*. 2010; 10(2): 173-189
175. Gardner M, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference and risky decision making in adolescence and adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*. 2005; 41(4):625-635

176. Monahan K, Steinberg L, Cauffman E. Affiliation with antisocial peers, susceptibility to peer influence, and antisocial behavior during the transition to adulthood. *Developmental Psychology*. 2009; 45(6):1520-1530
177. Monahan K, Steinberg L, Cauffman E, Mulvey E. Trajectories of antisocial behavior and psychosocial maturity from adolescence to young adulthood. *Developmental Psychology*. 2009; 45(6):1654-1668
178. Vitaro F, Brendgen M, Tremblay R. Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000; 28(4):313-325
179. Véronneau M, Vitaro F. Social experiences with peers and High School graduation: A review of theoretical and empirical research. *Educational Psychology*. 2007; 27(3):419-445
180. Berndt TJ. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current Directions in Psychological Science* 1992; 1(5):156-159
181. Berndt TJ. Friendship quality and social development. *Current Directions in Psychological Science* 2002; 11(1):7-10
182. La Greca AM, Harrison HM. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34(1):49-61
183. Rubin KH, Coplan RJ. Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly* 2004; 50(4):506-534
184. Keefe K, Berndt TJ. Relations of friendship quality to self-esteem in early adolescence. *J Early Adolesc* 1996; 16(1):110-129
185. Rubin KH, Coplan RJ. Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly* 2004; 50(4):506-534
186. Criss MM, Pettit GS, Bates JE, Dodge KA, Lapp AL. Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development* 2002; 73(4):1220-1237
187. Gelfand D, Drew C. *Understanding child behavior disorders*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning; 2003
188. Sattler J. *Assessment of children*. San Diego: Jerome M. Sattler; 2008
189. Rhode G, Jenson W, Morgan D. *The tough kid new teacher book*. Eugene, OR: Pacific Northwest Pub.; 2009.

190. Volpe R, DiPerna J. C, Hintze J. M, Shapiro E. S. Observing students in classroom settings: A Review of seven coding schemes. *School Psychology Review*. 2005; 34(4) : 454-474
191. Reynolds C, Kamphaus R, Vannest K. Behavior Assessment System for Children (BASC). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. 2011; :366-371.
192. Achenbach T, Edelbrock C, Howell C. Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1987;15 (4):629-650.
193. Rishel C. Evidence-based prevention practice in mental health: What is it and how do we get there?. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77(1):153-164.
194. American Psychological Association: Annual report, 2008. *American Psychologist*. 2009; 64(5):295-334.
195. Lochman J, Dishion T, Powell N, Boxmeyer C, Qu L, Sallee M. Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83(4):728-735.
196. Barrera M, Prelow H, Dumka L, Gonzales N, Knight G, Michaels M et al. Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: Supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*. 2002;30(2):135-152
197. Terzian M, Hamilton K, Ericson S. What works to prevent or reduce internalizing problems or socioemotional difficulties in adolescents: Lessons from experimental evaluations of social interventions. *Child Trends Fact Sheet, Publication*. 2011; 34
198. Chronis A, Chacko A, Fabiano G, Wymbs B, Pelham, Jr. W. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2004; 7(1):1-27
199. Reedtz C, Bertelsen B, Lurie J, Handergard B, Clifford G, Morch W. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007; 49(1):31-38
200. Service R, Reburn J. Skills that Matter and Will Last a Lifetime. *International Journal of Education and Practice*. 2016; 4(5):183-206
201. Sprick R, Garrison M. *Interventions*. Eugene, OR: Pacific Northwest Publishing, Inc.; 2008

202. Bowen J, Jenson W, Clark E. School-based interventions for students with behavior problems. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2004
203. Weisz J, Kazdin A. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York, NY, US: The Guilford Press
204. Eyberg S, Nelson M, Boggs S. Evidence-Based Psychosocial Treatments for children and adolescents with Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008; 37(1):215-237
205. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45(3):609-621
206. Wiltz N, Patterson G. An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy*. 1974; 5(2):215-221
207. McMahon R, Forehand R, Griest D. Effects of knowledge of social learning principles on enhancing treatment outcome and generalization in a parent training program. 1981; 49(4), 526-532.
208. Eyberg S, Nelson M, Boggs S. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008; 37(1):215-237
209. Anderson AR, Christenson SL, Sinclair MF, Lehr CA. Check & Connect: The importance of relationships for promoting engagement with school. *Journal of School Psychology*. 2004 Mar 1;42(2):95-113
210. Christenson SL, Sinclair MF, Thurlow ML, Evelo D. Promoting student engagement with school using the Check and Connect model. *Australian Journal of Guidance and Counseling*. 1999;9:169-184
211. Todd A, Campbell A, Meyer G, Horner R. The Effects of a Targeted Intervention to Reduce Problem Behaviors. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2008; 10(1):46-55
212. Crone D A, Horner R H, Hawken L S. The Guilford practical intervention in the schools series. Responding to problem behavior in schools: The Behavior Education Program. New York, NY, US: Guilford Press ; 2004
213. Fairbanks S, Sugai G, Guardino D, Lathrop M. Response to Intervention: Examining Classroom Behavior Support in Second Grade. *Exceptional Children*. 2007; 73(3):288-310

214. Filter K, McKenna M, Benedict E, Horner R, Todd A, Watson J. Check in/Check out: A Post-Hoc Evaluation of an Efficient, Secondary-Level Targeted Intervention for Reducing Problem Behaviors in Schools. 2007; 30(1): 69-84
215. Hawken L, Sandra MacLeod K, Rawlings L. Effects of the Behavior Education Program (BEP) on Office Discipline Referrals of Elementary School Students. Journal of Positive Behavior Interventions. 2007 ;9(2):94-101

Τίτλος: «Εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές στην εφηβεία: Επιπολασμός και συσχετίσεις σε επτά ευρωπαϊκές χώρες στο πλαίσιο της μελέτης EUnetADB »

Περίληψη

Οι εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν επιθετικές και παραβατικές συμπεριφορές, κατά την διάρκεια της εφηβείας αποτελούν το αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας. Συγκεκριμένα, εξετάζεται ο επιπολασμός ατομικοί (φύλο, ηλικία, Δ.Μ.Σ, μετανάστευση , ακαδημαϊκή επίδοση) και οικογενειακοί παράγοντες (ηλικία, εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, ακαδημαϊκό επίπεδο, μετανάστευση γονέων, ύπαρξη αδερφιών) που συσχετίζονται με την εμφάνισή τους. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το χρονικό διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 2011 και Μαΐου 2012 και προέκυψε τελικό δείγμα 10.930 εφήβων , 14-17 ετών, από την Ελλάδα, την Ισπανία, την Πολωνία, την Ολλανδία, τη Ρουμανία και την Ισλανδία. Οι έφηβοι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, σχετικά με ατομικά και οικογενειακά τους στοιχεία αλλά και την κλίμακα αυτοαναφοράς Youth Self Report (YSR) κατά τη διάρκεια μιας σχολικής ώρας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ο επιπολασμός των εξωτερικευμένων διαταραχών στο σύνολο του δείγματος ανέρχεται σε 7%, με την Ισλανδία να έχει το μικρότερο επιπολασμό (4%) και την Πολωνία τον μεγαλύτερο (10%). Από ατομικούς και οικογενειακούς παράγοντες που μελετήθηκαν, η ακαδημαϊκή επίδοση των εφήβων κατά το τελευταίο σχολικό έτος και ο Δ.Μ.Σ τους σχετίζεται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων διαταραχών. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι με πολύ χαμηλή σχολική επίδοση (1 - 9.9) έχουν σχεδόν πενταπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης των εν λόγω διαταραχών, οι μαθητές με επίδοση 10-11.9 τριπλάσιες πιθανότητες, αυτοί με επίδοση 12-14,9 διπλάσιες πιθανότητες και αυτή με βαθμούς

15-17,9 1,5 πιθανότητες σε σχέση με τους συμμαθητές τους με άριστη επίδοση (18-20). Τέλος, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τους εφήβους φυσιολογικού βάρους. Από τους οικογενειακούς παράγοντες, η χαμηλή ή μέτρια μόρφωση των γονέων και της μητέρας ξεχωριστά συσχετίζονται με την εμφάνιση Ε.Δ στους εφήβους.

Title: Externalizing Disorders in Adolescents: Prevalence and Correlations from Seven European Countries .Findings from the EU NET ADB Research Project.

Abstract

This study focuses on externalizing disorders, consisting of aggressive and delinquent behaviors, during adolescence. Its aim is to estimate prevalence and determine which personal (gender, age, B.M.I, immigration, school grades) and family factors (parents' age, work status, relationship status, educational level, immigration and the presence of siblings) are associated with externalizing disorders. The study took place in secondary schools of Greece, Spain, Poland, The Netherlands, Romania and Iceland between October 2011 and May 2012. 7,495 adolescents, 14-17 years old, completed self-administered, anonymous questionnaires with personal and family data and the Youth Self Report (YSR) scale.

The results of the statistical analysis suggest that the prevalence of externalizing disorders in the six countries is 7% overall, while Iceland reports the smallest prevalence of 4% and Poland the largest with a prevalence of 10%. The factors that seem to be associated with externalizing disorders in adolescence are the adolescent's school performance and BMI. Specifically, adolescents with very low school performance (1- 9.9/20) have almost five times the odds of suffering from externalizing disorders, those with grades 10-11.9 three times the odds, those with grades 12-14.9 twice the odds and students with grades 15-17.9 1.5 times the odds compared to adolescents with high school grades (18-20). Obese adolescents have almost three times the odds of externalizing disorders compared to normal weight adolescents. Parental low or medium academic level and mother's academic level are also linked to externalizing disorders in adolescents.

Παράρτημα Ι - Ερωτηματολόγιο ατομικών πληροφοριών

1

Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν ΑΤΟΜΙΚΕΣ πληροφορίες.

- 1. Είσαι αγόρι ή κορίτσι;**
 Αγόρι
 Κορίτσι
- 2. Πότε γεννήθηκες?**
Χρονιά 19 Μήνας* (Σημείωσε 01 για Ιανουάριο, 02 για Φεβρουάριο ...και 12 για Δεκέμβριο)
**Προαιρετικά*
- 3. Ζυγίζεις _____ κιλά** Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
- 4. Το ύψος σου είναι _____ εκατοστά** Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
- 5. α) Γεννήθηκες στην Ελλάδα;**
 Ναι
 Όχι → **β) ΑΝ ΔΕΝ γεννήθηκες στην Ελλάδα, Γεννήθηκες στο/η _____**
(Σημείωσε τη χώρα)
↓
γ) Πόσα χρόνια παρακολούθησες το Ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα;
 Πάνω από 3 χρόνια
 Λιγότερο από 3 χρόνια
 Δεν ξέρω / προτιμώ να μην πω
- 6. Ποιες ήταν οι συνολικές σχολικές επιδόσεις σου (μέσος όρος βαθμολογίας) κατά τη διάρκεια του ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ σχολικού έτους (2010-2011);**
 18-20
 15-17.9
 12-14.9
 10- 11.9
 1-9
 Δεν ξέρω / προτιμώ να μην πω

Παράρτημα II - Ερωτηματολόγιο οικογενειακών πληροφοριών

2

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στην ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ σου.

Όλες οι οικογένειες δεν είναι ίδιες. Για παράδειγμα, δεν μένουν όλα τα παιδιά και με τους δύο γονείς τους, κάποια παιδιά μένουν μόνο με τον ένα γονιό ή μένουν σε δύο σπίτια ή ζουν με δύο οικογένειες. Παρακαλούμε απάντησε στις ερωτήσεις που είναι σχετικές με την δική σου οικογένεια.

Ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση των γονιών σου; (Σημείωσε μία απάντηση)

7. Παντρεμένοι Οικογένεια με έναν γονιό
 Ζούν μαζί (ανύπαντροι) Ο ένας γονιός έχει πεθάνει
 Σε διάσταση Και οι δύο γονείς έχουν πεθάνει
 Διαζευγμένοι Προτιμώ να μην πω

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στους γονείς σου.

Η αριστερή στήλη αφορά στον πατέρα σου, η δεξιά στήλη στη μητέρα σου.

8. Ποια είναι η ηλικία του πατέρα σου; _____
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
9. α) Ο πατέρας σου γεννήθηκε στην Ελλάδα;
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
 Ναι
 Όχι
β) **ΑΝ ΔΕΝ** γεννήθηκε στην Ελλάδα, **Γεννήθηκε στο/στη** _____
(Σημείωσε τη χώρα)
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
10. Διευκρίνισε παρακαλώ αν ο πατέρας σου είναι...: (Σημείωσε μία απάντηση)
 Εργαζόμενος
 Άνεργος
 Συνταξιούχος
 Νοικοκύρης
 Φοιτητής
 Άλλο (Παρακαλώ διευκρίνισε: _____)
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
11. Αν ο πατέρας σου εργάζεται, τι δουλειά κάνει;

 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
13. Ποια είναι η ηλικία της μητέρας σου; _____
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
14. α) Η μητέρα σου γεννήθηκε στην Ελλάδα;
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
 Ναι
 Όχι
β) **ΑΝ ΔΕΝ** γεννήθηκε στην Ελλάδα, **Γεννήθηκε στο/στη** _____
(Σημείωσε τη χώρα)
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
15. Διευκρίνισε παρακαλώ αν η μητέρα σου είναι...: (Σημείωσε μία απάντηση)
 Εργαζόμενη
 Άνεργη
 Συνταξιούχος
 Νοικοκυρά
 Φοιτήτρια
 Άλλο (Παρακαλώ διευκρίνισε: _____)
 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω
16. Αν η μητέρα σου εργάζεται, τι δουλειά κάνει;

 Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω

12. Ποιό είναι το ανώτερο επίπεδο σπουδών που ολοκλήρωσε ο πατέρας σου; (Σημείωσε μία απάντηση)
- Κανένα _____
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο/ Λύκειο _____
- Μεταλυκειακό, συμπεριλαμβανομένης επαγγελματικής εκπαίδευσης (πχ., ΤΕΙ)
- Τριτοβάθμια εκπαίδευση (προπτυχιακό/μεταπτυχιακό) (πχ., ΑΕΙ) _____
- Άλλο (Παρακαλώ διευκρίνισε: _____)
- Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω _____
17. Ποιό είναι το ανώτερο επίπεδο σπουδών που ολοκλήρωσε η μητέρα σου; (Σημείωσε μία απάντηση)
- Κανένα _____
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο/ Λύκειο _____
- Μεταλυκειακό, συμπεριλαμβανομένης επαγγελματικής εκπαίδευσης (πχ., ΤΕΙ)
- Τριτοβάθμια εκπαίδευση (προπτυχιακό/μεταπτυχιακό) (πχ., ΑΕΙ) _____
- Άλλο (Παρακαλώ διευκρίνισε: _____)
- Δεν ξέρω / Προτιμώ να μην πω _____
18. Πόσοι άνθρωποι ζουν αυτή τη στιγμή στο σπίτι σας (μαζί με σένα); (Σημείωσε μία απάντηση)
- 2 άτομα _____
- 3 άτομα
- 4 άτομα _____
- 5 άτομα
- 6 άτομα _____
- 7 ή περισσότερα άτομα
19. α) Έχεις αδέρφια; Ναι Όχι
- β) Αν ΝΑΙ, πόσα αδέρφια έχεις; _____ (Σημείωσε τον αριθμό)
- Είμαι ο/η μεγαλύτερος/η
- Είμαι ο/η μικρότερος/η
- Έχω μεγαλύτερα και μικρότερα αδέρφια

Παράρτημα III - Κλίμακα Youth Self Report

18

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβε υπόψη σου τη συμπεριφορά σου **στο παρόν ή στους τελευταίους 6 μήνες**.
Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς σου ταιριάζει **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλε σε κύκλο το 2.
Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς σου ταιριάζει **κάπως ή μερικές φορές**, βάλε σε κύκλο το 1.
Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς δεν σου ταιριάζει **καθόλου**, βάλε σε κύκλο το 0.

0 = Δεν ταιριάζει

1 = Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές

2 = Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

1	Συμπεριφέρομαι πολύ ανώριμα για την ηλικία μου	0	1	2
2	Πίνω αλκοόλ, χωρίς την άδεια των γονιών μου (ανάφερε τι είδους αλκοόλ): _____	0	1	2
3	Είμαι πνεύμα αντιλογίας	0	1	2
4	Δεν καταφέρνω να τελειώσω κάτι που αρχίζω	0	1	2
5	Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που με ευχαριστούν	0	1	2
6	Αγαπώ τα ζώα	0	1	2
7	Καυχιέμαι	0	1	2
8	Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ, δεν προσηλώνω την προσοχή μου για πολλή ώρα	0	1	2
9	Δεν μπορώ να βγάλω από το μυαλό μου ορισμένες σκέψεις, έμμονες ιδέες (ανάφερε ποιες _____)	0	1	2
10	Δεν μπορώ να σταθώ ακίνητος, είμαι ανήσυχος, υπερκινητικός	0	1	2
11	Είμαι υπερβολικά εξαρτημένος από τους μεγάλους	0	1	2
12	Νιώθω μοναξιά	0	1	2
13	Νιώθω σύγχυση, σαν να είμαι χαμένος	0	1	2
14	Κλαίω πολύ	0	1	2
15	Είμαι πολύ ειλικρινής	0	1	2
16	Είμαι σκληρός και μοχθηρός με τους άλλους	0	1	2
17	Ονειροπολώ πολύ	0	1	2
18	Προσπαθώ να τραυματιστώ	0	1	2
19	Ζητώ πολλή προσοχή από τους άλλους	0	1	2
20	Καταστρέφω τα πράγματά μου	0	1	2
21	Καταστρέφω πράγματα που ανήκουν σε άλλους	0	1	2
22	Είμαι ανυπάκουος στους γονείς μου	0	1	2
23	Είμαι ανυπάκουος στο σχολείο	0	1	2
24	Δεν τρώω όσο καλά θα έπρεπε	0	1	2
25	Δεν τα πάω καλά με τα άλλα παιδιά	0	1	2
26	Δεν αισθάνομαι τύψεις όταν έχω κάνει κάτι που δεν θα έπρεπε	0	1	2

0 = Δεν ταιριάζει 1 = Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2 = Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

27	Ζηλεύω τους άλλους	0	1	2
28	Παραβαίνω τους κανόνες στο σπίτι, στο σχολείο ή αλλού	0	1	2
29	Φοβάμαι ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη εκτός από το σχολείο (ανάφερε ποια)	0	1	2
30	Φοβάμαι να πάω σχολείο	0	1	2
31	Φοβάμαι μήπως σκεφτώ ή κάνω κάτι κακό	0	1	2
32	Αισθάνομαι ότι πρέπει να είμαι τέλειος	0	1	2
33	Αισθάνομαι ότι κανείς δεν με αγαπά	0	1	2
34	Αισθάνομαι ότι οι άλλοι είναι εναντίον μου, ότι με έχουν βάλει στο μάτι	0	1	2
35	Αισθάνομαι ότι δεν αξίζω τίποτα, ότι είμαι κατώτερος	0	1	2
36	Τραυματίζομαι συχνά, παθαίνω εύκολα ατυχήματα	0	1	2
37	Μπλέκω σε πολλούς καυγάδες	0	1	2
38	Με πειράζουν πολύ οι άλλοι	0	1	2
39	Κάνω παρέα με παιδιά που μπλέκουν σε φασαρίες	0	1	2
40	Ακούω ήχους ή φωνές που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν υπάρχουν (ανάφερε τι είδους)	0	1	2
41	Ενεργώ χωρίς να σκεφτώ πρώτα	0	1	2
42	Προτιμώ να είμαι μόνος μου, παρά με άλλους	0	1	2
43	Λέω ψέματα, κάνω μικρό-απάτες	0	1	2
44	Τρώω τα νύχια μου	0	1	2
45	Είμαι νευρικός, τα νεύρα μου είναι τεντωμένα	0	1	2
46	Μέρη του σώματός μου κάνουν νευρικές κινήσεις, συσπάσεις-τινάγματα (ανάφερε τι είδους)	0	1	2
47	Βλέπω εφιάλτες	0	1	2
48	Δε με συμπαθούν τα παιδιά	0	1	2
49	Μπορώ να κάνω ορισμένα πράγματα καλύτερα από άλλα παιδιά	0	1	2
50	Έχω πολλούς φόβους, είμαι αγχώδης	0	1	2
51	Αισθάνομαι ζαλάδες	0	1	2
52	Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχος	0	1	2
53	Τρώω υπερβολικά	0	1	2
54	Αισθάνομαι υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο	0	1	2
55	Είμαι παχύς	0	1	2
56	Έχω σωματικά ενοχλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία	0	1	2
	α. Διάφορους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά)	0	1	2
	β. Πονοκεφάλους	0	1	2

0 = Δεν ταιριάζει 1 = Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2 = Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

	γ. Ναυτία, τάση για εμετό	0	1	2
	δ. Προβλήματα με τα μάτια μου (όχι ότι φοράω γυαλιά) (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
	ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα	0	1	2
	στ. Κοιλιακούς πόνους	0	1	2
	ζ. Κάνω εμετούς	0	1	2
	η. Άλλα (ανάφερε): _____	0	1	2
57	Επιτίθεμαι και χτυπώ άλλους	0	1	2
58	Τσιμπάω επίμονα το δέρμα μου ή άλλα μέρη του σώματός μου (ανάφερε ποια): _____	0	1	2
59	Μπορώ να είμαι πολύ φιλικός	0	1	2
60	Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούρια πράγματα	0	1	2
61	Είμαι κακός μαθητής	0	1	2
62	Είμαι αδέξιος, δεν έχω καλό συντονισμό	0	1	2
63	Προτιμώ να κάνω παρέα με μεγαλύτερα παιδιά	0	1	2
64	Προτιμώ να κάνω παρέα με μικρότερα παιδιά	0	1	2
65	Αρνούμαι να μιλήσω στους άλλους	0	1	2
66	Επαναλαμβάνω μερικές πράξεις ξανά και ξανά (ανάφερε ποιες): _____	0	1	2
67	Το σκάω από το σπίτι	0	1	2
68	Φωνάζω πολύ, ουρλιάζω	0	1	2
69	Είμαι μυστικοπαθής, κρατώ πράγματα μέσα μου	0	1	2
70	Βλέπω πράγματα που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν υπάρχουν (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
71	Δεν είμαι άνετος, ντροπιάζομαι εύκολα, αισθάνομαι εύκολα αμηχανία	0	1	2
72	Βάζω φωτιές	0	1	2
73	Πιάνουν τα χέρια μου, είμαι πολύ επιδέξιος	0	1	2
74	Μου αρέσει να κάνω επίδειξη	0	1	2
75	Είμαι πολύ ντροπαλός ή δειλός	0	1	2
76	Κοιμάμαι λιγότερο από άλλα παιδιά	0	1	2
77	Κοιμάμαι περισσότερο από άλλα παιδιά κατά τη διάρκεια της ημέρας ή και της νύχτας (ανάφερε πόσο): _____	0	1	2
78	Είμαι απρόσεκτος, η προσοχή μου διασπάται εύκολα	0	1	2
79	Έχω προβλήματα λόγου (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
80	Υπερασπίζομαι τα δικαιώματά μου	0	1	2

0 = Δεν ταιριάζει 1 = Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2 = Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

81	Κλέβω από το σπίτι	0	1	2
82	Κλέβω από άλλα μέρη	0	1	2
83	Μαζεύω πράγματα που μου είναι άχρηστα (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
84	Κάνω πράγματα που οι άλλοι θεωρούν παράξενα (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
85	Έχω ιδέες που οι άλλοι θεωρούν παράξενες (ανάφερε τι είδους): _____	0	1	2
86	Είμαι πεισματάρης	0	1	2
87	Η διάθεσή μου και τα συναισθήματά μου αλλάζουν ξαφνικά	0	1	2
88	Μου αρέσει να είμαι με άλλους	0	1	2
89	Είμαι καχύποπτος	0	1	2
90	Βρίζω, λέω βρομόλογα	0	1	2
92	Μου αρέσει να κάνω τους άλλους να γελούν	0	1	2
93	Μιλώ πάρα πολύ	0	1	2
94	Πειράζω πολύ τους άλλους, είμαι πειραχτήρι	0	1	2
95	Αρπάζομαι εύκολα	0	1	2
97	Απειλώ τους άλλους ότι θα τους χτυπήσω	0	1	2
98	Μου αρέσει να βοηθώ τους άλλους	0	1	2
99	Καπνίζω	0	1	2
100	Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ (ανάφερε λίγο/πολύ): _____	0	1	2
101	Κάνω σκασιαρχείο ή αδικαιολόγητες απουσίες	0	1	2
102	Δεν έχω πολλή ενέργεια	0	1	2
103	Είμαι δυστυχισμένος, θλιμμένος, μελαγχολικός	0	1	2
104	Κάνω πιο πολλή φασαρία από άλλα παιδιά	0	1	2
106	Μου αρέσει να είμαι σωστός και δίκαιος με τους άλλους	0	1	2
107	Μου αρέσουν τα καλά αστεία	0	1	2
108	Μου αρέσει να κάνω τη ζωή μου εύκολη	0	1	2
109	Προσπαθώ να βοηθώ τους ανθρώπους όσο μπορώ	0	1	2
110	Θα ήθελα να ανήκω στο αντίθετο φύλο	0	1	2
111	Απομονώνομαι στον εαυτό μου, δεν κάνω σχέσεις με άλλους	0	1	2
112	Αγωνιώ, είμαι αγχώδης	0	1	2

Βεβαιώσου ότι απάντησες σε όλες τις ερωτήσεις