



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

**ΘΕΜΑ: «Πρώιμες Αλληλεπιδράσεις μητέρων με Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα με τα βρέφη τους»**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ της Καραγιάννη Ελένης-Μιχαλίτσα

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------|--|
| Παπαηλιού Χριστίνα | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Επιβλέπουσα της διατριβής |
| Κάκουρος Ευθύμιος | Καθηγητής | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής | Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής |
| Μανιαδάκη Αικατερίνη | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής | Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής |
| Ανδρεαδάκης Νικόλαος | Αναπληρωτής Καθηγητής | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Καΐλα Μαρία | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Νικολάου Ελένη | Λέκτορας | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Ξανθάκου Ποτίτσα | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |

ΡΟΔΟΣ 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

**ΘΕΜΑ: «Πρώιμες Αλληλεπιδράσεις μητέρων με Διαταραχή
Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα με τα βρέφη τους»**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ της Καραγιάννη Ελένης-Μιχαλίτσας

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Παπαηλιού Χριστίνα | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Επιβλέπουσα της διατριβής |
| Κάκουρος Ευθύμιος | Καθηγητής | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής | Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής |
| Μανιαδάκη Αικατερίνη | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής | Μέλος της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής |
| Ανδρεαδάκης Νικόλαος | Αναπληρωτής Καθηγητής | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Καΐλα Μαρία | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Νικολάου Ελένη | Λέκτορας | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |
| Ξανθάκου Ποτίτσα | Καθηγήτρια | Πανεπιστήμιο Αιγαίου | Μέλος της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής |

ΡΟΔΟΣ 2019



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------|------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ : | ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ, του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ. | | | | |
| Ο - Η Όνομα: | ΕΛΣΩΗ - ΝΙΚΑΝΙΤΣΑ | Επώνυμο: | ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΩΝΗ | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΠΙΛΑΤΕΡΗ | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ : | 16/04/1984 | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | ΡΟΔΟΣ | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | ΑΗ 953772 | Τηλ: | 6948937204 / 22410-96399 | | |
| Τόπος Κατοικίας: | ΙΑΛΥΣΟΣ | Οδός: | ΓΑΒΡΙΗΛ ΧΑΡΤΟΥ | Αριθ: | 17 ΤΚ: 85101 |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | - | | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | e. Karagianni@rhodes.uoi.gr | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της διδακτορικής διατριβής και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τη συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή».

Ημερομηνία: 11/2/2019

Ο - Η Δηλώτρια

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Περιεχόμενα

| | |
|---|------------|
| 1. Εισαγωγή | 4 |
| 1.1 Αποσαφήνιση βασικών εννοιών | 4 |
| 2. Θεωρίες για τη σχέση μητέρας-βρέφους | 6 |
| 2.1 Ψυχαναλυτικές Θεωρίες | 6 |
| 2.1.2 Η Ψυχοσεξουαλική Θεωρία του Sigmund Freud (1856-1939) | 6 |
| 2.1.3 Η Ατομική Θεωρία του Alfred Adler (1870-1937) | 11 |
| 2.1.4 Η Θεωρία της Melanie Klein (1882-1960) | 12 |
| 2.1.5 Η Διαπροσωπική Θεωρία του Harry Stack Sullivan (1892-1949) | 14 |
| 2.1.6 Η Ψυχαναλυτική Θεωρία του Jacques Lacan (1901-1981) | 16 |
| 2.1.7 Η Θεωρία του Donald Winnicott για την ανάπτυξη του παιδιού (1896-1971) | 17 |
| 2.1.8 Η Βιοκοινωνική Θεωρία του Erik Erikson (1902-1994) | 19 |
| 2.2 Θεωρίες της μάθησης για την ανάπτυξη..... | 21 |
| 2.2.1 Γνωστική-Γενετική Προσέγγιση: Η θεωρία του Jean Piaget (1896–1980) | 22 |
| 2.2.2 Η κοινωνικοπολιτισμική θεωρία του Lev Vygotsky (1896-1934) | 25 |
| 2.3 Βιολογικές και ηθολογικές θεωρίες: η εξέλιξη του είδους..... | 27 |
| 2.3.1 Ηθολογικές θεωρίες και ψυχανάλυση | 28 |
| 2.3.2 Η θεωρία του δεσμού του John Bowlby (1907-1990) | 32 |
| 2.4 Κριτική των θεωριών σχετικά με τη σχέση μητέρας-βρέφους | 37 |
| 3. Η θεωρία της Διποκειμενικότητας | 40 |
| 3.1 Η σημασία της μητρικής ομιλίας | 52 |
| 3.2 Νεογνική μίμηση | 54 |
| 3.3 Το χιούμορ στη βρεφική ηλικία..... | 58 |
| 3.4 Διατάραξη της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους..... | 63 |
| 3.5 Η ψυχοπαθολογία της μητέρας και η επίδραση της στη διποκειμενική επικοινωνία | 81 |
| 3.5.1 Μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη | 83 |
| 3.5.2 Μητέρες με Κοινωνική Φοβία | 113 |
| 3.6 Η Ιδιοσυγκρασία του βρέφους..... | 117 |
| 3.6.1 Μελέτες σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και την ψυχοπαθολογία της μητέρας..... | 121 |
| 4. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερικινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) | 135 |

| | |
|---|------------|
| 4.1 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια | 135 |
| 4.2 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ανά ηλικία | 139 |
| 4.2.1 Συμπτώματα στη βρεφική ηλικία | 139 |
| 4.2.2 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία..... | 141 |
| 4.2.3 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία..... | 142 |
| 4.2.4 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία | 144 |
| 4.2.5 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή..... | 145 |
| 4.3 Συχνότητα Εμφάνισης και Διαπολιτισμικές διαφορές..... | 146 |
| 4.4 Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ | 147 |
| 4.4.1 Γενετικοί Παράγοντες..... | 147 |
| 4.4.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες..... | 148 |
| 4.4.3 Νευροψυχολογικοί Παράγοντες | 150 |
| 4.5 Συννοσηρότητα | 151 |
| 4.5.1 Συννοσηρότητα στην παιδική ηλικία..... | 152 |
| 4.5.2 Συννοσηρότητα στην ενήλικη ζωή | 154 |
| 4.6 Εκδήλωση Συμπτωμάτων στις γυναίκες και στους άνδρες-Διαφυλικές διαφορές | 155 |
| 4.7 Η επικοινωνία των μητέρων με ΔΕΠ-Υ με τα βρέφη τους..... | 158 |
| 4.8 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Ιδιοσυγκρασία του Βρέφους | 175 |
| 5. Μεθοδολογία της έρευνας | 179 |
| 5.1 Σημαντικότητα και πρωτοτυπία της έρευνας..... | 179 |
| 5.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας..... | 181 |
| 5.3 Ερευνητικές υποθέσεις | 181 |
| 5.5 Συμμετέχοντες | 185 |
| 5.6 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων..... | 190 |
| 5.6.1 Ανίχνευση μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ..... | 190 |
| 5.6.2 Η «Κλίμακα Αυτο-αξιολόγησης Ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ» (Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist-ASRS-V1.1) | 191 |
| 5.6.3 Το «Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους» (Infant Behavior Questionnaire-IBQ-R short form)..... | 195 |
| 5.7 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων..... | 201 |
| 5.8 Ανάλυση Δεδομένων | 205 |
| 5.8.1 Κωδικοποίηση..... | 206 |
| 5.8.2 Ορισμοί και Κριτήρια Συγχρονισμού | 207 |
| 5.8.3 Είδη εναλλαγών σειράς και συμπεριφορών..... | 209 |
| 5.8.4 Είδη παιχνιδιού | 211 |
| 6. Αποτελέσματα | 213 |

| | |
|--|-----|
| 6.1 Τ τεστ για ανεξάρτητα δείγματα: σύγκριση μεταξύ ομάδων..... | 213 |
| 6.1.1 Διάρκειες συμπεριφορών των συμμετεχόντων..... | 214 |
| 6.1.1.1 Συνολική διάρκεια συμπεριφορών της μητέρας σε επεισόδιο συντονισμού..... | 214 |
| 6.1.1.2 Συνολική διάρκεια συμπεριφορών του βρέφους σε επεισόδιο συντονισμού..... | 215 |
| 6.1.1.3 Συνολική διάρκεια συγχρονισμού μεταξύ των ομάδων..... | 217 |
| 6.1.1.4 Συνολική Διάρκεια Επεισοδίων μεταξύ των ομάδων | 218 |
| 6.1.1.5 Συνολική διάρκεια Λανθάνουσας Περιόδου μεταξύ των ομάδων | 220 |
| 6.1.1.6 Συνολική διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς μεταξύ των ομάδων..... | 221 |
| 6.1.2 Είδη συμπεριφορών μητέρας-βρέφους | 223 |
| 6.1.2.1 Μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα | 223 |
| 6.1.2.2 Μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα | 224 |
| 6.1.2.3 Πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα..... | 225 |
| 6.1.2.4 Πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα | 227 |
| 6.1.3 Είδη παιχνιδιού | 229 |
| 6.1.3.1 Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο | 229 |
| 6.1.3.2 Παράλληλο παιχνίδι..... | 230 |
| 6.1.3.4 Διαπροσωπικό παιχνίδι..... | 231 |
| 6.1.3.5 Σύγκλιση ενδιαφέροντος..... | 232 |
| 6.1.3.6 Χιούμορ | 233 |
| 6.1.3.7 Αλληλοσυντονισμός προσοχής..... | 234 |
| 6.1.4 Έναρξη Συμπεριφοράς..... | 236 |
| 6.1.5 Διαστάσεις της Ιδιοσυγκρασίας..... | 241 |
| 6.2 T-test εξαρτημένου δείγματος: διαφορές μεταβλητών ανάμεσα στις ηλικίες μεταξύ της ίδιας ομάδας | 243 |
| 6.2.1 Δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ | 244 |
| 6.2.1.1 Μεταβλητές του χρόνου | 244 |
| 6.2.1.1.1 Διαφορές της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας ανάμεσα στις ηλικίες..... | 244 |
| 6.2.1.1.3 Διαφορές της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού ανάμεσα στις ηλικίες | 245 |
| 6.2.1.1.4 Διαφορές της συνολικής διάρκειας επεισοδίου ανάμεσα στις ηλικίες..... | 246 |
| 6.2.1.1.5 Διαφορές της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στις ηλικίες | 246 |
| 6.2.1.1.6 Διαφορές της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανάμεσα στις ηλικίες..... | 247 |
| 6.2.1.2 Είδη συμπεριφορών μητέρας-βρέφους | 248 |

| | |
|--|-----|
| 6.2.1.2.1 Διαφορές των μονών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες | 248 |
| 6.2.1.2.2 Διαφορές των μονών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 248 |
| 6.2.1.2.3 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 249 |
| 6.2.1.2.4 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 249 |
| 6.2.1.3 Είδη παιχνιδιού | 250 |
| 6.2.1.3.1 Διαφορές της διάρκειας απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο ανάμεσα στις ηλικίες..... | 250 |
| 6.2.1.3.2 Διαφορές της διάρκειας του παράλληλου παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες | 250 |
| 6.2.1.3.3 Διαφορές της διάρκειας του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες | 251 |
| 6.2.1.3.4 Διαφορές της διάρκειας της σύγκλισης ενδιαφέροντος ανάμεσα στις ηλικίες | 251 |
| 6.2.1.3.5 Διαφορές της διάρκειας του χιούμορ ανάμεσα στις ηλικίες..... | 251 |
| 6.2.1.3.6 Διαφορές της διάρκειας του αλληλοσυντονισμού της προσοχής ανάμεσα στις ηλικίες..... | 252 |
| 6.2.1.4 Έναρξη συμπεριφοράς | 253 |
| 6.2.2 Δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ | 254 |
| 6.2.2.1 Μεταβλητές του χρόνου | 254 |
| 6.2.2.1.1 Διαφορές της διάρκειας της συμπεριφοράς της μητέρας ανάμεσα στις ηλικίες | 254 |
| 6.2.2.1.2 Διαφορές της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους ανάμεσα στις ηλικίες | 255 |
| 6.2.2.1.4 Διαφορές της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού ανάμεσα στις ηλικίες | 255 |
| 6.2.2.1.5 Διαφορές της συνολικής διάρκειας επεισοδίων ανάμεσα στις ηλικίες | 256 |
| 6.2.2.1.6 Διαφορές της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στις ηλικίες | 257 |
| 6.2.2.1.7 Διαφορές της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς ανάμεσα στις ηλικίες..... | 258 |
| 6.2.2.2 Είδη συμπεριφοράς | 258 |
| 6.2.2.2.1 Διαφορές των μονών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες | 259 |
| 6.2.2.2.2 Διαφορές των μονών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 259 |
| 6.2.2.2.3 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 259 |

| | |
|---|-----|
| 6.2.2.2.4 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες..... | 260 |
| 6.2.2.3 Είδη παιχνιδιού | 261 |
| 6.2.2.3.1 Διαφορές απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο ανάμεσα στις ηλικίες..... | 261 |
| 6.2.2.3.2 Διαφορές του παράλληλου παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες..... | 261 |
| 6.2.2.3.2 Διαφορές του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες..... | 261 |
| 6.2.2.3.3 Διαφορές της σύγκλισης ενδιαφέροντος ανάμεσα στις ηλικίες..... | 262 |
| 6.2.2.3.4 Διαφορές του χιούμορ ανάμεσα στις ηλικίες..... | 262 |
| 6.2.2.3.5 Διαφορές του αλληλοσυντονισμού της προσοχής ανάμεσα στις ηλικίες | 262 |
| 6.2.2.4 Έναρξη πρωτοβουλίας | 264 |
| 6.3 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών | 264 |
| 6.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των τριών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας..... | 265 |
| 6.3.1.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 265 |
| 6.3.1.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 266 |
| 6.3.1.3 Συσχετίσεις της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 267 |
| 6.3.1.4 Συσχετίσεις της συνολικής διάρκειας του επεισοδίου με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 269 |
| 6.3.1.5 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας | 270 |
| 6.3.1.6 Συσχετίσεις της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 271 |
| 6.3.1.7 Συσχετίσεις των ειδών συμπεριφοράς με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 272 |
| 6.3.1.8 Συσχετίσεις των ειδών του παιχνιδιού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 275 |
| 6.3.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συγχρονισμού..... | 281 |
| 6.3.2.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη του παιχνιδιού | 281 |
| 6.3.2.2 Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη της συμπεριφοράς | 282 |
| 6.3.3 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας | 283 |
| 6.3.3.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 283 |
| 6.3.3.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τα είδη του παιχνιδιού..... | 284 |
| 6.3.3.3 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τα είδη συμπεριφοράς | 286 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 6.3.4 | Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους | 287 |
| 6.3.4.1 | Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 287 |
| 6.3.4.2 | Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τα είδη του παιχνιδιού..... | 288 |
| 6.3.4.3 | Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τα είδη συμπεριφοράς | 289 |
| 6.3.5.1 | Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 290 |
| 6.3.5.2 | Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη του παιχνιδιού..... | 291 |
| 6.3.5.3 | Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη συμπεριφοράς | 292 |
| 7. | Συζήτηση και ερμηνεία της έρευνας | 293 |
| 7.1 | Ανασκόπηση των βασικών θεωριών και των στόχων της έρευνας | 293 |
| 7.2 | Σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας | 297 |
| 7.2.2 | Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων | 297 |
| 7.2.2.1 | Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τις μεταβλητές του χρόνου | 297 |
| 7.2.2.2 | Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα είδη συμπεριφοράς..... | 301 |
| 7.2.2.3 | Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα είδη του παιχνιδιού | 302 |
| 7.2.2.4 | Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το συμμετέχοντα που παίρνει πρωτοβουλία | 303 |
| 7.2.3 | Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών | 305 |
| 7.2.3.1 | Συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας και τις μεταβλητές | 305 |
| 7.2.3.2 | Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συγχρονισμού και στις μεταβλητές | 307 |
| 7.2.3.3 | Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας και σε μεταβλητές | 308 |
| 7.2.3.4 | Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους και σε μεταβλητές | 309 |
| 7.2.3.5 | Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου και σε μεταβλητές | 310 |
| 7.3 | Σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά προηγούμενων ερευνών | 311 |
| 7.4 | Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας..... | 316 |
| 7.5 | Γενικά συμπεράσματα, Περιορισμοί της έρευνας, προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και κλινική αξία της έρευνας..... | 332 |
| 7.5.1 | Γενικά συμπεράσματα | 332 |
| 7.5.2 | Περιορισμοί της έρευνας | 333 |

| | |
|---|------------|
| 7.5.2 Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες | 335 |
| 7.5.3 Κλινική αξία της έρευνας | 337 |
| 8. Επίλογος..... | 343 |
| Βιβλιογραφία | 346 |
| Παραρτήματα..... | 369 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά μητέρας-βρέφους σε κάθε στάδιο της Δωποκειμενικότητας..... | 51 |
| Πίνακας 2: Συχνότητα εμφάνισης μορφωτικού επιπέδου των μητέρων..... | 186 |
| Πίνακας 3: Συχνότητα εμφάνισης σειράς γέννησης των μητέρων..... | 187 |
| Πίνακας 4: Ποσοστά ηλικιών των βρεφών της ομάδας ελέγχου στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)..... | 187 |
| Πίνακας 5: Ποσοστά ηλικιών των βρεφών της ομάδας με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)..... | 188 |
| Πίνακας 6: Ποσοστά ηλικιών όλων των βρεφών συνολικά στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)..... | 188 |
| Πίνακας 7: Ηλικίες των μητέρων των δύο ομάδων στους 2 μήνες..... | 189 |
| Πίνακας 8 Χρονοδιάγραμμα χορήγησης όλων των ψυχομετρικών εργαλείων της έρευνας..... | 200 |
| Πίνακας 9: Διάρκεια των μαγνητοσκοπήσεων σε κάθε ηλικία..... | 203 |
| Πίνακας 10: Ηλικίες των βρεφών στη διάρκεια της μαγνητοσκόπησης κάθε μήνα.. | 204 |
| Πίνακας 11: Χρονικό διάστημα που αναλύθηκε από τις μαγνητοσκοπήσεις σε κάθε ηλικία..... | 206 |
| Πίνακας 12: Συνοπτικός Πίνακας Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων..... | 213 |
| Πίνακας 13: Σύγκριση διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας στις δύο ομάδες..... | 214 |
| Πίνακας 14: Σύγκριση της διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους στις δύο ομάδες..... | 216 |
| Πίνακας 15: Σύγκριση διάρκειας συγχρονισμού στις δύο ομάδες..... | 217 |
| Πίνακας 16: Σύγκριση διάρκειας επεισοδίου στις δύο ομάδες..... | 219 |
| Πίνακας 17: Σύγκριση διάρκειας λανθάνουσας περιόδου στις δύο ομάδες..... | 220 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 18: Σύγκριση διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών στις δύο ομάδες..... | 222 |
| Πίνακας 19: Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης μονών εναλλαγών ίδιας τροπικότητας στις δύο ομάδες..... | 223 |
| Πίνακας 20: Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης μονών εναλλαγών διαφορετικής τροπικότητας στις δύο ομάδες..... | 224 |
| Πίνακας 21: Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης πολλαπλών εναλλαγών ίδιας τροπικότητας στις δύο ομάδες..... | 226 |
| Πίνακας 22: Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης πολλαπλών εναλλαγών διαφορετικής τροπικότητας στις δύο ομάδες..... | 228 |
| Πίνακας 23: Διαφορές αριθμού εναλλαγών στις διαφορετικές ομάδες και ηλικίες.... | 229 |
| Πίνακας 24: Σύγκριση διάρκειας των ειδών παιχνιδιού στις δύο ομάδες..... | 235 |
| Πίνακας 25: Έναρξη πρωτοβουλίας στις διαφορετικές ομάδες..... | 240 |
| Πίνακας 26: Σύγκριση βαθμολογίας των 14 διαστάσεων ιδιοσυγκρασίας στις δύο ομάδες..... | 241 |
| Πίνακας 27: Σύγκριση των βαθμολογιών των τριών ευρύτερων διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας στις δύο ομάδες..... | 243 |
| Πίνακας 28: Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ανά ηλικία..... | 244 |
| Πίνακας 29: Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία..... | 245 |
| Πίνακας 30: Διαφορές στη διάρκεια συγχρονισμού ανά ηλικία..... | 245 |
| Πίνακας 31: Διαφορές στη διάρκεια επεισοδίου ανά ηλικία..... | 246 |
| Πίνακας 32: Διαφορές στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου ανά ηλικία..... | 247 |
| Πίνακας 33: Διαφορές στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανά ηλικία..... | 247 |
| Πίνακας 34: Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία..... | 249 |
| Πίνακας 35: Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία..... | 252 |
| Πίνακας 36: Διαφορές στην έναρξη πρωτοβουλίας ανά ηλικία..... | 254 |
| Πίνακας 37: Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ανά ηλικία..... | 254 |
| Πίνακας 38: Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία..... | 255 |
| Πίνακας 39: Διαφορές στη διάρκεια συγχρονισμού ανά ηλικία..... | 256 |
| Πίνακας 40: Διαφορές στη διάρκεια επεισοδίων ανά ηλικία..... | 256 |
| Πίνακας 41: Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία..... | 257 |
| Πίνακας 42: Σύγκριση διάρκειας συμπεριφορών μεταξύ μητέρων και βρεφών στις δύο ομάδες..... | 257 |
| Πίνακας 43: Διαφορές στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανά ηλικία..... | 258 |

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 44: Διαφορές των ειδών συμπεριφοράς στις διάφορες ηλικίες..... | 260 |
| Πίνακας 45: Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία..... | 263 |
| Πίνακας 46: Διαφορές όσον αφορά το συμμετέχοντα που έπαιρνε πρωτοβουλία.... | 264 |
| Πίνακας 47: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες συμπεριφοράς της μητέρας στις διάφορες ηλικίες..... | 265 |
| Πίνακας 48: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 266 |
| Πίνακας 49: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες συμπεριφοράς του βρέφους στις διάφορες ηλικίες..... | 266 |
| Πίνακας 50: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 267 |
| Πίνακας 51: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες του συγχρονισμού στις διάφορες ηλικίες..... | 268 |
| Πίνακας 52: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια του συγχρονισμού και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 268 |
| Πίνακας 53: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες του επεισοδίου στις διάφορες ηλικίες..... | 269 |
| Πίνακας 54: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια του επεισοδίου και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 269 |
| Πίνακας 55: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες της λανθάνουσας περιόδου στις διάφορες ηλικίες..... | 270 |
| Πίνακας 56: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 271 |
| Πίνακας 57: Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς στις διάφορες ηλικίες..... | 271 |
| Πίνακας 58: Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 272 |
| Πίνακας 59: Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη συμπεριφορών στις διάφορες ηλικίες... | 273 |
| Πίνακας 60: Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη συμπεριφοράς και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 275 |
| Πίνακας 61: Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη του παιχνιδιού..... | 277 |
| Πίνακας 62: Συσχετίσεις των ειδών παιχνιδιού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας..... | 280 |
| Πίνακας 63: Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη του παιχνιδιού..... | 281 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 64: Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη της συμπεριφοράς... | 283 |
| Πίνακας 65: Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 284 |
| Πίνακας 66: Συσχετίσεις διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας με τα είδη του παιχνιδιού..... | 285 |
| Πίνακας 67: Συσχετίσεις διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας με τα είδη συμπεριφοράς..... | 286 |
| Πίνακας 68: Συσχετίσεις διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 287 |
| Πίνακας 69: Συσχετίσεις διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τα είδη του παιχνιδιού | 288 |
| Πίνακας 70: Συσχετίσεις συνολικής διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τα είδη συμπεριφοράς..... | 289 |
| Πίνακας 71: Συσχετίσεις διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τη διάρκεια συγχρονισμού..... | 290 |
| Πίνακας 72: Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη του παιχνιδιού..... | 291 |
| Πίνακας 73: Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη συμπεριφοράς | 292 |

Κατάλογος Διαγραμμάτων

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 1: Κατανομή συχνότητας για το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ανάμεσα στις δύο ομάδες..... | 186 |
| Διάγραμμα 2: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια συμπεριφορών της μητέρας σε επίπεδο συντονισμού..... | 215 |
| Διάγραμμα 3: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια του βρέφους σε επίπεδο συντονισμού..... | 216 |
| Διάγραμμα 4: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια συγχρονισμού...218 | |
| Διάγραμμα 5: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια επεισοδίων..... | 219 |

| | |
|---|-----|
| Διάγραμμα 6: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου..... | 221 |
| Διάγραμμα 7: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης | 222 |
| Διάγραμμα 8: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την εμφάνιση των μονών εναλλαγών σε ίδια τροπικότητα..... | 224 |
| Διάγραμμα 9: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα..... | 225 |
| Διάγραμμα 10: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα..... | 227 |
| Διάγραμμα 11: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικής τροπικότητας..... | 228 |
| Διάγραμμα 12: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο..... | 230 |
| Διάγραμμα 13: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια παράλληλου παιχνιδιού στις διάφορες ηλικίες..... | 231 |
| Διάγραμμα 14: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια διαπροσωπικού παιχνιδιού..... | 232 |
| Διάγραμμα 15: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια σύγκλισης ενδιαφέροντος..... | 233 |
| Διάγραμμα 16: Συνολική διάρκεια χιούμορ στις διάφορες ηλικίες..... | 234 |
| Διάγραμμα 17: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια αλληλοσυντονισμού της προσοχής..... | 235 |
| Διάγραμμα 18: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 2 μήνες..... | 237 |
| Διάγραμμα 19: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 4 μήνες..... | 238 |
| Διάγραμμα 20: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 6 μήνες..... | 239 |
| Διάγραμμα 21: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 9 μήνες..... | 240 |
| Διάγραμμα 22: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις αξιολογήσεις των μητέρων σχετικά με τις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους στους 9 μήνες..... | 242 |
| Διάγραμμα 23: Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την ιδιοσυγκρασία..... | 243 |

Ευχαριστίες

Η διατριβή αυτή είναι αποτέλεσμα προσπάθειας αρκετών χρόνων. Οφείλεται όμως σε μεγάλο βαθμό στην υποστήριξη και στη βοήθεια αρκετών ανθρώπων. Θα ήθελα να πω αρχικά ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα μου κ. Χριστίνα-Φ. Παπαηλιού, Καθηγήτρια του ΤΕ.Π.Α.Ε.Σ. Ρόδου, για την σοφή καθοδήγηση που μου προσέφερε όλα αυτά τα χρόνια, για την αμέριστη συμπαράσταση της στη συγγραφή και διεξαγωγή της έρευνας μου, αλλά πάνω από όλα για την απλότητα της ως άνθρωπο που μου επέτρεψε να μείνω συγκεντρωμένη στους στόχους μου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους επιβλέποντες καθηγητές μου καθώς και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για την πολύτιμη βοήθεια τους και τα αξιόλογα σχόλια τους που θα κρατήσω για πάντα. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου και ιδιαίτερα στη μαιευτική κλινική για την άδεια που μου χορήγησε προκειμένου να εντοπίσω τις συμμετέχουσες μητέρες της έρευνας μου. Ένα τεράστιο ευχαριστώ σε όλες τις μητέρες που με υποδέχθηκαν στο σπίτι τους για να διεξάγω την έρευνα μου: στη Δέσποινα, στην Ελευθερία, στην Κατερίνα, στη Μαρία, στη Ρένα, στη Χρύσα, στη Νίκη, στη Σοφία, στην Έμιλυ, στην Τούλα, στη Βαλαντούλα, στη Νατάσα, στην Ελένη, στη Γεωργία και στη Γεωργία. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους και όλα εκείνα που με έκαναν να είμαι αυτή που είμαι, που με βοήθησαν να συνεχίσω να προσπαθώ ακόμα και όταν όλα έμοιαζαν αδύνατα, που με στήριξαν με το δικό τους μοναδικό τρόπο. Ευχαριστώ τους γονείς μου, τους φίλους μου και τους αγαπημένους μου.

Καραγιάννη Ελένη-Μιχαλίτσα

Ρόδος, Φεβρουάριος 2019

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) ορίζεται ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία παρουσιάζει υψηλά ποσοστά κληρονομικότητας και εκδηλώνεται ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά τα συμπτώματά της μπορεί να επιμένουν καθόλη τη διάρκεια της ζωής. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείμματα σε διάφορους τομείς της ζωής τους συμπεριλαμβανομένης και της γονεϊκότητας. Η έρευνα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βρέφη και τις μητέρες τους με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποκαλύψει σημαντικά στοιχεία για την επίδραση της συμπεριφοράς της μητέρας στην εκδήλωση ή την αποφυγή εκδήλωσης παρόμοιων συμπτωμάτων στο παιδί. Ωστόσο, ο αριθμός των σχετικών ερευνών είναι εξαιρετικά περιορισμένος, ενώ η παρατήρηση εστιάζει κυρίως στη γενική διάθεση του βρέφους ή σε περιορισμένο φάσμα επικοινωνιακών λειτουργιών.

Η παρούσα νατουραλιστική μελέτη έχει ως στόχο τη διαχρονική μελέτη ποιοτικών και ποσοτικών διαστάσεων της αλληλεπίδρασης βρεφών με τις μητέρες τους που παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 15 μητέρες και τα βρέφη τους, 7 μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (ομάδα ΔΕΠ-Υ) και 8 μητέρες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (ομάδα ελέγχου). Η ανίχνευση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στις μητέρες έγινε κατ' αρχήν με τη χορήγηση της *Κλίμακας Αυτό – αξιολόγησης Ενηλίκων για ΔΕΠ-Υ* (Adult ADHD Self – Report Scale, ASRS – V1.1) και ακολούθως με τη *Διαγνωστική Συνέντευξη για ΔΕΠ-Υ σε Ενήλικες* (Diagnostic Interview for ADHD in Adults, DIVA). Οι δυάδες μητέρων–βρεφών μαγνητοσκοπήθηκαν στο σπίτι τους κατά τη διάρκεια ελεύθερου παιχνιδιού όταν τα βρέφη ήταν ηλικίας 2, 4, 6 και 9 μηνών. Επιπλέον, όταν τα βρέφη ήταν 9 μηνών, οι μητέρες συμπλήρωσαν το *Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς του Βρέφους* (Infant Behavior Questionnaire, IBQ), το οποίο αξιολογεί στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε μικροανάλυση των μαγνητοσκοπήσεων με το ψηφιακό πρόγραμμα ELAN. Ειδικότερα, καταγράφηκαν η διάρκεια του συγχρονισμού μητέρας – βρέφους και το είδος της αλληλεπίδρασης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, και στις δύο ομάδες η διάρκεια συγχρονισμού των δυάδων αύξανε με την ηλικία των βρεφών. Ωστόσο, οι δυάδες της ομάδας ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά μικρότερη διάρκεια συγχρονισμού καθόλη την

περίοδο της μελέτης, σε σύγκριση με τις δυνάδες της ομάδας ελέγχου. Όσον αφορά το είδος της αλληλεπίδρασης οι δυνάδες της ομάδας ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά συντομότερα επεισόδια διαπροσωπικού παιχνιδιού χωρίς χρήση αντικειμένου, χιούμορ αλλά και συνεργατικού παιχνιδιού, σε σύγκριση με τις δυνάδες της ομάδας ελέγχου. Αντίθετα όμως, οι δυνάδες της ομάδας ΔΕΠ-Υ παρουσίασαν εκτενέστερα επεισόδια αδιάφορου παιχνιδιού, σε σύγκριση με τις δυνάδες της ομάδας ελέγχου. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα αυτά δεν μπορούν να αποδοθούν σε στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους, εφόσον δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Επιπλέον, συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών κατέδειξαν ότι η διάρκεια συγχρονισμού σε μικρότερη ηλικία επηρεάζει τόσο τη διάρκεια συγχρονισμού σε μεγαλύτερες ηλικίες όσο και την εκδήλωση πιο περίπλοκων μορφών αλληλεπίδρασης.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συζητούνται στο πλαίσιο της Θεωρίας της Διωποκειμενικότητας σύμφωνα με την οποία τα βρέφη διαθέτουν έμφυτα κίνητρα για διαπροσωπική και συνεργατική επικοινωνία με έναν ευαίσθητοποιημένο ενήλικα. Αυτού του είδους οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις θέτουν τις βάσεις για την πολιτισμική μάθηση και τη γλωσσική ανάπτυξη. Σε περίπτωση που η επικοινωνία διαταραχθεί λόγω της μη ανταπόκρισης της μητέρας, παρατηρούνται μακροπρόθεσμα προβλήματα στην κοινωνικο-γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Επιπλέον, συζητείται η αξία της παρούσας έρευνας στην κλινική και παιδαγωγική πράξη.

Πρόλογος

Το ενδιαφέρον της συγγραφέως για την ψυχολογία των παιδιών ξεκίνησε χρόνια πριν με αφορμή τις προπτυχιακές και τις μεταπτυχιακές της σπουδές. Οι σπουδές, οι πρακτικές ασκήσεις της σε Κέντρα και Ιδρύματα για παιδιά με Ειδικές Ανάγκες, τη βοήθησαν να προσανατολιστεί στην Αναπτυξιακή Ψυχολογία αναπτύσσοντας έντονη περιέργεια για τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται, μαθαίνει και σκέφτεται ο άνθρωπος από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του. Την ενδιέφερε να μάθει "τι" μαθαίνει, "πώς" μαθαίνει, αλλά και γιατί ο άνθρωπος "δυσκολεύεται" να μάθει. Η φοίτηση της συγγραφέως σε ετήσια σεμινάρια στην ψυχιατρική και στην ψυχοπαθολογία των παιδιών, αλλά και η εργασία της τα τελευταία 6 έτη ως αναπληρώτρια Ψυχολόγος σε Ειδικά και σε Γενικά σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης την έκαναν να ευαισθητοποιηθεί απέναντι στα προβλήματα των παιδιών που τόσο αγαπά. Ως έντονα ανήσυχο πνεύμα η περιέργεια της την έκανε να διαβάσει αρκετά βιβλία, αλλά και έρευνες πάνω σε θέματα της Αναπτυξιακής Ψυχοπαθολογίας και το ενδιαφέρον της επικεντρώθηκε στη ΔΕΠ-Υ, μια διαταραχή συχνά εμφανιζόμενη στα σχολεία που εργαζόταν. Το ενδιαφέρον της συγγραφέως για τη μελέτη αυτή προέκυψε εξαιτίας όλων των παραπάνω, αλλά και λόγω της πολυετούς εμπειρίας και των πολυάριθμων μελετών των επιβλεπόντων καθηγητών της που την ενέπνευσαν να ασχοληθεί με την ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης. Εκ μέρους της συγγραφέως ένα μεγάλο ευχαριστώ στους επιβλέποντες Καθηγητές της, την κ. Παπαηλιού Χριστίνα, την κ. Μανιαδάκη Αικατερίνη και τον κ. Κάκουρο Ευθύμιο για τις ιδέες τους και την καθοδήγηση τους όλα αυτά τα χρόνια, αλλά και για την ώθηση που της δίνουν για να συνεχίσει.

1. Εισαγωγή

1.1 Αποσαφήνιση βασικών εννοιών

Η έννοια της αλληλεπίδρασης διαφοροποιείται από τις έννοιες "σχέση" και "επικοινωνία". Η επικοινωνία αναφέρεται στην ανταλλαγή ιδεών, απόψεων και συναισθημάτων ανάμεσα στον πομπό και στο δέκτη και πραγματοποιείται μέσω της ομιλίας, της εικόνας, της γραφής, της συμπεριφοράς. Δεν αφορά όμως αμοιβαία επίδραση ανάμεσα σε δύο άτομα, δηλαδή ανταλλαγή ενεργειών, πράξεων και κινήσεων. Η επικοινωνία μπορεί να πραγματοποιηθεί ανάμεσα σε ανθρώπους ή άλλα όντα και είναι συγκεκριμένη, αφού μεταφέρονται συγκεκριμένα μηνύματα και πληροφορίες. Οδηγεί δηλαδή στην επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η επικοινωνία και έπεται της αλληλεπίδρασης (Cushman & Florence, 1974; Trevarthen & Aitken, 1994).

Από την άλλη η αλληλεπίδραση αφορά την αμοιβαία επίδραση μεταξύ ατόμων. Η αλληλεπίδραση οδηγεί στην επίτευξη ενός κοινού στόχου που είναι συνήθως η επικοινωνία. Η αλληλεπίδραση δεν έχει ως αποτέλεσμα μόνο τη λεκτική επικοινωνία αλλά και την επικοινωνία μέσω ενεργειών. Για παράδειγμα σε μία αλληλεπίδραση οι άνθρωποι συζητούν μεταξύ τους και εμπλέκονται σε φυσική δραστηριότητα (Forgas & Williams, 2002; Trevarthen, 1979).

Τέλος, όσον αφορά την έννοια της "σχέσης" αυτή αναφέρεται στην επαφή μεταξύ ατόμων, χωρίς όμως να περιλαμβάνει αμοιβαία επίδραση και να οδηγεί στην επίτευξη ενός κοινού στόχου που είναι η επικοινωνία, το συναισθηματικό μοίρασμα και η κατανόηση των προθέσεων και των σκέψεων των άλλων (Berscheid, 1999; Trevarthen, 1979).

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του 90' ευρήματα του κλάδου της γνωστικής ψυχολογίας κατέδειξαν τη σημασία του κοινωνικού πλαισίου και της αλληλεπίδρασης γονέα-βρέφους, δηλαδή της δράσης που ασκούν ο ένας στον άλλο όταν εμπλέκονται σε επικοινωνία. Το βρέφος είναι ένα «σκεπτόμενο» ον, που εκτελεί και εφαρμόζει γνωστικές στρατηγικές και ενέργειες. Σύμφωνα με τη γνωστική και την αναπτυξιακή ψυχολογία τα βρέφη διαθέτουν από τη γέννηση πρώιμες αναπαραστάσεις των διαπροσωπικών εμπειριών, δηλαδή γνώση για το 'πώς πρέπει να φέρονται όταν αλληλεπιδρούν με τους άλλους'. Η γνώση αυτή δεν είναι συνειδητή και δεν μπορεί να εκφραστεί λεκτικά (Lyon-Ruth et al., 1998).

Αυτές οι πρώιμες μνήμες ή αλλιώς αλληλεπιδράσεις που εμφανίζονται από τους πρώτους μήνες ζωής και μεταφέρουν συγκινησιακά μηνύματα θεωρήθηκαν καθοριστικής σημασίας για όλους τους τομείς της γνωστικής ανάπτυξης και της σκέψης. Τα συναισθήματα του βρέφους εξαρτώνται άμεσα από το συντονισμό στην επικοινωνία με τη μητέρα του. Σύμφωνα με τον Stern και τους συνεργάτες του (1998) η ποιότητα αυτής της πρώιμης διαπροσωπικής επικοινωνίας συνδέεται άρρηκτα και επηρεάζει την ανάπτυξη βιολογικών, γνωστικών, αλλά και συναισθηματικών δομών. Οι πρώιμες μνήμες που αποτελούν αναπαραστάσεις του συναισθήματος, εκφράζονται με τις αισθήσεις, κινήσεις και συγκινήσεις (αφού ο λόγος απουσιάζει) και ενεργοποιούνται αργότερα στη ζωή (Beebe, 1998; Ledoux, 1998).

Όταν λοιπόν αναφερόμαστε στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις εννοούμε τις αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους οι οποίες πραγματοποιούνται πριν από τον πρώτο χρόνο ζωής και έχουν ως στόχο το συναισθηματικό μοίρασμα και το μοίρασμα ενδιαφερόντων (Trevarthen, 1979; 1982).

2. Θεωρίες για τη σχέση μητέρας-βρέφους

Πολλές είναι οι θεωρίες που προσπάθησαν να περιγράψουν και να εξηγήσουν τη σημαντικότητα των παιδικών βιωμάτων. Το ζήτημα αυτό εξετάστηκε με διαφορετικούς τρόπους, τόσο από ψυχαναλυτικής, όσο και από γνωστικής, ηθολογικής, κοινωνικής και εξελικτικής σκοπιάς. Ο Sigmund Freud, αποτελεί πρωτοπόρο στον τομέα αυτό, καθώς ήταν ο πρώτος που με την ψυχαναλυτική του θεωρία κατέδειξε τη σημαντικότητα των παιδικών βιωμάτων για την μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου στην ενήλικη ζωή. Ωστόσο, οι πρώτες θεωρίες που αναπτύχθηκαν δεν έδωσαν τόση μεγάλη έμφαση στη σημαντικότητα της επικοινωνίας μεταξύ μητέρας-βρέφους. Νεότερες θεωρίες έρχονται να δώσουν περισσότερο φως όσον αφορά την ανάπτυξη του νεογνού και τη σημαντικότητα της δυαδικής επικοινωνίας.

2.1 Ψυχαναλυτικές Θεωρίες

2.1.2 Η Ψυχοσεξουαλική Θεωρία του Sigmund Freud (1856-1939)

Από ψυχαναλυτικής πλευράς, ο Sigmund Freud διαμόρφωσε τη θεωρία του περί της ανθρώπινης ανάπτυξης, βασιζόμενος στις εμπειρίες του από την ψυχοθεραπεία νευρωσικών ασθενών. Ο ίδιος χρησιμοποιώντας καινοτόμες για την εποχή του επιστημονικές τεχνικές, όπως η «ύπνωση», η «ανάλυση και ερμηνεία των ονείρων» και ο «ελεύθερος συνειρμός», διαπίστωσε πως πολλές μορφές παθολογικής συμπεριφοράς στους ενήλικους πηγάζουν από τις πρώιμες εμπειρίες της ζωής τους (Cole & Cole, 2002). Ο Βιεννέζος νευρολόγος εισήγαγε ταυτόχρονα και την έννοια του «ασυνειδήτου», για να εξηγήσει παθολογικές μορφές συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τον πατέρα της ψυχανάλυσης, η συμπεριφορά μας έχει σκοπούς και βασίζεται εξολοκλήρου στην ικανοποίηση βιολογικών αναγκών που έχουν ως στόχο την εξασφάλιση της «ηδονής». Ολόκληρη η ανθρώπινη εξέλιξη βασίζεται σε μια ατελείωτη προσπάθεια για την εξασφάλιση ισορροπίας μεταξύ των εσωτερικών μας παρορμήσεων (έμφυτα σεξουαλικά και επιθετικά κίνητρα) και των κοινωνικών επιταγών. Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς χειρίζονται αυτά τα έμφυτα ένστικτα των παιδιών τους, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας τους (Shaffer, 2004).

Κατά τον Freud ο ψυχισμός μας αποτελείται από τρία βασικά μέρη: το Εγώ, το Εκείνο και το Υπερεγώ. Τα μέρη αυτά εξελίσσονται διαφορετικά, αλλά τελικά ενοποιούνται. Το Εγώ, αποτελεί το συνειδητό μέρος, το λογικό και λειτουργεί με βάση την *αρχή της πραγματικότητας*. Περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα, τη σκέψη, τη μνήμη, τη μάθηση, τις γλωσσικές ικανότητες κ.τ.λ. Το Εκείνο, αφορά την έννοια του ασυνειδήτου και λειτουργεί με βάση την *αρχή της ευχαρίστησης*. Κεντρικός δηλαδή ρόλος του ασυνειδήτου, είναι να ικανοποιήσει και να εκφράσει τα βιολογικά ένστικτα, άμεσα. Τέλος, το Υπερεγώ, αναπτύσσεται στις ηλικίες μεταξύ 3-6 ετών και αποτελεί την έδρα της συνείδησης. Το Υπερεγώ αποτελεί το σύνολο των κανόνων συμπεριφοράς που επιβάλλονται από την κοινωνία, είναι το «ηθικό μέρος» της προσωπικότητας. Ανάμεσα στο Εκείνο και το Υπερεγώ βρίσκεται το Εγώ, σε μια αγωνιώδη προσπάθεια να διατηρήσει την ισορροπία του ψυχισμού. Το Εγώ είναι το μέρος της προσωπικότητας που προσπαθεί να χαλιναγωγήσει το παρορμητικό Εκείνο, βρίσκοντας ρεαλιστικούς τρόπους ικανοποίησης των εσωτερικών του παρορμήσεων ανάλογα με τις επιταγές του Υπερεγώ. (Cole & Cole, 2002; Shaffer, 2004).

Για τον Freud, σημαντικότερο ένστικτο ήταν το ένστικτο της ηδονής, με την ευρεία όμως έννοια, καθώς περικλείει δραστηριότητες, όπως ο θηλασμός του δακτύλου ή η ούρηση. Αυτό που ώθησε τον Freud να μελετήσει τα ψυχοσεξουαλικά στάδια, ήταν η εμφάνιση φαινομένων σεξουαλικότητας στην παιδική και βρεφική ηλικία (Κανελλοπούλου, 2007). Ο Freud υποστήριξε πως η ανάπτυξη μας είναι ασυνεχής, αναπτύσσεται δηλαδή σε διαδοχικά στάδια. Η ψυχοσεξουαλική θεωρία, βασίστηκε στην πεποίθηση ότι σε κάθε στάδιο το άτομο αποζητά την ικανοποίηση της σεξουαλικής ορμής προκειμένου να εξασφαλίσει ισορροπία, ανάμεσα στην εσωτερική παρώθηση και την κοινωνική πραγματικότητα. Η ικανοποίηση αυτή εμφανίζεται σε κάθε στάδιο με διαφορετική μορφή και αφορά διαφορετική περιοχή του σώματος και διαφορετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση για την φυσιολογική ανάπτυξη της προσωπικότητας, είναι η επιτυχής ικανοποίηση της ορμής του κάθε σταδίου, χωρίς να συγκρούεται με τις κοινωνικές επιταγές (Cole & Cole, 2002; Shaffer, 2004; Κανελλοπούλου, 2007).

Σύμφωνα με την ψυχοσεξουαλική θεωρία, οι γονείς πρέπει να τηρούν σε κάθε στάδιο μια ισορροπημένη στάση, όντας ούτε υπερβολικοί, αλλά ούτε και ανεπαρκείς στην ικανοποίηση των αναγκών των παιδιών τους. Σε αντίθετη περίπτωση το παιδί, ψάχνοντας υποκατάστατο, μπορεί να «καθλωθεί» σε προηγούμενο εξελικτικό στάδιο (ή σε μια δραστηριότητα) και να μην αναπτυχθεί φυσιολογικά (Cole & Cole, 2002). Χαρακτηριστικό παράδειγμα, ένα παιδί που θα τιμωρηθεί αυστηρά για το πιπίλισμα των δακτύλων του, μπορεί να εξελιχθεί μεγαλώνοντας σε μανιώδη καπνιστή (Shaffer, 2004).

Για τον Freud, τα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου (Κανελλοπούλου, 2007). Στα χρόνια

αυτά διακρίνονται τρία στάδια: το στοματικό (γέννηση-1^ο έτος), το πρωκτικό (1^ο-3^ο έτος) και το φαλλικό (3^ο-6^ο έτος).

Αναφορικά με το πρώτο στάδιο, αυτό επικεντρώνεται στο στόμα, καθώς τα βρέφη αντλούν ευχαρίστηση από το θηλασμό και το μάσημα (Shaffer, 2004). Στο **στοματικό στάδιο (γέννηση έως 1^ο έτος)**, τα βρέφη παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη εξάρτηση (Cole & Cole, 2002). Το βρέφος αποκτά την πρώτη του επαφή με τον κόσμο διαμέσου το στόματος, με το θηλασμό του δακτύλου ή του μητρικού στήθους και αυτό αποτελεί για το βρέφος, μέρος του εαυτού του. Από την ηλικία του **1^{ου} έως του 3^{ου} έτους**, ξεκινά το **πρωκτικό στάδιο**. Τώρα η ερωτογενής ζώνη μετατίθεται στον πρωκτό και το σεξουαλικό ένστικτο (libido) ικανοποιείται με την ούρηση και την αφόδευση. Κύρια χαρακτηριστικά του σταδίου αυτού είναι η τάση για αυτονομία και ο αρνητισμός. Προχωρώντας στο **φαλλικό στάδιο (3-7 ετών)**, κύριο χαρακτηριστικό είναι ο αυτοερωτισμός, η απόλαυση αντλείται δηλαδή από τη διέγερση των γεννητικών οργάνων. Η ηλικία αυτή σηματοδοτεί την επίγνωση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα και χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη αγάπη του παιδιού προς το γονέα του αντίθετου φύλου με μια αιμομικτική επιθυμία (Cole & Cole, 2002). Τα παιδιά στην ηλικία αυτή εμφανίζουν αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα γεννητικά τους όργανα. Τα αγόρια συνειδητοποιούν πως το κορίτσι δεν έχει πέος, γεγονός που οδηγεί στο φόβο ότι θα χάσουν το πέος τους (άγχος ευνουχισμού). Ο πατέρας γίνεται αντίζηλος της αγάπης τους προς τη μητέρα και το αγόρι βιώνει έντονα συναισθήματα φόβου και ενοχής για αυτές του τις διαθέσεις (Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα). Με ανάλογο τρόπο, το κορίτσι προσκολλάται στον πατέρα και η μητέρα γίνεται ο αντίζηλος (Σύμπλεγμα της Ηλέκτρας). Το κορίτσι κατηγορεί τη μητέρα για την έλλειψη πέους (φθόνος του πέους) και αισθάνεται πως αν αποκτήσει παιδί από τον πατέρα, θα επανακτήσει το χαμένο όργανο. Στο τέλος του φαλλικού σταδίου πραγματοποιείται ταύτιση με το γονέα του

ίδιου φύλου, γεγονός που σηματοδοτεί και τη λύση του συμπλέγματος (Pervin et al., 2001). Κατά το στάδιο της **λανθάνουσας σεξουαλικότητας (7-11 ετών)**, η σεξουαλικές ορμές καταστέλλονται προσωρινά και διοχετεύονται στις σχολικές δραστηριότητες και το έντονο παιχνίδι (Pervin et al., 2001; Shaffer, 2004). Η φάση αυτή είναι μια περίοδος εσωτερικής ηρεμίας, πριν την απότομη έναρξη της ήβης (Cole & Cole, 2002). Τέλος στο στάδιο της **ετερόφυλης σεξουαλικότητας ή γεννητικό στάδιο (12 έτη και πάνω)** με την έναρξη της ήβης και των σεξουαλικών ορμών το άτομο στρέφεται προς τα μέλη του αντίθετου φύλου. Στόχος εδώ αποτελεί η έκφραση των σεξουαλικών ορμών των εφήβων με ηθικά αποδεκτούς από την κοινωνία τρόπους (Shaffer, 2004). Συναισθήματα εξάρτησης και οιδιπόδειες συγκρούσεις που δεν είχαν επιλυθεί σε προηγούμενα στάδια, κάνουν ξανά την εμφάνιση τους εδώ. Η έξαρση της εφηβείας έχει αποδοθεί από τον Freud στην επιστροφή των συγκρούσεων αυτών (Pervin et al., 2001).

Η ψυχαναλυτική θεωρία δίνει τεράστια έμφαση στη σχέση μεταξύ γονέα-παιδιού και ιδιαίτερα μεταξύ μητέρας και παιδιού, γεγονός για το οποίο έλαβε τεράστια αναγνώριση. Ωστόσο, οι απόψεις του Freud βασίστηκαν κατά κύριο λόγο σε ασθενείς που έπασχαν από ψυχιατρικές διαταραχές (υστερία) και που τα βιώματά τους ενδέχεται να μην ισχύουν για τους περισσότερους ανθρώπους. Επιπλέον, η εξίσωση του κάθε σταδίου με μια ερωτογενή ζώνη έχει αμφισβητηθεί. Στη βρεφική ηλικία για παράδειγμα δεν είναι μόνο το στόμα πηγή ευχαρίστησης, αλλά και το άγγιγμα και το βλέμμα (Bateman et al., 2001; Shaffer, 2004). Όπως αναφέρει και ο Stern (1985), το βρέφος δεν είναι απαραίτητα απόλυτα εξαρτώμενο από τους γονείς του. Μπορεί να πάρει πρωτοβουλίες και να εκφράσει τις επιθυμίες του χωρίς να χρησιμοποιήσει τη γλώσσα. Με την αποστροφή του βλέμματος στους 4 μήνες, με χειρονομίες στους 7 μήνες και με απομάκρυνση στους 14 μήνες (Bateman et al., 2001). Επιπλέον, η θεωρία

του Freud δέχθηκε κριτική όσον αφορά την ύπαρξη των εγγενών ενστίκτων. Η ανάπτυξη δεν είναι προκαθορισμένη, αλλά αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του αναπτυσσόμενου οργανισμού και των περιβαλλοντικών επιδράσεων (Erikson, 1968).

Πολλοί θεωρητικοί ήρθαν λοιπόν, να αμφισβητήσουν ορισμένες από τις απόψεις του Freud, όπως την έμφαση στα ενδογενή βιολογικά αίτια και την παθητικότητα του βρέφους, καθώς και τον πανσεξουαλισμό της θεωρίας του πατέρα της ψυχανάλυσης.

2.1.3 Η Ατομική Θεωρία του Alfred Adler (1870-1937)

Η ατομική ψυχολογία του Adler βασίστηκε στην τελολογική ερμηνεία της συμπεριφοράς: ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον και οι πράξεις του κατευθύνονται σε κάποιο σκοπό (κοινωνική προοπτική). Στόχος του ατόμου είναι η κοινωνική αποδοχή και η αναγνώριση. Μη ικανοποίηση της επιθυμίας αυτής οδηγεί σε *σύμπλεγμα κατωτερότητας* (Pervin et al., 2001). Με φαινομενολογική προσέγγιση (δηλαδή ανάλογα με το πώς βιώνεται από το ίδιο το άτομο και όχι με αντικειμενικούς τρόπους), το άτομο υιοθετεί ένα συγκεκριμένο *τρόπο ζωής*. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει τις αξιολογήσεις για τον ίδιο μας τον εαυτό, για τους σημαντικούς άλλους και για τον κόσμο που μας περιβάλλει. Η κατανόηση της παιδικής λοιπόν συμπεριφοράς βασίζεται εξολοκλήρου στον *τρόπο ζωής* που έχει υιοθετήσει το κάθε παιδί, στους *σκοπούς* που επιδιώκει και στον τρόπο με τον οποίο το ίδιο προσλαμβάνει τα ερεθίσματα και *βιώνει* συγκεκριμένες καταστάσεις. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού παίζει το *οικογενειακό ψυχολογικό κλίμα* και συγκεκριμένα οι σχέσεις μεταξύ των μελών και η προσωπικότητα τους. Τέλος, η σύνθεση της οικογένειας (μέγεθος και σειρά γέννησης) επηρεάζει με τη σειρά της την ανάπτυξη του παιδιού (Cole & Cole, 2002). Η

μεγαλύτερη διαφοροποίηση του Adler από τον Freud έγκειται στην έμφαση που έδινε στις κοινωνικές ορμές και στις συνειδητές σκέψεις, παρά στο ασυνείδητο και τις βιολογικές ορμές. Επιπλέον, η άποψη της ατομικής ψυχολογίας ότι οι άνθρωποι γεννιούνται με έμφυτο κοινωνικό ενδιαφέρον, την επιθυμία δηλαδή να αναπτύξουν σχέσεις με τους άλλους, ενισχύει την άποψη ότι το βρέφος είναι περισσότερο ενεργητικό παρά παθητικό (Pervin et al., 2001). Παρόλο που πολλές από τις ιδέες του Adler βρήκαν απήχηση, η σχολή της ατομικής ψυχολογίας δεν άσκησε ιδιαίτερη επιρροή στις θεωρίες και έρευνες αναφορικά με την προσωπικότητα.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες που παρουσιάστηκαν ως τώρα, έδωσαν έμφαση στα παιδικά βιώματα, αλλά βασίστηκαν περισσότερο σε περιστατικά ενηλίκων. Κάποιοι νεοφροϋδιστές, επέλεξαν να επικεντρωθούν στη βρεφική ηλικία και ειδικότερα στη σχέση της μητέρας με το βρέφος της, η οποία φαίνεται να διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη μετέπειτα ανάπτυξη της προσωπικότητας. Οι ψυχαναλυτές αυτοί ήταν: η Melanie Klein, ο Harry Stack Sullivan, ο Erik Erikson, ο Donald Winnicott και ο Jacques Lacan.

2.1.4 Η Θεωρία της Melanie Klein (1882-1960)

Σε αντίθεση με τον Freud, η Melanie Klein στρέφει την προσοχή της στους πρώτους μήνες ζωής του βρέφους, ισχυριζόμενη πως οι οιδιπόδειες συγκρούσεις εμφανίζονται από τον πρώτο χρόνο ζωής (Bateman et al., 1995).

Μαζί με την Anna Freud, η Klein ήταν από τις πρώτες ψυχολόγους που εφάρμοσαν την ψυχανάλυση στα παιδιά (Κανελλοπούλου, 2007). Χρησιμοποιώντας τα παιχνίδια ως μέσω ανάλυσης της συμπεριφοράς, μελέτησε με βάση τις ψυχαναλυτικές αρχές τον εσωτερικό κόσμο από τη βρεφική ηλικία ως το πρωκτικό στάδιο. Σύμφωνα με την

Klein, το παιχνίδι θεωρείται μέσο έκφρασης του ασυνειδήτου, όπως ακριβώς είναι και τα όνειρα (Bateman et al., 1995).

Οι δυο ψυχαναλύτριες ακολούθησαν όμως διαφορετικούς δρόμους, καθώς η Anna Freud, θεώρησε πως με τη χρήση παιχνιδιών ο ψυχαναλυτής ασκεί περισσότερο την παιδαγωγική, παρά την ψυχολογία. Ενώ η κόρη του Freud επικεντρώνεται στην περίοδο του Οιδιπόδειου συμπλέγματος, η Klein δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις πρώιμες συγκρούσεις του βρέφους σε σχέση με τη μητέρα (Bateman et al., 1995). Υποστηρίζει επίσης, πως πριν την Οιδιπόδεια περίοδο, υπάρχει η προ-Οιδιπόδεια φάση. Όταν το βρέφος αναγνωρίζει τη μητέρα ως ολότητα, αντιλαμβάνεται και την παρουσία του πατέρα, γεγονός που προκαλεί συγκρούσεις στον ψυχισμό του (Κανελλοπούλου, 2007).

Το «καλό αντικείμενο» και το «κακό αντικείμενο»

Το μητρικό στήθος, αποτελεί για το βρέφος το πρώτο αντικείμενο με βάση το οποίο ικανοποιεί τις ενδογενείς του στοματικού σταδίου. Όπως αναφέρει η M. Klein (1957): *«το βρέφος έρχεται στον κόσμο με την έμφυτη ασυνείδητη επίγνωση για την ύπαρξη της μητέρας»*. Με τη διαδικασία της ενδοβολλής, το παιδί βιώνει το μητρικό στήθος ως μέρος του εαυτού του. Κατά την Klein, το αντικείμενο αυτό γίνεται «καλό» όταν δίνει τροφή και «κακό» όταν την στερεί. Έτσι το παιδί δημιουργεί σε φαντασιακό επίπεδο, τη φαντασίωση του «καλού» (*αρχή της ευχαρίστησης*), ή του «κακού» αντικειμένου (*ένστικτο του θανάτου*) (Κανελλοπούλου, 2007). Σταδιακά το βρέφος βιώνει αμφιθυμικά συναισθήματα, καθώς το αντικείμενο-μητρικό στήθος, είναι «καλό» και «κακό» ταυτόχρονα. Το βρέφος βιώνει τότε το εξωτερικό στήθος, ως απειλητικό και τότε είναι που εμφανίζει καταστρεπτική τάση, δαγκώνοντας το. Το βρέφος αισθάνεται

απειλή απέναντι στο μητρικό στήθος («κακό αντικείμενο») το οποίο απειλεί να καταβροχθίσει τόσο το «καλό αντικείμενο», όσο και το ίδιο το βρέφος. Αυτή η διχοτόμηση του μητρικού στήθους σε καλό και κακό αντικείμενο και τα αμφιθυμικά συναισθήματα του βρέφους ως προς αυτό ονομάστηκε από την Klein «καταδιωκτική θέση» ή «παρανοειδής-σχιζοειδής θέση» (Κανελλοπούλου, 2007). Όσο το «καλό αντικείμενο» παίζει θετικό ρόλο, προσφέρει στο βρέφος προστασία και ζεστασιά, τόσο το βρέφος ξεπερνά την «καταδιωκτική θέση». Σε αυτό υποβοηθά η αντίληψη του βρέφους πως η μητέρα του είναι ξεχωριστό άτομο, που είναι είτε καλό, είτε κακό. Τα αμφιθυμικά συναισθήματα του παιδιού για τη μητέρα, κάτι το οποίο η M. Klein ονόμασε «διχοτόμηση του αντικειμένου», συμπληρώνονται με το φόβο πως το *άγχος της καταδίωξης* θα έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του αντικειμένου που τόσο αγαπάει. Τότε είναι που το παιδί καταφέρνει να διαχωρίσει τα συναισθήματα του για τη μητέρα, με την προϋπόθεση όμως πως εκείνη θα προσφέρει φροντίδα και αγάπη στο παιδί, η οποία σταδιακά θα εξαλείψει τα «καταθλιπτικά του συναισθήματα» (Bateman et al., 1995; Κανελλοπούλου, 2007).

Η συμβολή της Melanie Klein είναι αδιαμφισβήτητη. Η Klein αποτελεί μία από τις πρώτες αναλύτριες που ασχολείται με τη βρεφική ηλικία και που εμβαθύνει τόσο στον τρόπο με τον οποίο το παιδί βιώνει τον κόσμο στις αρχές της ζωής του.

2.1.5 Η Διαπροσωπική Θεωρία του Harry Stack Sullivan (1892-1949)

Η «διαπροσωπική θεωρία» του Sullivan υποστηρίζει πως υγιές, είναι το άτομο που έχει την ικανότητα να αναπτύσσει στενές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, που βιώνει την αποδοχή και την αμοιβαιότητα (Feist, 2008). Η διαπροσωπική ανάπτυξη διέρχεται από 7 στάδια, από τη βρεφική ηλικία έως την ώριμη ενήλικη ζωή.

Βρεφική ηλικία ονομάζεται η περίοδος από τη γέννηση ως την κατάκτηση του ενδοκρινούς λόγου στο πρώτο έτος (Evans, 1994; Reddy, 2011). Σύμφωνα με τον Sullivan, η ανάγκη του βρέφους για ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων είναι παρούσα από τη γέννηση και απαραίτητη για την επιβίωσή του (Evans, 1994). Σύμφωνα με το «θεώρημα της τρυφερότητας», το παιδί βιώνει τη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στην ανακούφιση του ίδιου, ως ικανοποίηση και ως τρυφερότητα. Πέρα όμως από την ανάγκη για ικανοποίηση των αναγκών το βρέφος έχει και την ανάγκη για ασφάλεια (Feist, 2008). Μία από τις πρώτες φοβικές αντιδράσεις του βρέφους, προέρχεται από τη μη ικανοποίηση των έντονων αναγκών του και από το φόβο και την οργή που αυτή προκαλεί. Με το κλάμα το βρέφος εκφράζει την ανάγκη που έχει για βοήθεια από το κύριο πρόσωπο φροντίδας. Όταν το κάλεσμα για διαπροσωπική συνεργασία δεν βρίσκει ανταπόκριση ή βρίσκει με εχθρικό τρόπο, είναι δυνατό να αναπτύξει το βρέφος απάθεια. Στον μηχανισμό όπου το βρέφος αγνοεί το μακροχρόνιο σοβαρό άγχος, οδηγείται σε απόσβεση της έντασης για ικανοποίηση αναγκών ή του άγχους. Το βρέφος στην περίπτωση αυτή πέφτει για ύπνο. Για τον Sullivan, υπάρχει όμως διαφορά μεταξύ της «μη ανταπόκρισης» και της «εχθρότητας». Η «εχθρότητα» αφορά την καταστροφική διαπροσωπική παρουσία και η μητρότητα βλάπτει και προκαλεί φόβο στο βρέφος. Το άγχος είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο χαρακτηριστικό για το βρέφος που προκαλείται διότι δε μπορεί να καταστρέψει, να αφαιρέσει, να αποφύγει ή να φανεί ουδέτερο στην πηγή του άγχους (τη μητέρα). Αντίθετα, το κλάμα φέρνει περισσότερο άγχος ως προς την εχθρική μητρότητα. Το υπερβολικό άγχος οδηγεί σε αποδιοργάνωση και αποσύνδεση, συναισθήματα που είναι καθοριστικά για τη μετέπειτα συναισθηματική κατάσταση του ατόμου στην ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα, η παρατεταμένη έκθεση στο άγχος, έχει για τον Sullivan αρνητικές επιδράσεις, τόσο στο «αίσθημα της ασφάλειας», όσο και στη γνωστική ανάπτυξη του

παιδιού. Το άγχος μπορεί να επηρεάσει και την *τάση για ικανοποίηση των αναγκών* του βρέφους (Evans, 1994; Reddy, 2011). Ο Sullivan αντιτίθεται στον «φυσιολογικό αυτισμό του βρέφους» του Freud (1911) και της Mahler (Mahler 1968; Mahler, Pine & Bergman, 1975), πιστεύοντας πως η κατάλληλη μητρική συμπεριφορά μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των εξωτερικών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Sullivan, η ανάπτυξη της *αίσθησης του εαυτού* και του *άγχους*, σχετίζονται άμεσα με την πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους (Pervin et al., 2001). Ένα παιδί, διαμορφώνει την έννοια του εαυτού του βασιζόμενο σε αυτές τις *αντανακλαστικές εκτιμήσεις*. Στον *καλό εαυτό*, η θηλή ικανοποιεί τις ανάγκες της πείνας. Παρόλο που η βιολογική όμως μητέρα μπορεί να είναι τρυφερή και περιποιητική, όλα τα βρέφη βιώνουν την *κακή-μητέρα*. Αργότερα όταν τα βρέφη ωριμάζουν, κατανοούν πως η μητέρα τους είναι καλή και συνεργάσιμη (Evans, 1994; Reddy, 2011).

2.1.6 Η Ψυχαναλυτική Θεωρία του Jacques Lacan (1901-1981)

Ο Lacan, διακρίνει 3 βασικά πεδία: «το Πραγματικό», «το Φαντασιακό» και «το Συμβολικό». Τα πεδία αυτά αντιστοιχούν θα λέγαμε στα τρία μέρη του ψυχισμού, όπως και το Εγώ-Εκείνο-Υπερεγώ του Freud. Οι τρεις τάξεις είναι εμφανώς ετερογενείς μεταξύ τους, η κάθε μία ορίζεται πάντα σε σχέση με τις άλλες, αλλά είναι αλληλένδετες: σαν τρεις κρίκοι στη σειρά, ο ένας μπλεγμένος μέσα στον άλλο. Αν «λυθεί» ο ένας, τότε θα «λυθούν» και οι άλλοι δύο. Εν ολίγοις τα τρία αυτά πεδία, υπάρχουν σε όλα τα φαινόμενα (Lacan, 1949). Υπεύθυνη για την είσοδο του παιδιού στο συμβολικό στάδιο είναι κατά βάση η μητέρα. Το «στάδιο του καθρέφτη», όπως ονομάστηκε συντελείται μεταξύ του 6^{ου} και του 8^{ου} μήνα ζωής. Είναι το χρονικό σημείο

στο οποίο το παιδί βιώνει τον κατακερματισμό του σώματος του, αφού δεν μπορεί να αντιληφθεί ως ολότητα τον εαυτό του στον καθρέφτη. Το παιδί αντιλαμβάνεται την αντανάκλασή του αλλά προσπαθεί να πιάσει το είδωλο του στον καθρέφτη (Lacan, 1949). Σταδιακά όμως μέχρι τον 18^ο μήνα ζωής, το παιδί ξεπερνά τις φαντασιώσεις του κομματιασμένου κορμιού του και αρχίζει να δημιουργεί ταυτίσεις με το είδωλο του. Μέσα από τις διαδοχικές ταυτίσεις, από το 2^ο χρόνο ζωής και μετά, το παιδί φτάνει στο σημείο να βιώνει τον εαυτό του ως ολοκληρωμένο, αναγνωρίζει την εικόνα του δικού του σώματος και δεν αισθάνεται ‘κομματιασμένο’ όπως συνέβαινε κατά το φαντασιακό επίπεδο (Lacan, 1949). Κατά το στάδιο αυτό το παιδί ταυτίζεται με το είδωλο του. (Κανελλοπούλου, 2007).

Μετά τους 2,5 μήνες, «το στάδιο του καθρέφτη» θα πρέπει να οδηγήσει σε μια ακόμα σύγκρουση που είναι το Οιδιπόδειο. Το παιδί πρέπει να λύσει επιτυχώς το σύμπλεγμα για να πραγματοποιηθεί η μετάβαση στο συμβολικό στάδιο που συμπέφτει με την κατάκτηση της γλώσσας (Bateman & Holmes, 2001). Εδώ μετά την πρωτογενή ταύτιση με τον εαυτό, εμφανίζεται μια δευτερογενής ταύτιση, η ταύτιση με το γονέα του ίδιου φύλου. Με την πραγματοποίηση της ταύτισης αυτής έρχεται η τριαδικότητα, δηλαδή το τρίγωνο εγώ-άλλος-αντικείμενο (Κανελλοπούλου, 2007).

2.1.7 Η Θεωρία του Donald Winnicott για την ανάπτυξη του παιδιού (1896-1971)

Ο Winnicott υποστήριξε πως αν τα βρέφη μεγαλώσουν σε ένα περιβάλλον κατάλληλο, τόσο συναισθηματικά όσο και βιολογικά, τότε αυτά θα αναπτυχθούν φυσιολογικά (Rodman, 2003). Το περιβάλλον αυτό ονομάστηκε «διευκολυντικό», καθώς στηρίζει και επιτρέπει την εξέλιξη του ατόμου και αναφέρεται πρωτίστως στη μητέρα, η οποία οφείλει να παρουσιάσει το παιδί στον εξωτερικό κόσμο. Ένα μη

υποστηρικτικό περιβάλλον οδηγεί στη δημιουργία συναισθημάτων ανασφάλειας και είναι πολύ πιθανό το άτομο κατά την ενήλικη ζωή του να παρουσιάσει αντικοινωνική συμπεριφορά. Η πρωταρχική σχέση μητέρας-βρέφους είναι για τον προηγούμενο εξαιρετικής σημασίας, καθώς το μωρό δεν μπορεί να υπάρξει μόνο του αλλά είναι στην ουσία μέρος μιας σχέσης (Winnicott, 1960). Ο Winnicott διακρίνει τρία είδη εξάρτησης του βρέφους από τη μητέρα (Winnicott, 1945): α. τη συγκρότηση-απαρτίωση (intergration), β. την προσωποποίηση (personalization) και γ. την αναφορά-σχέση με αντικείμενο (object-relating). Η **συγκρότηση-απαρτίωση (0-1 έτος)** αναφέρεται στην *απόλυτη εξάρτηση* και συμπίπτει με τη φάση του *κρατήματος* (holding). Το 'κράτημα', στο οποίο ο Winnicott, δίνει μεγάλη σημασία, έχει και συναισθηματική χροιά (Borg, 2013). Αναφέρεται σε οτιδήποτε «είναι και κάνει μια **«αρκετά καλή μητέρα»**. Χωρίς αυτό, το βρέφος αδυνατεί να αναπτύξει την έμφυτη ικανότητα του για ανεξαρτησία (Winnicott, 1960). Ως αποτέλεσμα, το βρέφος βιώνει αυτό που ονομάστηκε **υποκειμενική παντοδυναμία (subjective omnipotence -'me')**. Βιώνει το εγώ του ως *όλο* με τη μητέρα. Ως αποτέλεσμα το βρέφος αναπτύσσει προοδευτικά ένα αίσθημα ασφάλειας και μια εμπιστοσύνη για τον εσωτερικό κόσμο αλλά και για αυτόν που το περιβάλλει. Μια υπερπροστατευτική η διεισδυτική μητέρα με τη διαρκή παρουσία και τις συνεχείς παρεμβάσεις της, εμποδίζει την λήψη πρωτοβουλιών και την ανεξαρτησία του βρέφους. Με τον ίδιο τραυματικό τρόπο, μπορεί να βιώνεται και ένα υπερβολικά αποστερητικό περιβάλλον, όπου οι απαγορεύσεις είναι συνεχείς, κυριαρχεί αυστηρότητα και υπάρχουν λιγοστά ερεθίσματα (Winnicott, 2005). Στο στάδιο της **προσωποποίησης** εμφανίζεται η **σχετική εξάρτηση** που συμπίπτει με τη συνειδητοποίηση του βρέφους ότι λαμβάνει φροντίδα από τη μαμά, από την οποία είναι εξαρτώμενο (Winnicott, 1945. 1960). Η μητέρα προσπαθεί σταδιακά να βοηθήσει το βρέφος να γίνει περισσότερο ανεξάρτητο (π.χ. το βάζει για ύπνο χωρίς να το κουνάει).

Σύμφωνα με τον Winnicott η εμπειρία αυτή είναι αγχώδης και είναι σημαντικό το παιδί να έχει ένα αντικείμενο για να καταπολεμήσει το άγχος του. Το **μεταβατικό αντικείμενο** έχει διπλή σημασία. Αποτελεί αποκύημα της φαντασίας του παιδιού προκειμένου να αισθανθεί σύνδεση με τη μητέρα όταν απουσιάζει, αλλά και συνδυασμός της μητέρας σε υποκειμενική και αντικειμενική βάση (Winnicott, 1956, 1960). Τέλος, **στο στάδιο οδεύοντας προς την ανεξαρτησία (Objective Reality-‘not me’)**: αποτελεί το τελικό στάδιο μετά από το οποίο το βρέφος βαδίζει πλέον στην ανεξαρτησία. Πρόκειται για το στάδιο της αρχικής **συνειδητοποίησης** (realization). Το βρέφος εδώ δεν έχει απόλυτο έλεγχο πάνω στο περιβάλλον. Μπορεί ωστόσο να ηρεμήσει τον εαυτό του και να αισθανθεί ασφάλεια χρησιμοποιώντας αναμνήσεις από την επαφή του με τη μητέρα και την εμπιστοσύνη που αισθάνεται για το περιβάλλον (Borg, 2013). Η ικανότητα του βρέφους να ηρεμεί καταδεικνύει την έναρξη της ωρίμανσης του παιδιού. Καθοριστικός ο ρόλος της μητέρας στην ενίσχυση της ανεξαρτησίας του παιδιού, καθώς αυτό ωριμάζει και αναπτύσσεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της πορείας προς την ανεξαρτησία αποτελεί το γεγονός ότι το παιδί εδώ μπορεί να κάνει κάτι (πχ να παίζει) χωρίς να είναι απαραίτητη η παρουσία της μητέρας (Praglin, 2006).

2.1.8 Η Βιοκοινωνική Θεωρία του Erik Erikson (1902-1994)

Κατά τον Erikson, υπάρχουν «8 αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ» και αυτές καλύπτουν όλη την πορεία της ζωής (από τη γέννηση ως τη γεροντική ηλικία). Η ανάπτυξη δεν σταματά δηλαδή στην εφηβεία, όπως υποστήριξε ο Freud, ούτε διαμορφώνεται τελεσίδικα κατά την παιδική ηλικία (Cole & Cole, 2002; Pervin et al., 2001). Στη βάση των αναπτυξιακών σταδίων βρίσκεται η αρχή της επιγένεσης, σύμφωνα με την οποία

η πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης ακολουθεί ένα έμφυτο «βιολογικό πλάνο» (Craig et al., 2007). Τα οκτώ ψυχοκοινωνικά στάδια της ανάπτυξης είναι τα εξής: 1) Βασική Εμπιστοσύνη ή Δυσπιστία (1ο έτος), 2) Αυτονομία ή Ντροπή και Αμφισβήτηση (2-3 έτος), 3) Πρωτοβουλία ή Ενοχή (3-6 έτος), 4) Φιλοπονία ή Κατωτερότητα (6-12 ετών), 5) Ταυτότητα ή Σύγχυση Ρόλων (12-18 ετών), 6) Φιλικότητα ή Απομόνωση (20-40 ετών/ πρώιμη ενήλικη ζωή), 7) Παραγωγικότητα ή Αδράνεια/Αυτό-απορρόφηση (40-65 ετών/ ενήλικη ζωή) και 8) Συνοχή ή Απελπισία (65 ετών και άνω/ γήρας). Ειδικότερα για το στάδιο της **Βασικής Εμπιστοσύνης ή Δυσπιστίας (1^ο έτος)**, το στάδιο συμπίπτει με τη βρεφική ηλικία και είναι σημαντικό, όχι μόνο επειδή κέντρο της ηδονής είναι το στόμα, όπως είπε ο Freud για το στοματικό στάδιο, αλλά και επειδή την περίοδο αυτή αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του (Pergin και συν, 2001). Εδώ τα βρέφη βρίσκονται σε πλήρη εξάρτηση από τα άτομα του περιβάλλοντος (Cole & Cole, 2002). Καθώς το βρέφος βρίσκεται στο αισθησιοκινητικό στάδιο, ξεκινά να συνειδητοποιεί πως το ίδιο αποτελεί ένα ξεχωριστό μέλος του κόσμου που τα περιβάλλει και η συνειδητοποίηση αυτή κάνει την εμπιστοσύνη τόσο σημαντική (Woolfolk, 2007). Η βασική εμπιστοσύνη αναπτύσσεται όταν το βρέφος αισθανθεί πως οι βασικές του ανάγκες ικανοποιούνται. Η αγάπη και η περιποίηση τα κάνει να νιώθουν ασφάλεια και προστασία. Η μη συνεπής φροντίδα αντίθετα, η παραμέληση και η απόρριψη, κάνει τα βρέφη να αισθάνονται πως ο κόσμος είναι ένα επικίνδυνο και απρόβλεπτο μέρος με ανθρώπους πάνω στους οποίους δε μπορεί να βασιστεί (Shaffer, 2004). Ως αποτέλεσμα βιώνουν έντονα τα συναισθήματα της καχυποψίας, της δυσπιστίας και της ανασφάλειας προς τους άλλους (Cole & Cole, 2002). Τα κύρια πρόσωπα φροντίδας έχουν πολύ μεγάλη σημασία στο στάδιο αυτό.

Πέρα από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, η ανθρώπινη ανάπτυξη εξετάστηκε από ποικίλες άλλες θεωρίες. Σε αντίθεση με την ψυχαναλυτική κατεύθυνση, η θεωρία της

συμπεριφοράς, για παράδειγμα, εστιάζει σε εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά μας και όχι σε εσωτερικά αίτια που μας κατευθύνουν, όπως είναι τα ένστικτα, οι ορμές, οι άμυνες κ.τ.λ.

2.2 Θεωρίες της μάθησης για την ανάπτυξη

Από συμπεριφοριστικής πλευράς, η ανθρώπινη συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα των περιβαλλοντικών επιδράσεων και κυρίως της εμπειρίας, είναι δηλαδή επίκτητη. Βασισμένες στις απόψεις του John Locke ότι το παιδί γεννιέται “άγραφο χαρτί”, οι εκφραστές του συμπεριφορισμού, υποστηρίζουν πως το άτομο αλλάζει και το άτομο μαθαίνει με τη βοήθεια της εμπειρίας (Cole & Cole, 2002). Ο θεμελιωτής του συμπεριφορισμού John Watson (1878 - 1958) υποστήριξε πως όλη η συμπεριφορά, τα συναισθήματα καθώς και οι σκέψεις μας αποτελούν αντιδράσεις του οργανισμού σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Η κλασική εξαρτημένη μάθηση όπως ονομάστηκε, βασίστηκε στο σχήμα Ερέθισμα → Αντίδραση. Οι άνθρωποι τείνουν δηλαδή να αντιδρούν με συγκεκριμένο τρόπο σε συγκεκριμένα ερεθίσματα (Pervin et al., 2001). Κατά παρόμοιο τρόπο, ο Ρώσος ερευνητής Ivan Pavlov (1849-1936), σε πειράματα που διεξήγαγε, διαπίστωσε πως ένα φυσικό ερέθισμα (η παρουσία τροφής σε ένα σκύλο), μπορεί να συσχετιστεί με ένα ουδέτερο ερέθισμα (δυνατός ήχος) και να προκαλέσει την ίδια ακριβώς αντίδραση, την έκκριση σιέλου (Pervin et al., 2001; Cole & Cole, 2002). Παρόμοια πειράματα που έγιναν επιβεβαίωσαν πως η κλασική εξαρτημένη μάθηση εμφανίζεται και σε ανθρώπους, αλλά και σε βρέφη. Για παράδειγμα, ένα βρέφος μπορεί να μάθει να φοβάται ένα λούτρινο αντικείμενο (ενώ πριν ευχαριστιόταν να το ακουμπά), επειδή συνδέθηκε με ένα ουδέτερο αρνητικό ερέθισμα, το δυνατό κρότο (Watson & Rayner, 1920). Προχωρώντας παραπέρα ο Skinner (1904-1990) με τη *Συντελεστική Μάθηση* αναφέρθηκε σε καταστάσεις οι

οποίες μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα επανάληψης μιας συμπεριφοράς ονομάζοντας τους ενισχυτές. Ως πρωτογενείς ενισχυτές περιέγραψε τα κίνητρα που ικανοποιούν έμφυτες ανάγκες και ως δευτερογενείς ενισχυτές τα κίνητρα που συνδέονται με ένα πρωτογενή ή ένα άλλο δευτερογενή ενισχυτή. Η ενίσχυση μιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι είτε θετική είτε αρνητική. Και οι δύο μορφές ενίσχυσης έχουν πάντοτε κοινό στόχο είτε την επανεμφάνιση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς, είτε την εξάλειψη μιας ανεπιθύμητης (Shaffer, 2004). Κεντρικό ρόλο διαδραμάτισε η θεωρία του Skinner, στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και κυρίως στην αντιμετώπιση πολύπλοκων συμπεριφορών των παιδιών. Τέλος, ο θεμελιωτής της κοινωνικής μάθησης Bandura αλλά και οι Dollard, Miller και Walters απέδειξαν πως ως ενίσχυση, πέρα από την αμοιβή και την τιμωρία μπορεί να λειτουργήσει και η «μίμηση» προτύπων και συμπεριφορών (Cole & Cole, 2002).

Οι συμπεριφορές δεσμού του παιδιού (το να αναζητά την εγγύτητα με τη μητέρα, να την ακολουθεί παντού, να κλαίει και να φωνάζει όταν εκείνη δεν είναι μαζί του) είναι συμπεριφορές που έχει το παιδί έχει μάθει. Η συμπεριφοριστική θεωρία αποδίδει στην παροχή τροφής τον κεντρικό ρόλο στην σχέση βρέφους – μητέρας. Έτσι, καθώς η πείνα του βρέφους ικανοποιείται κατ' επανάληψη από την μητέρα το παιδί μαθαίνει να προτιμά όλων των ειδών τα ερεθίσματα που συνοδεύουν την παροχή τροφής, συμπεριλαμβανομένης και της ζεστής συμπεριφοράς της μητέρας προς το παιδί (Shaffer, 2004).

2.2.1 Γνωστική-Γενετική Προσέγγιση: Η θεωρία του Jean Piaget (1896–1980)

Κύριος εκπρόσωπος της κατεύθυνσης που ασχολείται με το ρόλο των γνωστικών διεργασιών στην ανάπτυξη (τη μνήμη, την αντίληψη, την προσοχή, τη δημιουργική

σκέψη κ.α.) υπήρξε ο Ελβετός ψυχολόγος Jean Piaget (1896–1980). Ο “σημαντικότερος ψυχολόγος του παιδιού στον κόσμο” ανέπτυξε τη θεωρία του προσπαθώντας να απαντήσει στο ερώτημα «πώς» μαθαίνουν τα παιδιά και όχι τόσο στο «τι» μαθαίνουν. Η *τάση για προσαρμογή* αποτέλεσε βασικό στοιχείο της θεωρίας του καθώς θέλησε να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά *αφομοιώνουν* και *ενσωματώνουν* νέες πληροφορίες. Υποστήριξε πως η σκέψη μας είναι δομημένη σε *οργανωμένα γνωστικά σχήματα*. Τα σχήματα αυτά εμπλουτίζονται και αναδιαμορφώνονται με τη διαδικασία της *συμμόρφωσης* και της *αφομοίωσης* καθώς το άτομο αποκτά ολοένα και περισσότερες εμπειρίες και γνώσεις (Cole & Cole, 2002).

Για τον Piaget η ανάπτυξη διέρχεται από στάδια. Χωρίζει λοιπόν την ανάπτυξη της νόησης σε 4 βασικές περιόδους: α) στην αισθησιοκινητική περίοδο (γέννηση-2^ο έτος), β) στο προσυλλογιστικό στάδιο (3^ο-6^ο έτος), γ) στο στάδιο της συγκεκριμένης σκέψης (7^ο-11^ο έτος) και δ) στο στάδιο της αφαιρετικής λογικής (12^ο-16^ο έτος). Όσον αφορά την βρεφική ηλικία στην οποία επικεντρώνεται η παρούσα έρευνα, αυτή συμπίπτει με την αισθησιοκινητική περίοδο. Στο στάδιο αυτό κυριαρχούν οι αισθήσεις και τα αντανακλαστικά (Shaffer, 2004). Το βρέφος αντιλαμβάνεται τον κόσμο μόνο διαμέσου αυτών που αισθάνεται με το σώμα του και όσων υπάρχουν στο άμεσο παρόν. Ο εξωτερικός κόσμος δεν αναπαρίσταται εσωτερικά.

Από τον 1^ο έως τον 4^ο μήνα, εμφανίζονται τα πρώτα αντανακλαστικά σχήματα. Τα βρέφη συνειδητοποιούν πως ορισμένες ενέργειες τους (θηλασμός, πιπίλισμα δακτύλου), προκαλούν ευχαρίστηση, άρα αξίζει να επαναληφθούν. Οι αντιδράσεις αυτές ονομάζονται «πρωτογενείς κυκλικές»: είναι πρωτογενείς καθώς είναι οι πρώτες κινητικές ενέργειες του βρέφους, κυκλικές γιατί επαναλαμβάνονται και επικεντρώνονται στο σώμα του παιδιού. Από τον 4^ο έως τον 8^ο μήνα, τα βρέφη ανακαλύπτουν τυχαία πως η δράση τους πάνω σε αντικείμενα μπορεί να προκαλέσει

ευχαρίστηση (π.χ. ήχος ενός παιχνιδιού όταν το πιάσουν). Οι αντιδράσεις αυτές ονομάζονται «δευτερογενείς κυκλικές» και μαρτυρούν πως τα βρέφη έχουν αρχίσει ως ένα βαθμό να ξεχωρίζουν τα αντικείμενα του περιβάλλοντος από τον εαυτό τους. Από την ηλικία των 8-12 μηνών, υπάρχει «συντονισμός» των προηγούμενων «δευτερογενών κυκλικών αντιδράσεων». Το βρέφος εδώ ξεκινά να κινείται «σκόπιμα» για την επίτευξη ενός στόχου συνδυάζοντας 2 ή περισσότερες ενέργειες (π.χ. σηκώνει με το ένα χέρι το μαξιλάρι και αρπάζει με το άλλο ένα παιχνίδι που βρισκόταν κάτω από το μαξιλάρι). Συντονίζει δηλαδή τις ενέργειες του όχι πια τυχαία αλλά για να επιτύχει κάτι. Από το πρώτο έτος ως την ηλικία των 18 μηνών, εμφανίζονται οι «τριτογενείς κυκλικές αντιδράσεις». Στο σημείο αυτό, η ενεργητική περιέργεια του παιδιού έχει αυξηθεί. Τώρα επινοεί πολλούς τρόπους προκειμένου να δει αν θα επιτύχει το ίδιο αποτέλεσμα (π.χ. αντί να ζουλήξει το παιχνίδι, το πετάει ή το κλωτσάει για να δει αν θα παράγει τον ίδιο ήχο). Τέλος από τους 18 έως τους 24 μήνες, ξεκινά η «συμβολική επίλυση των προβλημάτων». Το παιδί σε αυτή την ηλικία αποκτά μια βαθύτερη αντίληψη σε σχέση με πριν. Έχει τη δυνατότητα να εσωτερικεύσει συμπεριφοριστικά σχήματα και να κάνει νοητικές αναπαραστάσεις για να καθοδηγήσει τη συμπεριφορά του μελλοντικά. Για παράδειγμα ένα παιδί που δε μπορεί να φτάσει ένα αντικείμενο, μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα ξύλο προκειμένου να σπρώξει το αντικείμενο μπροστά του (Piaget, 1954, 1977).

Για τον Piaget μεγάλης σημασίας είναι η «μίμηση» που εμφανίζεται από τη γέννηση. Σημαντικό επίτευγμα της αισθησιοκινητικής περιόδου είναι επίσης, η κατάκτηση της «μονιμότητας των αντικειμένων». Η αντίληψη πως τα αντικείμενα και τα πρόσωπα συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμη και όταν δεν εντοπίζονται μέσω των αισθήσεων, εμφανίζεται διαδοχικά και φτάνει στην κορύφωση της μετά τους 10 μήνες ζωής. Ως

την ηλικία των 2 ετών το παιδί πρέπει να κατανοεί πλήρως τη μονιμότητα των αντικειμένων (Piaget, 1954, 1977).

Παρόλο που η θεωρία του Piaget προσέφερε πολλές γνώσεις σχετικά με τον τρόπο που αναπτύσσονται τα βρέφη, αυτή φαίνεται να παρουσιάζει κάποιες ελλείψεις. Πολλά από τα επιτεύγματα που ανέφερε ο Ελβετός ψυχολόγος εμφανίζονται πολύ νωρίτερα από ότι υποστήριξε ο Piaget, όπως για παράδειγμα η ανακλητική μίμηση. Επιπλέον, η θεωρία του επικεντρώθηκε κυρίως στη μάθηση μέσω κινητικών δεξιοτήτων παραβλέποντας δεξιότητες αντιληπτικής μάθησης. Σε γενικές γραμμές ο Piaget προσέφερε πολλά με το έργο του, ωστόσο υποτίμησε κάπως τις γνώσεις των βρεφών καθώς νεότερες έρευνες έδειξαν πως τα βρέφη αντιλαμβάνονται πολύ περισσότερα από όσα πιστεύουμε (Shaffer, 2004). Τέλος, η θεωρία του δεν αναφέρεται σε κοινωνικά και συναισθηματικά στοιχεία, όπως είναι η επαφή με τους άλλους ανθρώπους και κυρίως με τα κύρια πρόσωπα φροντίδας.

2.2.2 Η κοινωνικοπολιτισμική θεωρία του Lev Vygotsky (1896-1934)

Ο Vygotsky έδωσε έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οικοδομείται η μάθηση και στη σημασία που έχουν οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του παιδιού. Το βρέφος θεωρείται αρχικά πλήρως εξαρτώμενο από τα κύρια πρόσωπα φροντίδας. Τα βρέφη δε μιλούν αλλά σκέφτονται (Flavell, 1992). Η σκέψη τους είναι «προ-γλωσσική» και ο λόγος είναι «μη-λογικός» (αφού το βάβισμα των βρεφών δεν προϋποθέτει σκέψη). Η γνωστική ανάπτυξη επιτυγχάνεται και παίρνει μορφή μέσα στο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, ενώ η συναναστροφή του παιδιού μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο ευνοεί τη μάθηση διαμέσου του μοιράσματος των εμπειριών με τους σημαντικούς άλλους. Για τον Vygotsky (1997) τα εργαλεία και τα σύμβολα (π.χ. η

γλώσσα) που δημιουργεί ο πολιτισμός έχουν μεγάλη σημασία στην προσωπική ανάπτυξη και καθοδηγούν τα μέλη της κοινωνίας στην ιστορική τους εξέλιξη.

Ο Ρώσος ψυχολόγος ονόμασε την περίοδο από τη γέννηση έως την ηλικία των 3 ετών, περίοδο της προλεκτικής σκέψης και του προδιανοητικού λόγου. Για την εμφάνιση της σκέψης απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η εμφάνιση της γλώσσας και του πολιτισμού. Τα βρέφη έρχονται στον κόσμο με στοιχειώδεις γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, αντίληψη, προσοχή) οι οποίες σταδιακά μεταμορφώνονται σε περισσότερο πολύπλοκες νοητικές διεργασίες διαμέσου των εργαλείων και των συμβόλων του κάθε πολιτισμού. Έτσι η γνώση φαίνεται να μην είναι τόσο καθολική αλλά περισσότερο να επηρεάζεται από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (Vygotsky, 1994).

Για τον Vygotsky τα παιδιά είναι περίεργοι εξερευνητές που έχουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία της μάθησης. Η σημασία της γλώσσας στη γνωστική ανάπτυξη είναι πρωταρχικής σημασίας για τον Vygotsky. Τα παιδιά αναπτύσσουν αρχικά τον "εγωκεντρικό λόγο", ο οποίος απευθύνεται προς τον εαυτό και είναι αποτέλεσμα της συναναστροφής με τους συνομηλίκους. στην αρχή της ζωής (Fernyhough, 2008). Ο υποστηρικτής της κοινωνικοπολιτισμικής θεωρίας διαπίστωσε ότι τα παιδιά μονολογούν όταν προσπαθούν να επιλύσουν προβλήματα ή έχουν σημαντικούς στόχους. Έτσι αυτός ο μονόλογος των παιδιών εμπεριέχει στοιχεία κοινωνικού παρά εγωκεντρικού ρόλου. Ο ιδιωτικός αυτός λόγος έχει ως στόχο την επικοινωνία και το σχεδιασμό στρατηγικών προκειμένου να μπορέσουν τα παιδιά να επιτύχουν τους στόχους τους (Vygotsky, 1994, 1997).

Σημαντική έννοια στη θεωρία του Vygotsky αποτελεί και η «ζώνη της επικείμενης ανάπτυξης» η οποία αναφέρεται στην προώθηση της διδασκαλίας είτε ως το σημείο που μπορεί να μάθει ένα παιδί από μόνο του είτε στο τι μπορεί να μάθει με τη σωστή καθοδήγηση ενός έμπειρου ενήλικα (Vygotsky, 1994).

2.3 Βιολογικές και ηθολογικές θεωρίες: η εξέλιξη του είδους

Οι υποστηρικτές του βιολογικού υπόβαθρου της ανθρώπινης ανάπτυξης, δίνουν έμφαση στους γενετικούς παράγοντες και στα κληρονομικά χαρακτηριστικά που διαβιβάζονται από τη μια γενιά στην άλλη (Craig et al., 2007). Ο Δαρβίνος (1859) γνωστός για την θεωρία του σχετικά με την *εξέλιξη*, διατύπωσε τη θεωρία του βασισμένος στην έννοια της «**φυσικής επιλογής**» και μίλησε για την «**επιβίωση του επικρατέστερου**». Στη θεωρία του διατυπώνει ότι τα μέλη συγκεκριμένων ειδών διαφέρουν και εμφανίζουν ποικίλα χαρακτηριστικά (φυσικά και συμπεριφορικά) ανάλογα με τον τρόπο που προσαρμόζονται στο περιβάλλον. Η *ηθολογία* για παράδειγμα, αποτελεί κλάδο που ασχολείται με τη μελέτη της συμπεριφοράς των ζώων και κυρίως της καθοδηγούμενης από κίνητρα συμπεριφοράς. Όπως διαπίστωσε ο Lorenz (1970, 1985) υπάρχει μια «κρίσιμη περίοδος» κατά την οποία αν ένας οργανισμός δεχθεί την κατάλληλη περιβαλλοντική επίδραση, τότε επιτυγχάνονται τα μέγιστα αποτελέσματα. Στην συνειδητοποίηση της ύπαρξης αυτής της «κρίσιμης περιόδου», κατέληξε κάνοντας παρατηρήσεις σε μικρά χηνάκια τα οποία φαίνεται πως ακολουθούν το πρώτο κινούμενο αντικείμενο ή πρόσωπο στο περιβάλλον που θα συναντήσουν. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «αποτύπωση» και μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε 36 ώρες μετά την εκκόλαψη. Η ηθολογική προσέγγιση αναφέρει ότι κατά παρόμοιο τρόπο και ο άνθρωπος γεννιέται έχοντας ορισμένες «βιολογικά προγραμματισμένες συμπεριφορές». Η κραυγή ενός νηπίου για παράδειγμα, αποτελεί έμφυτη συμπεριφορά και έχει ως στόχο την προσέλκυση του προσώπου που το φροντίζει. Αντίστοιχα, τα κύρια πρόσωπα φροντίδας είναι βιολογικά προγραμματισμένα να ανταποκρίνονται σε τέτοιου είδους καλέσματα. Η κραυγή του νηπίου έχει μεγάλη σημασία, καθώς στοχεύει αφενός στην κάλυψη των βιολογικών

αναγκών του βρέφους και αφετέρου υποβοηθά την επικοινωνία και την ανάπτυξη συναισθηματικών προσκολλήσεων με τα άλλα πρόσωπα (Lorenz, 1970, 1985).

2.3.1 Ηθολογικές θεωρίες και ψυχανάλυση

Η Ηθολογία αναπτύχθηκε γύρω στο 1930 και αποτελεί παρακλάδι της ψυχολογίας των ζώων που μελετά τη συμπεριφορά τους στο φυσικό περιβάλλον. Αντιτίθεται στο συμπεριφορισμό που μελετά τη συμπεριφορά στο εργαστήριο και επεκτείνεται στον άνθρωπο καθώς μελετά τη συμπεριφορά στο κοινωνικό περιβάλλον. Κύριοι εκπρόσωποι της κατεύθυνσης αυτής όσον αφορά τη μελέτη της ανθρώπινης φυσικής συμπεριφοράς ήταν ο Lorenz και ο Tinbergen.

Οι ηθολόγοι Harlows μελέτησαν στους κυνοπίθηκους macaques της Ασίας το δεσμό μητέρας παιδιού. Κατά το πρώτο στάδιο το οποίο ονομάζεται αντανάκλαστικό, οι νεαροί πίθηκοι έχουν απόλυτη σωματική εξάρτηση από τη μητέρα τους και «γραπώνονται» από το στομάχι της. Στο δεύτερο στάδιο της μερικής επάρκειας, ο μικρός πίθηκος εξερευνά τόσο το δικό του σώμα, όσο και της μητέρας του. Στο τρίτο στάδιο της ανεξαρτητοποίησης, ο μικρός πίθηκος απομακρύνεται σταδιακά από τη μητέρα του και ανακαλύπτει το περιβάλλον.

Οι Harlows παρατήρησαν ότι η απομάκρυνση ενός μικρού πιθήκου από τη μητέρα του κατά το πρώτο στάδιο προκαλεί στο νεαρό πίθηκο απελπισία, αρνείται να λάβει τροφή και τελικά πεθαίνει. Αν κατά το δεύτερο στάδιο τοποθετήσουμε ένα μικρό πίθηκο σε ένα κλουβί με ένα μεταλλικό ομοίωμα της μητέρας το οποίο παρέχει τροφή, το πιθηκάκι δέχεται την τροφή, μεγαλώνει, ενηλικιώνεται, αλλά εμφανίζει μη φυσιολογική κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά μετέπειτα ως μέλος της ομάδας.

Οι Harlows ανακάλυψαν ότι αν τα πιθηκάκια αυτά που στερήθηκαν τη συντροφιά της μητέρας από νωρίς συναναστρέφονται με άλλα πιθηκάκια που βίωσαν και αυτά

στέρηση, τότε υπάρχουν πιθανότητες να εξελιχθούν αργότερα σε υγιείς ενήλικες. Βλέπουμε λοιπόν πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ανθρώπινη επαφή, η ζεστασιά και η επικοινωνία στην ανάπτυξη.

Οι απόψεις των ηθολόγων για τη σημασία του δεσμού και τις αρνητικές επιπτώσεις του αποχωρισμού έχουν υποστηριχθεί και από θεωρητικούς της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης. Μαζί με την Ουγγρική σχολή στη ψυχανάλυση μίλησαν για τη συμβολή του «γραπώματος» στη δημιουργία δεσμού μητέρας-παιδιού (Καΐλα & Ξανθάκου, 1986).

Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο Freud το 1916 δε έδωσε την πρέπουσα σημασία στη σχέση εξάρτησης του παιδιού με τη μητέρα, το 1938 μιλά με δυναμισμό για το δεσμό με τη μητέρα. Ο ρόλος της δεν είναι μόνο να θρέψει το παιδί αλλά το φροντίζει και αποτελεί την πρώτη πηγή θετικών ή αρνητικών αισθημάτων για το παιδί. Γιατί η μάνα είναι η πρώτη «ερωμένη» έχοντας διπλό ρόλο. Είναι τροφός και «ξελογιάστρα».

Η σημασία της μητέρας είναι μοναδική, σταθερή, ασύγκριτη και αναλλοίωτη καθώς αποτελεί το δέκτη της πρώτης και πιο δυνατής αγάπης και το πρότυπο για όλες τις μετέπειτα σχέσεις. Η ενεργητική σωματική επαφή του παιδιού με τη μητέρα, το «γράπωμα» έχει μεγάλη σημασία. Γραπώνουν τη μαμά όταν φοβούνται ή όταν θέλουν να θηλάσουν. Η σχέση μητέρας-βρέφους είναι μια σχέση καθρέφτη. Η μητέρα είναι ο καθρέφτης για το παιδί. Μέσα από τις αντιδράσεις της το παιδί αντιλαμβάνεται και βιώνει τον κόσμο. Το βρέφος δε μπορεί να διακρίνει τον προσωρινό χωρισμό από την παντοτινή απώλεια και αναπτύσσει φοβική νεύρωση, το «άγχος του χωρισμού». Το παιδί αισθάνεται δηλαδή άγχος όταν η μητέρα απουσιάζει καθώς φοβάται μήπως χάσει τη μητέρα του. Στην αυτή την απουσία της μητέρας τα παιδιά αντιδρούν με πόνο και θλίψη συναισθήματα τα οποία βιώνονται κατά τον Freud διαμέσου μηχανισμών άμυνας (Καΐλα & Ξανθάκου, 1986).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα οι μελέτες περίπτωσης του «μικρού Χανς» και του «παιδιού της μπομπίνας» από το Freud. Ο Χανς ήταν ένα αγόρι 5 ετών που λίγο μετά τη γέννηση της αδελφής του εκδηλώνει έντονη φοβία για τα άλογα. Δε βγαίνει από το σπίτι καθώς φοβάται ότι θα τον δαγκώσουν. Ο Freud κατέληξε μετά τις συναντήσεις του με το Χανς ότι η φοβία του παιδιού συσχετίζεται με το Οιδιπόδειο στάδιο. Σύμφωνα με τον προηγούμενο το παιδί βρισκόταν σε περίοδο έντονης σεξουαλικής περιέργειας. Ο Χανς διαπίστωσε (αφού είδε μια μέρα γυμνό τον πατέρα του) ότι όλοι διαθέτουν όργανα, όχι μόνο ο ίδιος. Η αδελφή του έχει όργανο που θα μεγαλώσει, ο πατέρας του έχει μεγαλύτερο, τα άλογα έχουν ακόμα μεγαλύτερο, άρα όλοι αυτοί είναι ανταγωνιστές του ως προς τη μητρική αγάπη και δεν είναι μοναδικός. Σύμφωνα με τον Freud ο Χανς ζήλευε τον πατέρα του πατέρα του και ο φόβος του για την «απώλεια της μητέρας» μετατέθηκε στα άλογα.

Σε μία άλλη μελέτη ένα παιδί 18 μηνών εμφάνισε ένα περίεργο παιχνίδι με μία «μπομπίνα». Ήταν ένα ήσυχο και υπάκουο βρέφος το οποίο δεν γκρίνιαζε ποτέ ακόμα και όταν η μητέρα του απουσίαζε για πολλές ώρες. Του άρεσε ωστόσο να πετά μικρά αντικείμενα κάτω από το κρεβάτι. Κάποια μέρα πέταξε κάτω από το κρεβάτι μια μπομπίνα τυλιγμένη με νήμα προφέροντας ένα παρατεταμένο ήχο «ο-ο-ο-ο-ο» ο οποίος όπως εξακριβώθηκε στην πορεία σήμαινε «μακριά». Στη συνέχεια τραβούσε τη μπομπίνα κάτω από το κρεβάτι εμφανίζοντας την και προφέροντας ένα «ντα» (= νάτο!). Το παιχνίδι λοιπόν που άρεσε στο παιδί να επαναλαμβάνει ήταν η εμφάνιση-εξαφάνιση της μπομπίνας. Σύμφωνα με το Freud το παιχνίδι της εμφάνισης-εξαφάνισης ήταν εμπνευσμένο από την εμφάνιση και εξαφάνιση της μητέρας, ενώ τα αντικείμενα υποκαθιστούσαν το πρόσωπο της μητέρας. Η εξαφάνιση της μητέρας είχε γίνει ένα τραυματικό γεγονός για το παιδί (Καΐλα & Ξανθάκου, 1986).

Σύμφωνα με το Lacan όταν σταματά ο θηλασμός το παιδί βιώνει εσωτερικό “δράμα” καθώς διαχωρίζει τον εαυτό του από τη μητέρα. Στο στοματικό στάδιο δημιουργείται στο παιδί άγχος σε σχέση με το σώμα της μητέρας. Η απουσία ή έλλειψη της μητέρας βιώνεται με νοσταλγία από το παιδί για αυτό που έχασε και αναζητά υποκατάστατο. Όταν η μητέρα δεν είναι ιδανική μητέρα τότε το παιδί βιώνει εσωτερική σύγκρουση. Η μητέρα είναι πηγή άγχους διότι αν υπάρχει στέρηση τότε το παιδί νιώθει ότι δεν το θέλουν, δεν το αγαπούν και κατηγορεί τα κύρια πρόσωπα της φροντίδας του. Η αβεβαιότητα είναι χειρότερη από την απουσία. Γεννιέται μέσα του μια επίμονη αγωνία που όμως μπορεί να συνηθίσει πολύ εύκολα με την εναλλαγή παρουσίας-απουσίας.

Σταθμός στην ανάπτυξη του παιδιού σύμφωνα με το Lacan αποτελεί το «στάδιο καθρέφτη» το οποίο εμφανίζεται όταν το βρέφος είναι 6 μηνών και όταν το παιδί έχει για πρώτη φορά επαφή με το είδωλο του στον καθρέφτη. Το είδωλο αυτό το οποίο αντικρίζει για πρώτη φορά βιώνεται ως ξένο και στατικό. Δημιουργείται έτσι μια ρήξη ανάμεσα στο ιδανικό εγώ (αυτό που πιστεύουμε το ίδιο ότι είναι) και σε αυτό που πιστεύουν οι άλλοι. Η αναγνώριση στο καθρέφτη βοηθά το παιδί να περάσει από τη φάση της ανεπάρκειας στην αυτογνωσία του σώματος του ως ενήλικας.

Η Winnicott λέει ότι ένα μωρό δεν υπάρχει ως ύπαρξη δηλαδή «δεν υπάρχει παρά μόνο σε σχέση με τη μητέρα του». Οι έννοιες μητέρα-φροντίδα αποτελούν μια αδιάσπαστη ενότητα. Τέλος, η Klein υποστήριξε πως όταν το παιδί νιώσει ότι εξαφανίζεται η μητέρα του, εμφανίζονται η «αγωνία της καταδίωξης» και η «καταθλιπτική αγωνία». Το παιδί πιστεύει ότι το ίδιο την έχει καταβροχθίσει και πως έχει χάσει τη μητέρα δια παντός. Η μαμά φεύγει (το τιμωρεί) γιατί το παιδί έχει επιθετικές τάσεις (θέλει να καταβροχθίσει το μητρικό στήθος) (Καΐλα & Ξανθάκου, 1986). Έτσι λοιπόν τόσο οι ηθολόγοι όσο και οι ψυχαναλυτές κατέδειξαν τη σημασία

του δεσμού και τις αρνητικές επιπτώσεις του αποχωρισμού από τη μητέρα στη μετέπειτα συναισθηματική, γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.

2.3.2 Η θεωρία του δεσμού του John Bowlby (1907-1990)

Μισό αιώνα αργότερα από τον Lorenz, ο John Bowlby (1973), ανέπτυξε τη «θεωρία του για το δεσμό», επηρεαζόμενος από την ηθολογία και την εξελικτική θεωρία του Δαρβίνου. Ο Bowlby (1958), άσκησε κριτική στη θεωρία του Sullivan, εξαιτίας της αδυναμίας της να διαχωρίσει τις βασικές φυσιολογικές ανάγκες, από την κυρίαρχη ανάγκη για ανθρώπινη επαφή. Πολλές από τις έννοιες που χρησιμοποίησε ο Bowlby στη θεωρία του παραλληλίζονται με αυτές του Sullivan, απλώς ο Bowlby τις μελέτησε πιο εξονυχιστικά και διαμόρφωσε μια πιο ξεκάθαρη θεωρία. Σε γενικές γραμμές, οι δύο θεωρίες δεν θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ως διαφορετικές αλλά ως συμπληρωματικές η μία της άλλης. Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικά η θεωρία του δεσμού του John Bowlby (Evans, 1994).

Η θεωρία του Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988) που παρουσιάζεται εμπειρικά, εκφράζει με πιο εμπειριστατωμένο τρόπο, το δεύτερο στοιχείο που κινητοποιεί τον άνθρωπο, δηλαδή την πρωταρχική ανάγκη για ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία, κάτι που ο Bowlby ονόμασε *δεσμό*. Ο δεσμός αποτελεί τη βάση της ανάπτυξης της ανθρώπινης προσωπικότητας. Από την *ποιότητα του δεσμού* εξαρτάται η επιβίωση πολλών ειδών, εφόσον δεν είναι μια μαθημένη συμπεριφορά που μπορεί να εξαφανιστεί, αλλά μια έμφυτη ανάγκη όλων αυτών των ειδών (Bowlby, 1958, 1961). Οι *δεσμοί* που βιώνονται με συναισθήματα όπως είναι η ασφάλεια και η προστασία ονομάζονται ασφαλείς. Αντίθετα, ανασφαλείς είναι οι δεσμοί που βιώνονται με

συναισθήματα του φόβου, της απόρριψης, της εγκατάλειψης, της υπερβολικής εξάρτησης, με ενόχληση και θυμό (Bowlby, 1958, 1961, 1973).

Ως υποστηρικτής της νέας εξελικτικής θεωρίας της ψυχολογίας, ο Bowlby υποστήριξε πως οι 3 πρώτοι μήνες της ζωής του βρέφους, αποτελούν «ευαίσθητη περίοδο» για την ανάπτυξη της κοινωνικής και συναισθηματικής ζωής του ατόμου (Shaffer, 2004). Η έλξη ανάμεσα στο βρέφος και στους σημαντικούς άλλους είναι βιολογικά προγραμματισμένη και βοηθά τόσο στην κάλυψη των βιολογικών αναγκών και στην προσαρμογή του βρέφους, όσο και στη συναισθηματική ανταπόκριση μεταξύ των δύο συντρόφων. Το βρεφικό κλάμα για παράδειγμα, αποτελεί κίνητρο για το πρόσωπο φροντίδας προκειμένου να πλησιάσει το μωρό. Επιπλέον, ο ενήλικας έλκεται από την εμφάνιση του βρέφους που με το χαμόγελο και τις κινήσεις του προκαλεί μεγάλη συμπάθεια (Craig et al., 2007). Η ανταπόκριση που θα βρει το βρέφος στα καλέσματα του, είναι καθοριστικής σημασίας για την εγκαθίδρυση ενός υγιούς δεσμού, με το κύριο πρόσωπο φροντίδας, που είναι συνηθέστερα η μητέρα. Οι αρχικά αυτόματες και μηχανικές αντιδράσεις του βρέφους που περιστρέφονται κυρίως γύρω από την κάλυψη των βιολογικών αναγκών, προσανατολίζονται με την πάροδο του χρόνου προς συγκεκριμένα πρόσωπα και αφορούν κυρίως τη μητέρα, γεγονός που καταδεικνύει την εγκαθίδρυση του δεσμού. Ο δεσμός είναι δηλαδή επιλεκτικός και αφορά τη συναισθηματική εγγύτητα και τη συναισθηματική ζεστασιά μεταξύ μητέρας και βρέφους (Cole & Cole, 2002).

Η σταθερή ανταπόκριση της μητέρας σταδιακά εσωτερικεύεται από το βρέφος ως το τέλος του πρώτου έτους και με βάση το σχήμα αυτό, το παιδί προβαίνει σε προβλέψεις σχετικά με τη συμπεριφορά της μητέρας (Craig et al., 2007). Ο δεσμός προς τη μητέρα έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση της αντίληψης από το βρέφος, ότι η μητέρα αποτελεί μια «ασφαλή βάση» για εξερεύνηση του κόσμου γύρω του. Είναι η βάση που

θα αποτελέσει δυνατή τη σταδιακή ανεξαρτητοποίηση και τον αποχωρισμό του βρέφους. Σε μεταγενέστερο στάδιο του δεσμού, το βρέφος αναπτύσσει αυτό που ο Bowlby ονόμασε «εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα». Τα εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα αφορούν κυρίως εσωτερικές αναπαραστάσεις τόσο του εαυτού του βρέφους, όσο και των κοντινών του προσώπων. Τα μοντέλα αυτά θα αποτελέσουν τη βάση για τις μελλοντικές σχέσεις του βρέφους (Pervin et al., 2001).

Η μητέρα εσωτερικεύεται ως θετικό πρότυπο αφού καλύπτει τις ανάγκες του παιδιού. Ωστόσο η βιολογική κάλυψη δεν αποτελεί μοναδική προϋπόθεση της σύναψης δεσμού, καθώς η θεωρία του Bowlby περιλαμβάνει και άλλα στοιχεία, όπως είναι η εγγύτητα, η ζεστασιά, η τρυφερότητα και σε γενικές γραμμές η *ποιότητα* της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας-βρέφους (Craig et al., 2007; Παρασκευόπουλος, 1997). Όπως κατέδειξαν και οι έρευνες του Harlow με τα πιθηκάκια (1959), η τροφή δεν αποτελεί μοναδικό κίνητρο της ανάπτυξης του δεσμού αλλά σημαντική είναι επίσης και η *επαφή-παρηγοριά* με και από τη μητέρα (Craig et al., 2007).

Η *ποιότητα του δεσμού* αξιολογήθηκε περαιτέρω από την Ainsworth, γύρω στο 1965. Η θεωρία της Ainsworth (1913 –1999) επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τη «θεωρία της ασφάλειας» (security theory) του Blatz (1940). Η «ασφάλεια» με την ευρύτερη έννοια αφορά την ικανότητα της εμπιστοσύνης προς ένα άλλο πρόσωπο και αποκτιέται από πρώιμη ηλικία. Τα βρέφη αισθάνονται αρχικά απόλυτη εμπιστοσύνη, στα πρόσωπα που τα φροντίζουν αναπτύσσοντας μια «εξαρτημένη ασφάλεια». Η ασφαλής αυτή βάση τα κινητοποιεί να εξερευνήσουν το περιβάλλον παίρνοντας ρίσκα έως ότου μάθουν να εμπιστεύονται τις ίδιες τους τις δυνάμεις αποκτώντας «ανεξάρτητη ασφάλεια» (Blatz, 2016).

Η Ainsworth θεώρησε ορισμένες συμπεριφορές σημαντικές και τις ονόμασε «κριτήρια του δεσμού». Τα κριτήρια αυτά συμπεριλάμβαναν την επικοινωνία (κλάμα,

χαμόγελο, φωνοποιήσεις), το κοίταγμα, τις κινήσεις που έχουν σχέση με ένα άνθρωπο και τις προσπάθειες για σωματική επαφή (αγκαλιά, εγγύτητα). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεμελίωση του δεσμού πέρα από την εμφάνιση των κριτηρίων αυτών, είναι η αμφίδρομη σχέση μεταξύ μητέρας και βρέφους. Η εναρμόνιση δηλαδή της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων του κύριου προσώπου φροντίδας με το βρέφος και το αντίστροφο.

Η θεωρία του Bowlby για το δεσμό το 1969, συνέπεσε με τη δημοσίευση των πρώτων ευρημάτων της Ainsworth από τη γνωστή «μελέτη της Βαλτιμόρης». Το 1963, η Ainsworth μελέτησε 26 δυάδες μητέρων-βρεφών με τη μέθοδο της παρατήρησης, πραγματοποιώντας 18 επισκέψεις στο σπίτι των συμμετεχόντων από τον 1^ο μήνα ζωής του βρέφους ως την 54^η εβδομάδα. Κάθε συνάντηση διήρκεσε 4 ώρες και στόχος της έρευνας ήταν να παρατηρήσει την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Η Ainsworth χρησιμοποίησε για την αξιολόγηση της ποιότητας του δεσμού την τεχνική που έγινε ευρέως γνωστή ως η «Συνθήκη με τον ξένο». Στόχος των ερευνών της Ainsworth ήταν να παρατηρήσει την αντίδραση των βρεφών στον αποχωρισμό και στην επανασύνδεση με τη μητέρα ή με το πρόσωπο φροντίδας (Grossmann, Grossmann & Zimmermann, 1999). Τα οκτώ επεισόδια που διαδραματίστηκαν σε ειδικά διαμορφωμένο δωμάτιο του εργαστηρίου διήρκεσαν είκοσι λεπτά. Στην πρώτη συνθήκη το βρέφος περνούσε χρόνο με τη μητέρα του παίζοντας και εξερευνώντας το χώρο. Στη δεύτερη συνθήκη, μια ξένη γυναίκα έμπαινε στο δωμάτιο και έπαιζε με το μωρό. Στην τρίτη συνθήκη, μητέρα και ξένη έφευγαν για 3 λεπτά από το δωμάτιο (Mein, 1999). Μετά τον τρίλεπτο αποχωρισμό η μητέρα επέστρεφε στο δωμάτιο. Οι αντιδράσεις του βρέφους μαγνητοσκοποούνταν σε όλη τη διάρκεια του παιχνιδιού, του αποχωρισμού και της επανένωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα βρέφη έπαιζαν και εξερευνούσαν περισσότερο το περιβάλλον όταν η μητέρα ήταν παρούσα, παρά απύσα

ή όταν ήταν μαζί και η ξένη (Berghaus, 2011). Αυτό που έκανε όμως εντύπωση στην Ainsworth ήταν πως κάποια μωρά αντέδρασαν απρόσμενα στον αποχωρισμό και ειδικά στην επανασύνδεση τους με τη μητέρα. Μία κατηγορία παιδιών, εμφάνισε έντονο θυμό όταν επέστρεψε η μαμά. Τα βρέφη αυτά έκλαιγαν και ενώ επιθυμούσαν την επαφή με τη μητέρα, δεν φαίνονταν να ηρεμούν με το σήκωμα και τις αγκαλιές της. Η δεύτερη ομάδα που κίνησε το ενδιαφέρον της ερευνήτριας ήταν παιδιά που παρόλο που έψαχναν τη μητέρα τους όταν απουσίαζε, φαίνονταν να την αγνοούν παντελώς όταν εκείνη επέστρεφε στο δωμάτιο. Οι παρατηρήσεις της οδήγησαν στην τοποθέτηση των βρεφών σε μία από τις εξής κατηγορίες: α) ασφαλή (70%), β) αγχωμένα (20%), γ) αμφιταλαντευόμενα (10%) (Bretherton, 1992).

Συνεχίζοντας τις έρευνες της η Ainsworth διαπίστωσε πως τα βρέφη αναπτύσσουν είτε ασφαλείς είτε ανασφαλείς δεσμούς με τη μητέρα. Ασφαλή ονομάστηκαν τα βρέφη που ήταν ευαίσθητα στον αποχωρισμό αλλά καλωσόριζαν και ήταν δεκτικά στην επανασύνδεση με τη μητέρα. Τα βρέφη αυτά παρηγορούνταν εύκολα και επέστρεφαν γρήγορα στο παιχνίδι. Τα ανασφαλή βρέφη διακρίνονται σε 3 τύπους: α) το δεσμό της αποφυγής, που δυσαρεστείται με την αποχώρηση της μητέρας αλλά την αποφεύγει όταν επιστρέφει, β) το δεσμό της αμφιθυμίας, που θυμώνει όταν η μητέρα αποχωρεί αλλά στην επιστροφή της την επιθυμεί και την απορρίπτει ταυτόχρονα και γ) το δεσμό της αποδιοργάνωσης/αποπροσανατολισμού, όπου το παιδί συμπεριφέρεται με συγκεχυμένο τρόπο, χωρίς συναισθηματικότητα, αποφεύγοντας τη βλεμματική επαφή με τη μητέρα (Pervin et al., 2001; Craig et al., 2007). Οι ανασφαλείς τύποι σχετίζονται άμεσα με ακατάλληλες πρακτικές ανατροφής στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής ενώ αντίθετα στους ασφαλείς τύπους η μητέρα είναι στοργική, τρυφερή και συγχρονίζει περισσότερο τη συμπεριφορά της στα καλέσματα του βρέφους.

Για τους θεωρητικούς αυτής της κατεύθυνσης η ποιότητα του δεσμού επηρεάζει μακροπρόθεσμα την κοινωνική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Βρέφη τα οποία έχουν υποστεί ψυχολογική ή σωματική κακοποίηση, παραμέληση, που έχουν μητέρες με κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή μητέρες που είναι εξαρτημένες σε ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά), αναπτύσσουν ανασφαλείς δεσμούς. Το γεγονός αυτό έχει πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις για το παιδί. Στη βρεφική ηλικία δύναται να εμφανιστεί εξαιτίας της αποστέρησης το «φαινόμενο του υποσιτισμού». Τα βρέφη αυτά μοιάζουν θλιμμένα, αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή και έχουν κενό βλέμμα. Μακροπρόθεσμα ενδέχεται να υπάρξει καθυστέρηση στη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη, να επηρεαστούν οι ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού, να εμφανιστεί δυσκολία στις κοινωνικές συναναστροφές και να αναπτυχθεί μη δομημένη αίσθηση του εαυτού. Τέλος, ο ανασφαλής δεσμός επηρεάζει το άτομο και στην ενήλικη ζωή κυρίως όσον αφορά τη σύναψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων με άλλα άτομα (Craig et al., 2007).

2.4 Κριτική των θεωριών σχετικά με τη σχέση μητέρας-βρέφους

Η σύντομη ανασκόπηση των θεωριών που αφορούν τη βρεφική ηλικία κατέδειξε πολλά και διαφορετικά ζητήματα. Όσον αφορά την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, αυτή έδωσε περισσότερο έμφαση στην προσχολική ηλικία από 3-7 ετών (φαλλικό στάδιο και οιδιπόδειο σύμπλεγμα) και όχι στη βρεφική ηλικία (στοματικό στάδιο από 0-1 έτος και πρωκτικό στάδιο από 1-3 έτος). Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος στην βρεφική περίοδο ήρθε λίγο αργότερα με την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης στα παιδιά (A.Freud, Klein, Sullivan, Lacan). Παρά τη σημασία που ανέφερε ο Freud ότι έχουν οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού, το βρέφος δεν είναι εντελώς «αβοήθητο» όπως κατέδειξε, ούτε έχει ως μοναδικό στόχο την ικανοποίηση των βιολογικών του

αναγκών για τη μείωση της ψυχικής του έντασης. Μεταγενέστερες και σύγχρονες έρευνες έδειξαν πως από την εμβρυϊκή ακόμη περίοδο το βρέφος αντιλαμβάνεται ήχους και κυρίως τη μητρική ομιλία (Κουγιουμουτζάκης, 2001). Η *μίμηση* δεν ξεκινά από τον 10^ο μήνα όπως είπε ο Piaget, αλλά πολύ νωρίτερα όπως κατέδειξαν οι Gardner και Gardner (1970), Valentine και Zazzo (1957). Επιπλέον, θεωρητικοί από το χώρο της ηθολογίας (Lorenz, Harlow, Tinbergen) και της εξελικτικής ψυχολογίας (Ainsworth, Bowlby) κατέδειξαν τη σημασία της ανθρώπινης επαφής, της ζεστασιάς, της ανταπόκρισης και της συνέπειας που έχει η φροντίδα της μητέρας για το βρέφος.

Ενώ το 18 αιώνα οι περισσότεροι θεωρητικοί και ερευνητές επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη του παιδιού, ο 20^{ος} αιώνας θεωρείται ο αιώνας του νεογνού και του βρέφους. Πολλές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ως τώρα δείχνουν πως το βρέφος δεν είναι ένα ά-λογο ον, αλλά κατανοούν πολύ περισσότερα από όσα πιστεύαμε ως τώρα (Meltzoff & Moore, 1977; Κουγιουμουτζάκης, 1985, 1988, 2001). Όπως τόνισε και ο Trevarthen μετά τη δεκαετία του 60' προέκυψε η ανάγκη να αφηθούν πίσω θεωρίες όπως του Freud, του Piaget, του Vygotsky κτλ. καθώς δεν έβρισκαν ερευνητική υποστήριξη. Όσον αφορά λοιπόν την ανάπτυξη των βρεφών, η ανάγκη για μερική ή πλήρη αναθεώρηση των προηγούμενων θεωριών υπήρξε επιτακτική. Το βρέφος δεν είναι άλογο, ναρκισσιστικό και αφημένο στο έλεος του ασυνειδήτου, όπως υποστήριξε ο Freud. Ούτε καθοδηγείται από τις ασυντόνιστες αισθήσεις του, από τις μη διαφοροποιημένες λειτουργίες της αφομοίωσης και της συμμόρφωσης και δεν ισχύει η πεποίθηση του Piaget πως δεν μπορεί να σκεφτεί και να επικοινωνήσει. Η προσέγγιση της ηθολογίας για την ύπαρξη ενός οργανισμού με έμφυτους μηχανισμούς και η συμπεριφοριστική θέση ότι ο νεογνικός νους είναι μια άγραφη πλάκα, υποστήριζαν περισσότερο την άποψη πως το βρέφος είναι ένας οργανισμός και όχι ένα πρόσωπο

(Κουγιουμουτζάκης, 2001). Σε γενικές γραμμές οι προηγούμενες απόψεις ότι το βρέφος είναι ένα σώμα χωρίς νου τέθηκαν υπό αμφισβήτηση.

Από το 1974 ένα νέο ρεύμα με κύριο εκπρόσωπο τον Trevarthen ανοίγει νέους ορίζοντες στη μελέτη της βρεφικής ηλικίας, υποστηρίζοντας πως «τα βρέφη δεν είναι μωρά». Σύγχρονες έρευνες στην Αναπτυξιακή Ψυχολογία βρήκαν ότι τα νεογέννητα αντιλαμβάνονται το βάθος και τον κίνδυνο της πτώσης (πείραμα οπτικού γκρεμού: Bremner, Slater & Butterworth, 1997), εκπλήσσονται σε φυσικώς αδύνατα συμβάντα π.χ. σε αντικείμενα που αιωρούνται χωρίς το στήριγμα τους (Butterworth & Harris, 1994), θυμούνται τη μητρική φωνή από τη μήτρα της μητέρας και δείχνουν σαφή προτίμηση σε αυτή κατά τη γέννηση (DeCasper, 1992), αντιλαμβάνονται τα φυσικώς αδύνατα μαθηματικά συμβάντα κ.α. (Deheane, 1997).

Τα τελευταία χρόνια το νεογέννητο αποκτά πρωταγωνιστικό ρόλο. Σύγχρονες έρευνες μελετούν τη δυάδα μητέρας-βρέφους σε αυθόρμητη αλληλεπίδραση στο χώρο του σπιτιού και όχι σε εργαστήρια (Κουγιουμουτζάκης, 2001). Το βρέφος του Trevarthen έρχεται στον κόσμο έτοιμο για επικοινωνία και σύναψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Το βρέφος, έρχεται με έμφυτο το κίνητρο της επικοινωνίας, εμφανίζοντας αυτό που ονομάζεται «ενσυναίσθηση» (empathy). Ο όρος αυτός αφορά το συναισθηματικό και γνωστικό «μοίρασμα» με τον άλλον. Η «έμφυτη διυποκειμενικότητα» του Trevarthen, αναφέρεται στην έμφυτη αυτή τάση του βρέφους για επικοινωνία, στην σκοπιμότητα των ενεργειών του βρέφους, στην προσπάθεια του να συγχρονίσει χωροχρονικά και να ταιριάζει τις κινήσεις, τις επιθυμίες και τις σκέψεις του με τη μητέρα (Κουγιουμουτζάκης, 2001). Η διυποκειμενική θεωρία όπως ονομάστηκε από τον Trevarthen θα αναλυθεί διεξοδικά παρακάτω.

3. Η θεωρία της Διωποκειμενικότητας

Παρόλο που στην βρεφική ηλικία ο ανθρώπινος οργανισμός δεν έχει ωριμάσει από βιολογικής και ψυχολογικής πλευράς, έχει πλέον αποδειχθεί πως από πολύ νωρίς τα βρέφη αναζητούν τη μητρική και πατρική συντροφιά τόσο για την κάλυψη των βιολογικών τους αναγκών όσο και για την επικοινωνία. Είμαστε από τη φύση μας όντα κοινωνικά (Trevarthen, 2005).

Οι Πιαζεϊκές απόψεις για τον *εγωκεντρισμό* του βρέφους (Piaget, 1954) αντικαταστάθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες από θεωρίες που υποστηρίζουν την ενεργό συμμετοχή του παιδιού στην μάθηση (Braten, 1998; Trevarthen, 1998; Stern, 2003). Σε αυτό βοήθησαν η ανακάλυψη των *καθρεπτικών νευρώνων*, η εκτενής μελέτη της διαδικασίας της *μίμησης*, αλλά και η μελέτη άλλων συμπεριφορών στα πρώτα χρόνια της ζωής (Braten, 1998; Bremner, Slater & Butterworth, 1997; Demiris & Meltzoff, 2008; Kugiumutzakis & Kokkinaki, 2000; Kugiumutzakis & Papastathopoulos, 2007; Trevarthen, 1979; Zack, Barr, Gerhardstein, Dickerson & Meltzoff, 2009; Κουγιουμουτζάκης, 1985, 1988, 2001).

Όσον αφορά τους *καθρεπτικούς νευρώνες*, αυτοί βρέθηκαν στην περιοχή Broca του εγκεφάλου, η οποία σχετίζεται άμεσα με την ομιλία αλλά και τη νοητική αναπαράσταση των κινήσεων (Gallese, 1998, 2003). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως όταν παρατηρούμε κάποιον να εκτελεί μία πράξη, αυτή εντυπώνεται νοητικά και κατά κάποιο τρόπο ‘‘μαθαίνεται’’ (Ferrari & Gallese, 2007). Οι νευρώνες αυτοί μας βοηθούν επιπρόσθετα να βιώνουμε ενσυναίσθηση. Μέσω της παρατήρησης μίας πράξης κατανοούμε και τον σκοπό της πράξης αυτής (Gallese, 2001), γινόμαστε συμπρωταγωνιστές και αισθανόμαστε ότι αισθάνεται εκείνη την ώρα το άτομο που εκτελεί την πράξη τη δεδομένη στιγμή (Gallese, 1998).

Τα τελευταία 50 χρόνια οι έρευνες βασίζονται στην καταγραφή της αυθόρμητης συμπεριφοράς μητέρας-βρέφους στο χώρο του σπιτιού και λιγότερο συχνά σε αυτό του εργαστηρίου. Σε τεχνητές συνθήκες το βρέφος έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται πως η αλληλεπίδραση δεν είναι φυσική και έτσι αντιδρά διαφορετικά.

Η μητέρα δεν αποτελεί μόνο πηγή φροντίδας, ασφάλειας και προστασίας, όπως υποστηρίζει η θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1969). Είναι κάτι παραπάνω από αυτό. Μία καλή μητέρα είναι και αυτή που θα αποτελεί καλή συντροφιά, θα είναι φίλη με το παιδί της, θα το κάνει να χαμογελάει και να ανακαλύψει τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του βοηθώντας το να αναπτύξει την ικανότητα του για επικοινωνία (Trevarthen, 2005). Η αναζήτηση φροντίδας αλλά και επικοινωνίας με τους άλλους είναι ένα έμφυτο χαρακτηριστικό μοναδικό στο ανθρώπινο είδος, κάτι το οποίο μελέτησε εκτενώς ο Trevarthen (1979).

Για τον Trevarthen (2016) τα βρέφη δεν είναι «μωρά» αλλά σκεπτόμενα όντα που διαδραματίζουν ενεργό και πρωταγωνιστικό ρόλο στην ανάπτυξη. Τα νεογέννητα διαθέτουν από νωρίς ένα συνεκτικό εαυτό ο οποίος είναι έτοιμος να μοιραστεί συγκινήσεις, προθέσεις και ενδιαφέροντα. Τα ευρήματα του Trevarthen και των συνεργατών του οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεωρίας της Διυποκειμενικότητας ή αλλιώς της Έμφυτης Κοινωνικότητας.

Τα βρέφη αντιλαμβάνονται από την αρχή της ζωής ένα άλλο πρόσωπο ως σύντροφο και είναι έτοιμα να δεχθούν τη βοήθεια του για να μάθουν και να αναπτυχθούν. Χρησιμοποιούν ένα πλούσιο ρεπερτόριο συναισθηματικών εκφράσεων και δείχνουν σαφή προτίμηση στη μητρική φωνή ακούγοντας την μέσα από τη μήτρα. Τα βρέφη γνωρίζουν επίσης το πρόσωπο της μητέρας τους από την αρχή της ζωής ακόμη και όταν εκείνη παραμένει σιωπηλή. Τα νεογέννητα αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται εύκολα και ταχύτατα πληροφορίες, τις οποίες χρησιμοποιούν όπως εκείνα πιστεύουν.

Δίνουν μεγάλη προσοχή στο πρόσωπο, στην ομιλία, στις κινήσεις και στις εκφράσεις της μητέρας τους, προσπαθούν να τις ερμηνεύσουν και να απαντήσουν κατάλληλα σε αυτές. Σημαντικό ρόλο σε αυτές τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις διαδραματίζει η βλεμματική επαφή μητέρας-βρέφους.

Η έμφυτη ικανότητα μεταξύ δύο συντρόφων, να επικοινωνούν και να μοιράζονται στο χρόνο την υποκειμενική τους εμπειρία, ονομάστηκε από τον Trevarthen (1989) *διυποκειμενικότητα*. Αυτή η αλληλεπίδραση είναι κάτι παραπάνω από την κάλυψη των βιολογικών αναγκών και από το αίσθημα ασφάλειας που προσφέρουν οι γονείς μας. Είναι μία διαδικασία *αμοιβαίας προσοχής* και *ρυθμικού συγχρονισμού* σε περιόδους που το βρέφος είναι ήρεμο και δεν αισθάνεται πείνα, κούραση ή φόβο.

Πρόκειται για μια αμοιβαία προσπάθεια επικοινωνίας, τόσο από την πλευρά του βρέφους, όσο και από την πλευρά του γονέα (Braten, 2007). Αποτελεί το εγχείρημα για κατανόηση των προθέσεων, των κινήτρων, των ιδεών, των συναισθημάτων και των πράξεων του άλλου, με στόχο την προσωπική ανάπτυξη και σχετίζεται άμεσα με την έμφυτη ανάγκη του ανθρώπου να βιώσει πως δεν είναι μόνος του μέσα σε τούτο τον κόσμο (Trevarthen, 1979, 1998, 2001, 2005).

Σημαντικό ρόλο στο «συγχρονισμό» πέρα από την εναρμόνιση των συμπεριφορών μητέρας-βρέφους διαδραματίζει και ο βαθμός ανταπόκρισης του κύριου προσώπου φροντίδας στα καλέσματα του βρέφους του.

Ο ρόλος του επικοινωνιακού αυτού συστήματος είναι καθοριστικός για την ανάπτυξη του εγκεφάλου πριν και μετά τη γέννηση. Το βρέφος δεν αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον κόσμο ως ένα, αλλά έχει από την αρχή την αίσθηση του χωριστού από τους άλλους. Το νεογέννητο επιθυμεί εγγενώς να επικοινωνήσει με τη μητέρα του προσκαλώντας και προκαλώντας την με τη συμπεριφορά του και το ίδιο συμβαίνει και από την πλευρά της μητέρας (Trevarthen, 1979; 1982).

Τα βρέφη έρχονται στον κόσμο με έμφυτη ικανότητα για επικοινωνία και με έκδηλη αυτεπίγνωση (self-awareness). Σε αυτήν την ανταλλαγή προθέσεων και συναισθημάτων βοηθάει, η ρυθμικότητα της φωνής, το άγγιγμα, οι χειρονομίες, οι εκφράσεις του προσώπου που δίνουν σήματα στον εγκέφαλο τα οποία μεταδίδουν γλωσσικά μηνύματα (Trevarthen, 2010; 2012).

Λίγους μήνες μετά τη γέννηση το βρέφος αναπτύσσει ένα όλο και πιο περίπλοκο σύστημα αλληλεπίδρασης, χρησιμοποιώντας το χιούμορ, τεχνάσματα και όλο του το σώμα για να επικοινωνήσει. Το σύστημα αυτό αναπτύσσεται και γίνεται ολοένα και πιο σύνθετο μέσα από την αλληλεπίδραση του με τη μητέρα.

Το περίπλοκο και οργανωμένο σύστημα των συγκινησιακών εκφράσεων χρησιμοποιείται από το βρέφος για να αξιολογήσει την ποιότητα των εκφράσεων της μητέρας με την οποία επιχειρεί να διατηρήσει στενή σχέση και να επικοινωνήσει και την οποία γνωρίζει καλά και εμπιστεύεται (Trevarthen, 1982).

Σταδιακά μέσα από τη στενή σχέση του βρέφους με τους σημαντικούς άλλους η οποία είναι γεμάτη από συγκινήσεις αναπτύσσεται η σκέψη και ο νους, διευρύνεται η φαντασία και επεκτείνεται η κοινωνικότητα του βρέφους. Κατά τον Trevarthen (1982) η ψυχολογική γέννηση προηγείται της βιολογικής. Το διυποκειμενικό μοίρασμα μετά τη γέννηση πραγματοποιείται μέσα από τις στενές αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους οι οποίες προσφέρουν αμοιβαία ευχαρίστηση και ικανοποίηση στους δύο συντρόφους. Για τον Trevarthen η έμφυτη διυποκειμενικότητα αποτελεί μία έμφυτη προγλωσσική ικανότητα η οποία είναι ρυθμιστής και κίνητρο της ανθρώπινης ψυχολογικής ανάπτυξης.

Ο Trevarthen (1979; 2016) μελετά την επικοινωνούσα δυάδα και όχι το άτομο ενώ επικεντρώνεται και σε παθολογικές περιπτώσεις όπου η επικοινωνία είναι μη ομαλή (αυτισμός, επιλόχειος κατάθλιψη μητέρας), προτρέποντας τους ερευνητές να μελετήσουν τόσο την παρουσία, όσο και την απουσία της διυποκειμενικότητας.

Σύμφωνα με τον Trevarthen (1982), αυτά τα έμφυτα κίνητρα για επικοινωνία εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου και ο ίδιος διαχωρίζει την ανάπτυξη σε τέσσερις περιόδους: α) στη νεογνική περίοδο (0-6 εβδομάδες), β) στην περίοδο της πρωτογενούς διυποκειμενικότητας (2^{ος} και 3^{ος} μήνας), γ) στην περίοδο των παιχνιδιών (4^{ος}-8^{ος} μήνας) και δ) στην περίοδο της δευτερογενούς διυποκειμενικότητας (9^{ος}-12^{ος} μήνας). Η διυποκειμενική επικοινωνία διέρχεται από τρία στάδια:

1. Πρωτογενής Διυποκειμενικότητα

Στους πρώτους μήνες της ζωής το κύριο πρόσωπο με το οποίο επικοινωνεί το βρέφος είναι η μητέρα. Σημαντικό ρόλο σε αυτή την επικοινωνία, και εφόσον η κατάκτηση της γλώσσας δεν έχει ακόμα επιτευχθεί από το νεογέννητο, παίζουν οι *αισθήσεις* και τα *αισθητήρια όργανα* (Trevarthen, 2001). Από την αρχή της ζωής, το βρέφος κοιτάζει την μητέρα στα μάτια και το στόμα, ενώ ταυτόχρονα ακούει τη φωνή της. Παρόλο που το βρέφος δεν μπορεί να δει τον εαυτό του και δεν έχει γνώση των μερών και της εικόνας του σώματος του, *συγχρονίζει* τις κινήσεις των χεριών του και τις εκφράσεις του προσώπου του, στην ομιλία και στις κινήσεις του οικείου πλέον προσώπου της μητέρας. (Trevarthen, 2005). Η μητέρα από την πλευρά της προσπαθεί να κατανοήσει το βρέφος από αυτές τις αντιδράσεις του, οι οποίες είναι κάτι παραπάνω από αντανακλαστικές κινήσεις. Ο συγχρονισμός εδώ είναι μεγάλης σημασίας καθώς μεταφέρει επικοινωνιακά μηνύματα (Trevarthen, 2005). Αυτή η εναρμόνιση που

εμφανίζεται στο δεύτερο περίπου μήνα ζωής, μοιάζει να έχει ρυθμό και παλμό, μοιάζει με χορό και ονομάστηκε από τον Braten (1998) *πρωτοσυνομιλία*. Πρόκειται για τις: «*αυθόρμητες, ρυθμικές πρώτες συνομιλίες που εμφανίζονται στους πρώτους μήνες ζωής και περιλαμβάνουν αμοιβαίο κοίταγμα, χαμόγελο και φωνοποιήσεις. Αποτυπώνουν την επιθυμία του βρέφους για επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και για το λόγο αυτό ετοιμάζουν το νεογέννητο για την απόκτηση της γλώσσας*» (Hundeide, 1998, σελ. 238). Αυτή η πρωτοσυνομιλία σχετίζεται με τον απόλυτο συγχρονισμό, από τις 5 κιόλας εβδομάδες ζωής που περιλαμβάνει την εναλλαγή της σειράς. Η διατάραξη του συγχρονισμού έχει ως αποτέλεσμα την ενόχληση του βρέφους (Bateson 1979; Stern, 1998; Trevarthen, 1998). Το φαινόμενο αυτό του συγχρονισμού και της ρυθμικότητας, έχει παρατηρηθεί ακόμη και σε βρέφη που είναι εκ γενετής τυφλά. Το άγγιγμα φαίνεται να έχει σημαντικότερη επιρροή σε αυτά τα παιδιά. Αυτή η πρώτη προσπάθεια για επικοινωνία μέσω της «ενσυναίσθησης» υπό την απουσία γλώσσας, ονομάστηκε *πρωτογενής διυποκειμενικότητα* από τον Trevarthen (1979, 1998, 2001, 2005). Σε αυτή την ηλικία η μητέρα επικοινωνεί με το βρέφος της μέσα από τραγουδάκια, νανουρίσματα πλούσια σε συναισθήματα και γεμάτα χιούμορ και το βρέφος μιμείται τις κινήσεις και τις εκφράσεις της (Malloch & Trevarthen, 2002). Εδώ η επικοινωνία ευνοείται από τη μίμηση με ενσυναίσθηση (sympathetic imitation) και σημαντικότερο ρόλο για να επιτευχθεί ο συγχρονισμός και η επικοινωνία κατέχει ο βαθμός που ανταποκρίνεται το κύριο πρόσωπο φροντίδας (Ferrari & Gallese, 2007). Μητέρα και βρέφος συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο σε ένα μουσικό-χορευτικό παιχνίδι (Stern, 2007).

Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα είναι διαμορφωμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μας επιτρέπει την αποτύπωση των εμπειριών απλά και μόνο μέσω της παρατήρησης (Ferrari & Gallese, 2007). Στο στάδιο της πρωτογενούς διυποκειμενικότητας το σώμα

λειτουργεί ως «πηγή ενέργειας» και αποτελεί εκφραστή του νου και των σκέψεων. Τα βρέφη φαίνεται να κινούν το σώμα τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις εκφράσεις και τα καλέσματα των άλλων προσώπων (Braten, 1998). Ο τρόπος με τον οποίο κοιτούν σχετίζεται με το πώς αισθάνονται ακούγοντας μία φωνή ή βλέποντας ένα πρόσωπο. Οι χειρονομίες και οι ρυθμικές τους κινήσεις υποδηλώνουν την αποδοχή ή την απόρριψη της ανθρώπινης επαφής (Braten, 1998). Με άλλα λόγια, τα νεογέννητα συγχρονίζουν τα συναισθήματα τους ανάλογα με τις κινήσεις και τα σήματα που λαμβάνουν από τους άλλους προσπαθώντας να κατανοήσουν τους σκοπούς και τα συναισθήματα των σημαντικών άλλων. Η δυάδα επικοινωνεί διαμέσου των κινήσεων και της «γλώσσας του σώματος» (Hari, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, η πρωτογενής διυποκειμενικότητα κατά τον πρώτο μήνα ζωής περιλαμβάνει την αγάπη, την εγγύτητα και την επινόηση μεταξύ της μητέρας και του βρέφους της. Ο πρώτος μήνας χαρακτηρίζεται κυρίως από τη ρύθμιση του ύπνου, της διατροφής και της αναπνοής (Trevarthen, 2016).

Στο δεύτερο μήνα εμφανίζεται η “πρωτοσυνομιλία” στη διάρκεια της οποίας το βρέφος έχει την ικανότητα να προσηλώνει το βλέμμα του στη μητέρα χαμογελώντας. Επιπλέον, στο στάδιο αυτό το βρέφος εμφανίζει δυσαρέσκεια όταν το κύριο πρόσωπο φροντίδας παραμένει ανέκφραστο, γεγονός που καταδεικνύει για ακόμη μια φορά την έμφυτη τάση του ανθρώπου για επικοινωνία. Οι πρωτοσυνομιλίες αυτές διακρίνονται από συγχρονισμό, καθώς τα χρονικά διαστήματα ανάμεσα στις ενάρξεις της μητέρας και του βρέφους δείχνουν ότι και οι δύο συμμετέχοντες προσπαθούν να συγχρονιστούν στον ίδιο ρυθμό (Trevarthen, 1998, 2001, 2016). Το βρέφος κοιτά τη μητέρα στα μάτια κατά 90% του χρόνου, όταν οι δύο συμμετέχοντες είναι έτοιμοι να παίξουν πρόσωπο με πρόσωπο. Η αλληλεπίδραση αυτή μοιάζει σύμφωνα με τον Trevarthen (2001) με ένα αργό *adagio* (70 χτύποι το λεπτό). Το βρέφος παράγει κατά τη διάρκεια του

διαπροσωπικού αυτού παιχνιδιού φωνοποιήσεις και η μητέρα αντιδρά με τη σειρά της σε αυτές, καθώς τους αποδίδει νοήματα και προσπαθεί να ερμηνεύσει τα συναισθηματικά μηνύματα που αυτές μεταφέρουν. Οι ηχητικές αυτές εκφορές του βρέφους (γουργουρίσματα ή κου, γκλου, αγκού) διαρκούν 2 με 3 δευτερόλεπτα, όσο δηλαδή διαρκεί η εκφορά μιας σύντομης φράσεις από έναν ενήλικα. Τα βρέφη ωστόσο δεν περιορίζονται μόνο σε φωνοποιήσεις στη διάρκεια αυτής της αλληλεπίδρασης (Trevarthen, 2016). Κάνουν χειρονομίες οι οποίες εμφανίζονται με τη μορφή εκφραστικών κινήσεων των χεριών (προ-σήματα χεριών) ή εμφανίζουν αυτό που ο Trevarthen (2001) ονόμασε προ-ομιλία. Στην προ-ομιλία το βρέφος ανοίγει τα χείλη παρατεταμένα σαν τρομπέτα και αυτές οι άηχες εκφράσεις αποτελούν προάγγελο της εμπρόσθιας δραστηριότητας της άρθρωσης για το σχηματισμό των συμφώνων. Αυτή η αμοιβαία επαφή με τα μάτια, η ανταλλαγή φωνοποιήσεων και κινήσεων αποτελεί αμοιβαίο μοίρασμα εμπειριών και έκφρασης.

Στον τρίτο περίπου μήνα ζωής, το βρέφος αναγνωρίζει τον εαυτό του στον καθρέφτη και εμφανίζονται περισσότερο περίπλοκα πρόσωπο με πρόσωπο παιχνίδια. Εδώ ο ρυθμός του προφορικού παιχνιδιού χαρακτηρίζεται από επιτάχυνση του ρυθμού σε *adante* (90 το λεπτό). Οι συναλλαγές μητέρας-βρέφους είναι πιο ζωντανές και είναι περισσότερο παιχνίδι παρά πρωτοσυνομιλίες (Trevarthen, 2001, 2016). Αν και η μητέρα προλαβαίνει το βρέφος λίγο ταχύτερα και οι δύο συμμετέχοντες συγχρονίζονται πάλι περίπου μέσα στα ίδια χρονικά πλαίσια. Πιο συγκεκριμένα μητέρα και βρέφος προλαβαίνουν ο ένας τον άλλο με διαφορά $1/6$ ή $1/4$ του δευτερολέπτου. Από τον τρίτο ήδη μήνα το βρέφος δείχνει σαφείς ενδείξεις του χιούμορ καθώς ξεκαρδίζεται με τα πειράγματα της μητέρας (Reddy, 1990).

Γύρω στον τέταρτο με πέμπτο μήνα, το βρέφος ξεκινά να γίνεται περισσότερο δραστήριο καθώς αυξάνεται το ενδιαφέρον του για το περιβάλλον. Την περίοδο αυτή

αυξάνεται και ο χειρισμός των αντικειμένων, ενώ ξεκινούν τα πρόσωπο με πρόσωπο παιχνίδια στα οποία εμπλέκονται και αντικείμενα. Τα παιχνίδια εδώ είναι ταχύτερα, εντονότερα και διαρκούν περισσότερο. Τώρα περιπλέκονται στη συναλλαγή και τα τραγούδια τα οποία φαίνεται να έχουν καθολικά χαρακτηριστικά στην επιτάχυνση και στην επιβράδυνση σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Αυτά έχουν κατά βάση στροφή τεσσάρων γραμμών και ρυθμό *adante* (Trevarthen, 2001).

Γύρω στον έκτο με έβδομο μήνα συντελούνται περισσότερες αλλαγές. Εμφανίζεται το βάβισμα, ο επίμονος χειρισμός και το ρυθμικό χτύπημα των αντικειμένων, το βρέφος πιθανόν να μπουσουλάει και να κάθεται. Στο στάδιο αυτό εμφανίζεται επίσης ο φόβος για τα ξένα πρόσωπα, ως αποτέλεσμα του δεσμού του βρέφους προς τη μητέρα του και της ικανότητάς του να ξεχωρίζει τώρα τα οικεία από τα ξένα πρόσωπα. Μετά τον έκτο μήνα τα βρέφη παίρνουν ολοένα και περισσότερες πρωτοβουλίες προσπαθώντας να προκαλέσουν το γέλιο ενός συντρόφου (Trevarthen, 2001). Την ίδια περίοδο εμφανίζεται και η "συναισθηματική αναφορά" η οποία αποτελεί την ικανότητα του βρέφους να προσαρμόζει και να προσανατολίζει το σώμα και τις πράξεις του, στο σώμα και τις πράξεις του συντρόφου του. Προκειμένου να παρακολουθήσει ένα αντικείμενο που δείχνει η μητέρα, το βρέφος θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του, εκεί που είναι η προσοχή της μητέρας ώστε να βρει το αντικείμενο της κοινής προσοχής (Trevarthen, 2016).

2. Δευτερογενής Διωποκειμενικότητα

Από τον 9^ο μήνα ζωής και μετά, κυριαρχεί η τριάδα πρόσωπο-πρόσωπο-αντικείμενο. Τα αντικείμενα του οπτικού πεδίου της δυάδας μητέρας-βρέφους γίνονται αντικείμενα αμοιβαίας προσοχής και παιχνιδιού. Η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της

μίμησης ενεργειών σε αντικείμενα και του *χειρισμού των αντικειμένων* (Braten & Trevarthen, 2007). Η έναρξη της τριαδικής αλληλεπίδρασης σηματοδοτεί την απαρχή της δευτερογενούς διυποκειμενικότητας (Rochat, Passos-Ferreira & Salem, 2009).

Στην ηλικία αυτή τα βρέφη κατανοούν πως τα αντικείμενα έχουν διαθεσιμότητα, χρήσεις και ενδιαφέρον που δημιουργούνται από ή προς ένα άλλο πρόσωπο (Παπασταθόπουλος, 2014). Τα βρέφη προβαίνουν στον εντοπισμό, το πιάσιμο και το χειρισμό αντικειμένων τους καθώς επικοινωνούν με ένα άλλο άτομο, το οποίο εκδηλώνει ενσυναίσθηση (συνήθως τον πατέρα ή τη μητέρα). Το βρέφος δεν κατανοεί μόνο τις χρήσεις των αντικειμένων και τις αναπαράγει, αλλά κατανοεί τα αισθήματα που εκφράζει ο σύντροφος τους για τα αντικείμενα και τις καταστάσεις (Trevarthen, 2001).

Τα βρέφη επιθυμούν αυτή την περίοδο να αιχμαλωτίσουν την προσοχή και να τραβήξουν το ενδιαφέρον της μητέρας μέσω της χρήσης αντικειμένων του περιβάλλοντος. Μάλιστα παρατηρούν το βαθμό που ο σύντροφος τους τα παρακολουθεί όταν αυτά δρουν. Καθώς παίζουν, κοιτούν μία το αντικείμενο και μία τη μητέρα για να διασφαλίσουν πως έχουν την προσοχή της. Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο τα βρέφη προσπαθούν να προσελκύσουν την προσοχή της μητέρας είναι με τη “δείξη”. Με την είσοδο στη δευτερογενή διυποκειμενικότητα το βρέφος επιχειρεί πλέον να ελέγξει το κοινωνικό περιβάλλον (Rochat, et. al, 2009).

Σύμφωνα με τους Meltzoff και Moore (1998), ο *αμοιβαίος συγχρονισμός* (mutual timing), τα *αντικείμενα και τα πρόσωπα που συμμετέχουν σε μία συνθήκη αλληλοσυντονισμού της προσοχής* (joint attention), ‘η *ανάγνωση*’ από την πλευρά του *βρέφους των εκφράσεων του προσώπου των σημαντικών άλλων* (social referencing), αποτελούν σημάδια μη λεκτικής διυποκειμενικής επικοινωνίας, καθώς φανερώνουν

πως το βρέφος λαμβάνει υπόψιν του τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων ανθρώπων.

Μέσω των αντικειμένων κοινής προσοχής το βρέφος ερμηνεύει τα επικοινωνιακά σήματα της μητέρας, κατανοεί τις προθέσεις και τις συναισθηματικές της εκφράσεις, συνδυάζοντας τις φωνοποιήσεις, τις χειρονομίες και το βλέμμα της μητέρας (Trevarthen, 2001). Η ικανότητα του βρέφους να εστιάζει την προσοχή του σε αντικείμενα προκειμένου να κάνει κατανοήσει τα συναισθήματα των άλλων ατόμων, σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα του βρέφους να αντιμετωπίζουν τους άλλους ως άτομα που έχουν σκοπούς και προθέσεις (Cohnboy & Kuhl, 1998).

Το δείξιμο αντικειμένων και το βλέμμα της μητέρας προς ένα αντικείμενο κοινής προσοχής, μεταβιβάζει επικοινωνιακά μηνύματα και βοηθά στην ανάπτυξη της γλώσσας, καθώς οι χειρονομίες συνοδεύονται συνήθως από λέξεις και ήχους (Cohnboy & Kuhl, 1998). Την περίοδο της δευτερογενούς διυποκειμενικότητας ξεκινά και η σκόπιμη μίμηση του βρέφους καθώς και η πολιτισμική μάθηση (Trevarthen, 2016).

3. Τριτογενής Διυποκειμενικότητα

Προς το τέλος του πρώτου έτους, οι λέξεις που χρησιμοποιούνται από τους άλλους για την ονομασία αντικειμένων ή ανθρώπων προσελκύουν την προσοχή του βρέφους και ξεκινά να τις μιμείται (Braten, 2007). Οι χειρονομίες και η παραγωγή μεμονωμένων λέξεων και απλών χαρακτηρισμών δίνουν τη θέση τους στο καθαρό λόγο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και τα βρέφη αρχίζουν να συνδυάζουν λέξεις. Από το δεύτερο έως το έκτο έτος το παιδί εισέρχεται πια στο στάδιο της *τριτογενούς διυποκειμενικότητας* κατακτώντας ανώτερες γνωστικές λειτουργίες όπως είναι η συμβολική επικοινωνία και η γλώσσα ή η θεωρία του νου, η ικανότητα δηλαδή να

αντιλαμβάνονται τα παιδιά τις προθέσεις και την οπτική γωνία των άλλων ανθρώπων (Braten & Trevarthen, στο Braten, 2007). Εδώ σημαντικό ρόλο κατέχουν οι συμβολικές συνομιλίες με αληθινούς αλλά και φανταστικούς φίλους γιατί αυτές οδηγούν σε ανώτερης τάξης πνευματικές αναπαραστάσεις (Kugiumutzakis, 1998; Kugiumutzakis & Papastathopoulos, 2007). Χαρακτηριστικό παράδειγμα του δρω διαμέσου του άλλου (altrecentric participation) στους ενήλικες, είναι ότι αρκετές φορές ακούγοντας τον συνομιλητή που ένα άτομο συμπληρώνει την πρόταση του προτού αυτός να την ολοκληρώσει (Braten, 1998). Το ίδιο κάνουν και τα βρέφη, «συμπληρώνουν» τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά μητέρας-βρέφους σε κάθε στάδιο της Διωποκειμενικότητας

| Στάδια Διωποκειμενικότητας | Χαρακτηριστικά |
|---|---|
| Πρωτογενής (2 ^{ος} μήνας) | -πρόσωπο-πρόσωπο -πρωτοσυνομιλία -συγχρονισμός με βάση τη γλώσσα του σώματος |
| Δευτερογενής (9 ^{ος} μήνας-12 ^{ος} μήνας) | -πρόσωπο-Αντικείμενο-πρόσωπο -μίμηση και μιμητικά παιχνίδια -χιούμορ -αλληλοσυντονισμός προσοχής (joint attention) |
| Τριτογενής (2 ^ο -6 ^ο έτος) | -εμφάνιση γλώσσας -θεωρία νου |

3.1 Η σημασία της μητρικής ομιλίας

Το βρέφος δεν αντιδρά μόνο αντανακλαστικά, αλλά αντιδρά και στα ερεθίσματα (Reddy, 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα νεογέννητα αναγνωρίζουν τη φωνή της μητέρας πολύ πριν από την γέννηση τους, όταν βρίσκονται ακόμη στη μήτρα (DeCasper, 2001). Λίγες μόνο ώρες μετά τη γέννηση, αναγνωρίζουν και το πρόσωπο της μητέρας (Brazelton, 1973,1974; Stern, 1974, 1985; Trehub, 1973; Trevarthen, 1974,1977, 1979; Papousek & Papousek, 1977).

Η ομιλία της μητέρας προς το βρέφος είναι εξαιρετικής σημασίας. Πρόκειται για ρυθμικές, μελωδικές συχνά επαναλαμβανόμενες εκφράσεις, τραγουδάκια ή νανουρίσματα, που έχουν ως στόχο να εκφράσουν συναισθήματα και προθέσεις. Η ομιλία αυτή είναι μουσική και μελωδική (Braten, 2007; Κουγιουμουτζάκης, 2016). Η οικουμενική έκταση της μητρικής ομιλίας ονομάστηκε “διαισθητική μητρική ομιλία” και αφορά τη ποιότητα ομιλίας της μητέρας, με βάση την οποία προβάλλει τα συναισθήματα της στο βρέφος. Η διαισθητική ομιλία της μητέρας δείχνει τον τρόπο με τον οποίο εκείνη χαρτογραφεί τις αλλαγές στην επικοινωνία και τη συναισθηματική έκφραση του βρέφους της (Trevarthen, 2001).

Το βρέφος έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει και να ξεχωρίζει από νωρίς τα σήματα αυτά. Μάλιστα εκδηλώνει μεγάλο ενδιαφέρον για την μελωδικότητα της ανθρώπινης φωνής, τον ρυθμό και την μουσικότητά της, ενώ ανταποκρίνεται και συγχρονίζεται προς αυτήν με τις κινήσεις του σώματος του και τις εκφράσεις του προσώπου του (Bremmer, Slater & Butterworth, 1997). Η ζωντάνια της μητρικής φωνής και η ενεργητικότητα της, εξάπτουν την φαντασία του βρέφους και κινούν το ενδιαφέρον του. Όσο το βρέφος αναπτύσσεται και γίνεται πιο ενεργητικό, τόσο η ομιλία της μητέρας γίνεται πιο μελωδική, ζωνρή και σύνθετη. Η μητέρα προσαρμόζει τον τόνο

της φωνής της ανάλογα με την διάθεση και το χιούμορ του παιδιού της αναπτύσσοντας κατά κάποιο τρόπο ένα «τελετουργικό» για να επικοινωνήσουν (Braten, 2007; Meltzoff & Moore, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001; Tronick, 1989; Κουγιουμουτζάκης, 2001, 2016). Όταν το βρέφος είναι κουρασμένο ή ενοχλημένο η μελωδικότητα της μητρικής φωνής βοηθά στην αποκατάσταση της ψυχικής του ηρεμίας.

Όλα τα κιναισθητικά όργανα του βρέφους είναι ενεργοποιημένα στην πρώτη επικοινωνία του με την μητέρα (Trevarthen, 2012). Η ομιλία της, βοηθά το βρέφος να αποκτήσει αίσθηση του εαυτού του και συνείδηση των άλλων γύρω του ενισχύοντας την επικοινωνία, πολύ πριν ακόμα αναπτυχθεί ο λόγος του (Braten, 2007).

Η μητέρα παρόλο που είναι βιολογικά ωριμότερη προσαρμόζει την ομιλία και τις κινήσεις της, έτσι ώστε να είναι κατανοητή από το βρέφος και ταυτόχρονα, το βρέφος ανταποκρίνεται, ρυθμίζοντας τις κινήσεις του στο άκουσμα της φωνής της (Braten, 2007; Trevarthen & Aitken, 2001). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε πολλές διαφορετικές γλώσσες και τα βρέφη φαίνεται να έχουν προτίμηση στη μελωδικότητα και μουσικότητα της μητρικής φωνής, διότι τους προσελκύει την προσοχή και ενισχύει την επικοινωνία. Πρόκειται για μια διαδικασία όπου η μητέρα ‘‘ακούει’’ το βρέφος και το αντίστροφο (Trevarthen & Aitken, 2001).

Η ανάπτυξη επιτυγχάνεται περισσότερο όταν οι γονείς ανταποκρίνονται με ευαισθησία στα κίνητρα και τα συναισθήματα που τους εκφράζουν τα παιδιά τους (Trevarthen & Aitken, 2001). Μετά τους 3 μήνες ξεκινούν τα παιχνίδια με το σώμα, τραγουδάκια χωρίς νόημα, τα παλαμάκια και το γαργαλητό, τα οποία είναι ρυθμικά και μελωδικά, επαναλαμβανόμενα και γίνονται συνήθως με ευχαρίστηση και ενθουσιασμό από την πλευρά της μητέρας. Μετά τους 4 μήνες εντείνεται το ενδιαφέρον των βρεφών για τα συναισθήματα και τη διάθεση των ενήλικων και μπορούν να συμμετάσχουν σε

πιο πολύπλοκα παιχνίδια. Σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις το βρέφος μπορεί να αναλάβει το ίδιο πρωτοβουλία και η μητέρα ανταποκρίνεται. Τα μεγαλύτερα παιδιά ελέγχουν και προσπαθούν να κατανοήσουν τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας τους αν βρεθούν σε αγχογόνες ή ασυνήθιστες συνθήκες, όπως για παράδειγμα στην παρουσία ενός ξένου προσώπου (Trevarthen, 2012).

Συμπερασματικά, η ανάγκη του βρέφους για επικοινωνία είναι έμφυτη και αυτό φαίνεται αμέσως από τις προσπάθειες του για συγχρονισμό, με τις κινήσεις και τις εκφράσεις της μητέρας (Trevarthen, 1979, 2012). Από την γέννηση το βρέφος εισέρχεται στο διυποκειμενικό δίκτυο και εκδηλώνονται οι πρώτες μορφές διυποκειμενικής εμπειρίας. Νέες ικανότητες και εμπειρίες ενσωματώνονται στο διυποκειμενικό δίκτυο και αυτό γίνεται πιο πολύπλοκο καθώς νεότερες και ανώτερες ικανότητες αποκτώνται με το πέρασμα του χρόνου. Σε κάθε φάση της ζωής μας το διυποκειμενικό δίκτυο επεκτείνεται και γίνεται πιο πλούσιο ακόμα και μετά από την κατάκτηση της γλώσσας (Stern, 2007). Η διυποκειμενική εμπειρία συνεχίζεται εφόρου ζωής.

3.2 Νεογνική μίμηση

Η θεωρία της διυποκειμενικότητας του Trevarthen υποστηρίχθηκε και από τις μελέτες που αφορούν τη βρεφική μίμηση, καθώς αυτές ενίσχυσαν την άποψη ότι γεννιόμαστε με έμφυτο το κίνητρο της επικοινωνίας.

Το 1957, ένας ερευνητής ονόματι Zazzo δημοσίευσε ευρήματα από την έρευνα του σχετικά με τη νεογνική μίμηση. Το άρθρο περιέγραφε ότι ο γιός του μιμήθηκε την προβολή της γλώσσας του ερευνητή σε ηλικία 27 ημερών. Ωστόσο, οι επιστήμονες

εκείνης της εποχής απέρριψαν την άποψη ότι το βρέφος μπορεί σκόπιμα να μιμηθεί τις ενέργειες ενός άλλου ατόμου (Trevarthen, 2016).

Παρόλα αυτά, τα ευρήματα του Zazzo υποστηρίχθηκαν αργότερα από πολλούς άλλους ερευνητές (Trevarthen, 2016). Η Μαράτου (1973), ανακάλυψε πως τα βρέφη έχουν την ικανότητα να μιμούνται τις εκφράσεις του προσώπου από τη δεύτερη κιόλας εβδομάδα ζωής, οι Meltzoff και Moore (1977), επιβεβαίωσαν λίγα χρόνια μετά το εύρημα αυτό σε νεογνά ηλικίας 12-21 ημερών, οι Greenberg και Cohen (1982) σε βρέφη 36 ωρών και ο Κουγιουμουτζάκης (1985), σε βρέφη 10-45 λεπτά μετά τον τοκετό (Trevarthen, 2016). Τα βρέφη αυτά, μιμούταν κυρίως την προβολή της γλώσσας του ερευνητή ή τις κινήσεις των χειλιών του, χωρίς να έχουν δει ποτέ τον εαυτό τους ή κανένα άλλο πρόσωπο, λίγες ώρες μετά τη γέννηση τους. Οι ερευνητές αυτοί υποστήριζαν την έμφυτη διυποκειμενική φύση της μίμησης, που έχει ως στόχο τη διαπροσωπική επικοινωνία. Από τότε πληθώρα ερευνών επιβεβαίωσε τα ευρήματα της νεογνικής μίμησης από τις πρώτες κιόλας ώρες ζωής.

Η μοναδική για το ανθρώπινο είδος ικανότητα να μιμείται, έχει αποδειχθεί και για βρέφη μεγαλύτερης ηλικίας. Οι Kugiumutzakis και Heinmann (1988), βρήκαν ότι βρέφη 3-4 μηνών προσπαθούν να μιμηθούν τους ήχους της μητρικής φωνής, αρθρώνοντας μερικά φωνήεντα και ανοιγοκλείνοντας το στόμα τους. Αυτό μοιάζει με μία προσπάθεια του νεογέννητου να εμπλακεί περισσότερο στην επικοινωνία του με την μητέρα, σαν να έχει έμφυτη την ανάγκη να γνωρίσει τον κόσμο γύρω του. Οι μιμητικές κινήσεις και οι ήχοι που παράγουν τα βρέφη, αλλά και η μητέρα, ποικίλουν στην ένταση, το ρυθμό, τους συνδυασμούς και το χρονικό πλαίσιο και αυτό βοηθά στην καλύτερη εναρμόνιση της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους, αλλά και στην επικοινωνία διαφορετικών συναισθημάτων και μηνυμάτων κάθε φορά (Trevarthen, 2010). Την ίδια περίοδο τα βρέφη είναι απολύτως ικανά να μιμούνται τη δείξη και τα παλαμάκια

(Trevarhten, 2016), ενώ σύμφωνα με τους Papousek και Papousek (1981), στους 4 μήνες τα βρέφη αναπαράγουν μεγαλύτερους και περισσότερο πρωτότυπους συνδυασμούς των γονεϊκών μουσικών ήχων.

Ο Fiamenngi (1997), με τη «μέθοδο της μίμησης» βρήκε ότι τα βρέφη επικοινωνούν διυποκειμενικά και με τους συνομηλίκους. Από την ηλικία των 5 μηνών και μετά, προσπαθούν να διατηρήσουν επαφή με ένα άλλο βρέφος, μιμούμενα τις κινήσεις τους. Τα βρέφη αυτά όταν κάθονταν απέναντι, κοιτάζονταν, κουνούσαν ταυτόχρονα μέρη του σώματος τους και μάλιστα στον ίδιο χρόνο, συγχρονίζοντας τις κινήσεις τους. Ο Fiamenngi (1997) συμπέρανε πως τα ζεύγη βρεφών χρησιμοποιούν τη μίμηση για να επικοινωνήσουν, συγχρονίζοντας μάλιστα τη συμπεριφορά τους. Η μίμηση χρησιμοποιείται ως μέσω διατήρησης της αλληλεπίδρασης και της 'συζήτησης' μεταξύ των δύο συντρόφων. Επιπλέον, εκφράζει τη συμπάθεια και την αναγνώριση προς το άλλο άτομο. Ως τον έκτο μήνα, βρέθηκε ότι οι μητέρες μιμούνται περισσότερο τα βρέφη όσον αφορά τις φωνητικές εκφράσεις, παρά τα βρέφη τις μητέρες (Κουγιουμουτζάκης, 2016).

Μετά τον 6ο μήνα η μιμητική ικανότητα του βρέφους αναπτύσσεται και εμπλουτίζεται περαιτέρω. Το βρέφος χρησιμοποιεί τη μίμηση την παιχνιδιάρικη μίμηση με αυτεπίγνωση προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα τους άλλους (Trevarhten, 2016). Σε διάφορες έρευνες, βρέφη 6 μηνών παρατηρήθηκαν την ώρα που αλληλεπιδρούσαν με άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Βρέθηκε ότι τα πρώτα, ήταν δεκτικά στο άγγιγμα των άλλων παιδιών, χαμογελούσαν και ήταν πιθανότερο να ανταποδώσουν το άγγιγμα (Hay et al., 1983; Reddy et al., 1997). Οι έρευνες αυτές κατέδειξαν για ακόμη μία φορά την ικανότητα των βρεφών να προσπαθεί εμπρόθετα να ταιριάζει την έκφραση του με αυτή ενός άλλου προσώπου δείχνοντας ενδιαφέρον και ευχαρίστηση. Όπως βρήκαν και άλλοι ερευνητές (Nakano, 1994, 1995; Reddy,

1991), η μίμηση χρησιμοποιείται ως μέσο έκφρασης του χιούμορ. Το χιούμορ αποτελεί ένα πολύ καλό παράδειγμα έκφρασης της διυποκειμενικότητας αφού συμβάλει στην ανάπτυξη της επικοινωνίας (Fiamenghi, 1997).

Κατά την περίοδο της δευτερογενούς διυποκειμενικότητας (9-14 μήνας), το βρέφος επιδεικνύει στους άλλους τι έχει μάθει, με υπερηφάνεια ή ντροπή. Για παράδειγμα, πριν το πρώτο έτος, έχοντας μάθει την κίνηση του ταΐσματος στο στόμα με κουτάλι, το βρέφος είναι ικανό να αναπαράγει επαρκώς αυτή την πράξη προς τους γονείς του (Kugiumutzakis, 1998). Το παιδί επικοινωνεί μιμούμενο τις πράξεις των σημαντικών άλλων, μέσω αυτού που ο Braten (1998) ονομάζει "έτεροκεντρική συμμετοχή" (altercentric participation). Πρόκειται για την εγγενή, διαισθητική ικανότητα του συμπάσχειν, του μοιράσματος των εμπειριών με τους άλλους, σαν να μοιραζόμαστε το ίδιο σώμα. Ως εκ τούτου, έως το πρώτο έτος και παρόλο που η κατάκτηση της γλώσσα εξακολουθεί να μην υφίσταται, το βρέφος ξεκινά να μιμείται εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες και γενικότερα τις πράξεις των προσώπων που το φροντίζουν.

Σύμφωνα με τους Fiamenghi, Trevarthen και Kokkinaki (1999), η μίμηση υπάρχει εκ γενετής και εκφράζει την άμεση συμπάθεια μεταξύ δύο συντρόφων. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο το γεγονός πως τα βρέφη κλαίνε, όταν ακούν άλλα βρέφη να κλαίνε (Martin & Clark, 1982; Sagi & Hoffman, 1976; Simmer, 1971). Σημαντικό ρόλο παίζουν η μίμηση και τα μιμητικά παιχνίδια. Το βρέφος αρχικά αισθάνεται την ύπαρξη του μα δεν μπορεί να δει τον εαυτό του ενώ αντίθετα βλέπει τους άλλους χωρίς να τους αισθάνεται. Έτσι δρα μαζί με αυτούς γιατί τους θεωρεί όμοιους του. «Μπορώ να δω όπως οι άλλοι και οι άλλοι να δρουν όπως εγώ» (Meltzoff & Moore, 1998.). Η μίμηση δεν είναι αντανakλαστική αλλά έχει σκοπό και φανερώνει την έμφυτη ικανότητα του βρέφους να κατανοεί τους σκοπούς, τις πράξεις και τα συναισθήματα των άλλων (Meltzoff & Moore, 1998).

Συμπερασματικά, οι απόψεις του Piaget και των συμπεριφοριστών ότι η μίμηση αποτελεί μία επίκτητη ικανότητα για το βρέφος, καταρρίφθηκαν. Σε νατουραλιστικό πλαίσιο και όχι σε πειραματικές συνθήκες, τα βρέφη είναι ικανά να μιμούνται τις εκφράσεις του προσώπου, τις κινήσεις των χεριών και μερικά το φωνήεν 'α', από τις πρώτες κιόλας ώρες της ζωής τους (Κουγιουμουτζάκης, 2016). Τα βρέφη δεν είναι 'μωρά' αλλά πρόσωπα που έχουν νου (Trevarthen, 2001, 2016). Παρόλο που το ζήτημα της μίμησης κατά τη βρεφική ηλικία απασχόλησε τους ερευνητές για πάνω από 35 χρόνια, δεν δέχονται όλοι οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι την άποψη ότι η μίμηση αποτελεί ένα έμφυτο χαρακτηριστικό του ανθρώπου. Μεθοδολογικές διαφορές φαίνεται ωστόσο να εξηγούν αυτή τη διχογνωμία.

3.3 Το χιούμορ στη βρεφική ηλικία

Ο McGhee (1979) υποστήριξε πως το χιούμορ αποτελείται από τέσσερα στάδια: πρώτον, τις αντιφατικές πράξεις προς τα αντικείμενα, δεύτερον, την αταίριαστη κατονομασία αντικειμένων και γεγονότων, τρίτον την αντιληπτική αντίφαση και τέταρτον τα πολλαπλά νοήματα. Το χιούμορ ξεκινά μετά το δωδέκατο μήνα. Η περίοδος από τη γέννηση έως το πρώτο έτος ονομάστηκε από τον McGhee (1979) προ-χιουμοριστική. Πιο συγκεκριμένα, κατά την πρώτη εβδομάδα, στη διάρκεια του ύπνου εμφανίζεται το χαμόγελο ως αντανακλαστική δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κατά τη δεύτερη και τρίτη εβδομάδα, εμφανίζεται το πρώτο χαμόγελο συνήθως μετά την λήψη τροφής. Στο τέλος του πρώτου μήνα, το βρέφος χαμογελά στο άκουσμα της μητρικής φωνής και 6 με 8 εβδομάδες μετά τη γέννηση εμφανίζεται το πρώτο κοινωνικό χαμόγελο. Από το δεύτερο έως τον τέταρτο μήνα το χαμόγελο γίνεται πλατύτερο. Από τον τέταρτο έως τον έκτο μήνα, τα βρέφη αναγνωρίζουν τη διατάραξη

του αναμενόμενου. Από τον έβδομο έως τον ένατο μήνα, το βρέφος αρχίζει να έχει συγκεκριμένες προσδοκίες και να αναγνωρίζει πότε διαταράσσονται αυτές. Από τον ένατο έως το δωδέκατο μήνα, ξεκινά η αλληλεπίδραση με οπτικά και κοινωνικά αντικείμενα (το κου-κου-τσα, η εξαφάνιση αντικειμένων, η κάλυψη του προσώπου κ.α.). Η περίοδος του χιούμορ ξεκινά για τον McGhee (1979) μετά το πρώτο έτος, όταν κάνει την εμφάνιση του το συμβολικό παιχνίδι και όταν εμφανίζεται η γλώσσα (Pagliano, Zampbone & Kelley, 2007).

Σε αντίθεση με τις απόψεις του Freud και του McGhee (1979) ότι το χιούμορ αποτελεί μορφή παιχνιδιού που εμφανίζεται στο δεύτερο χρόνο ζωής με τη μορφή του συμβολικού, αλλά και με άλλους ερευνητές που υποστήριξαν ότι το χιούμορ εμφανίζεται μετά τον έβδομο μήνα, η Reddy (2001) υποστήριξε ότι τα βρέφη από τους 6 μήνες ή και νωρίτερα ανταποκρίνονται με θετικό τρόπο στα πειράγματα των σημαντικών άλλων.

Οι μητέρες ξεκινούν να κάνουν αστεία με τα βρέφη τους πριν ακόμη αυτά κλείσουν το πρώτο έτος. Οι μητέρες χρησιμοποιούν το χιούμορ προκειμένου να αντιμετωπίσουν την "κακή διαγωγή" των βρεφών τους, με κοινωνικά αποδεκτούς και συναισθηματικούς τρόπους. Οι αστεϊσμοί των μητέρων εισάγουν τα βρέφη στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο για να προάγουν επικοινωνιακά μηνύματα πριν ακόμα αυτά κατακτήσουν τη γλώσσα (Reddy, 2001; Παπασταθόπουλος, 2014). Συχνά ανταποδίδουν τα πειράγματα και μεγαλώνοντας επιδίδονται σε δικούς τους αστεϊσμούς και άλλες χιουμοριστικές πράξεις (Σεμιτέκολο, 2016). Φαίνεται πως τα βρέφη κατανοούν τις προθέσεις των άλλων, αλλά και το νόημα που ενέχουν οι προσποιήσεις αυτού που αστειεύεται. Τα βρέφη πειράζουν εμπρόθετα το σύντροφο τους με την εσκεμμένη ανυπακοή και την γελοιοποιία. Το χιούμορ δεν αποτελεί απλώς μια μορφή παιχνιδιού, αλλά μια αλληλεπίδραση που ενέχει τη μορφή του προσποιητού, του

απροσδόκητου και που οδηγεί τον ενήλικα να παλινδρομεί σε προηγούμενες ηλικίες. Το χιούμορ αποτελεί μια μορφή επικοινωνίας μεταξύ δύο συντρόφων που έχουν ως στόχο να προσποιηθούν, να γελάσουν, να ζήσουν και να αισθανθούν έκπληξη (Σεμιτέκολο, 2016).

Από τον έκτο μήνα και μετά το βρέφος εμφανίζει τα "πρωτο-σήματα", δηλαδή ένα σύνολο μαθημένων κόλπων, ήχων και χειρονομιών που έχουν ως στόχο την πρόκληση του ενδιαφέροντος και την έκπληξη και το χλευασμό του συντρόφου (Παπασταθόπουλος, 2014). Γύρω στον 7^ο και 8^ο μήνα τα βρέφη σκόπιμα παραλλάσσουν τις μαθημένες αυτές πράξεις προκειμένου να προκαλέσουν γέλιο. Για παράδειγμα προσποιούνται πως πάνε να δώσουν κάτι στη μητέρα και μόλις εκείνη πάει να το πιάσει το παίρνουν πίσω (λανθασμένη προσδοκία). Το χιούμορ μπορεί να περιλαμβάνει και φωνοποιήσεις που έχουν ως στόχο την πρόκληση της προσοχής της μητέρας, επαναληπτική εκτέλεση διασκεδαστικών πράξεων (κου-κου-τζα, κρύψιμο κ.α.), σκόπιμη ανυπακοή, προσποίηση κλάματος κ.α. (Παπασταθόπουλος, 2014).

Οι Reddy και Mireault (2015) διαχωρίζουν τη "γελωτοποιία" από το "πείραγμα/κορόιδεμα". Το πρώτο εμφανίζεται μέσα σε ένα παιγνιώδες πλαίσιο, χωρίς την εμπλοκή της γλώσσας, ενώ το δεύτερο συναντάται συνήθως σε περιόδους όπου οι σύντροφοι βαριούνται ή βρίσκονται σε ουδέτερη συναισθηματική κατάσταση. Το "κορόιδεμα" περιλαμβάνει το απροσδόκητο, για παράδειγμα την προσφορά και την απόσυρση ενός αντικειμένου και αποτελεί μια πρόσκληση για αλληλεπίδραση. Το "κορόιδεμα" δείχνει την ικανότητα του βρέφους να αντιλαμβάνεται τις προθέσεις και τις προσδοκίες των άλλων. Το "πείραγμα" αποτελεί μια αντιφατική, προκλητική πράξη που αναγνωρίζεται από τους συμμετέχοντες ως συμπεριφορά που έχει ως στόχο να προκαλέσει γέλιο και έκπληξη (Reddy, 1998, 2001). Για τη Reddy (1991) υπάρχουν τρεις περιπτώσεις "πειράγματος". Πρώτον, η σκόπιμη ανυπακοή στις απαγορεύσεις

των ενηλίκων, δεύτερον η διάσπαση πράξεων/ρουτίνας και τρίτον η προσφορά και απόσυρση ενός αντικειμένου. Αναφορικά με τη επανάληψη πράξεων από τα βρέφη, αυτή κορυφώνεται από τον έβδομο έως τον ενδέκατο μήνα και περιλαμβάνει ασυνήθιστα δυνατές φωνοποιήσεις, παραβίαση κανόνων, παράδοξη εμφάνιση και "μασκάρεμα", μίμηση ασυνήθιστων πράξεων των άλλων, ασυνήθιστες γκριμάτσες και χειρονομίες και παλινδρόμηση συμπεριφοράς (Reddy, 2001).

Από την άλλη, η "γελωτοποιία", η παράξενη μη γλωσσική συμπεριφορά των γονέων ή του βρέφους, ομοιάζει με τη συμπεριφορά του κλόουν στο τσίρκο και περιλαμβάνει, αστείες φωνοποιήσεις, αστείες γκριμάτσες και κινήσεις του σώματος, παράξενες πράξεις, έκθεση κρυμμένων μερών του σώματος, μίμηση παράξενων πράξεων των άλλων, παράξενη διακόσμηση εαυτού, παλινδρόμηση σε προηγούμενη ηλικία κ.α. Η Reddy ορίζει 11 κατηγορίες "γελωτοποιίας" για το βρέφος και 11 για τους ενήλικες που περιλαμβάνουν κοινά και διαφορετικά χαρακτηριστικά (Reddy, 2001). Ένα στοιχείο που απουσιάζει από τη "γελωτοποιία" του βρέφους, αλλά εμφανίζεται στο χιούμορ των ενηλίκων, είναι η γελιοποίηση ενός σοβαρού γεγονότος, αν και στις έρευνες της Reddy (2001) ορισμένα βρέφη ηλικίας 8 μηνών μπορούσαν να μιμηθούν τις σοβαρές εκφράσεις του προσώπου των άλλων προκειμένου να προκαλέσουν γέλιο. Το χιούμορ εμφανίζεται από το δεύτερο μισό του πρώτου έτους και παρόλο που δεν συνοδεύεται με τη γλωσσική ανάπτυξη φαίνεται να περιλαμβάνει κοινωνικά και συναισθηματικά στοιχεία (Reddy, 2001; Παπασταθόπουλος, 2014).

Οι Mireault, Poutre, Sargent-Hier, Dias, Perdue και Myrick (2012) μελέτησαν τη "γελωτοποιία" σε βρέφη από 3 έως 6 μηνών. Οι ερευνητές μαγνητοσκόπησαν το δεκάλεπτο, ελεύθερο παιχνίδι των βρεφών με τους γονείς τους στους 3, στους 4, στους 5 και στους 6 μήνες. Στους γονείς δόθηκαν οδηγίες να αλληλεπιδράσουν με τα βρέφη τους όπως θα έκαναν συνήθως για να τους προκαλέσουν γέλιο. Βρέθηκε ότι οι γονείς

χρησιμοποιούσαν περισσότερο τη “γελωτοποιία” προκειμένου να προκαλέσουν γέλιο στα παιδιά τους και να κερδίσουν την προσοχή τους. Επιπλέον, οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα βρέφη έτειναν να γελούν περισσότερο, όσο μεγάλωναν, στους αστεϊσμούς των γονιών τους. Στους 3 μήνες αντιδρούσαν με φωνοποιήσεις ή ένα απλό χαμόγελο, ενώ στους 5 μήνες τα βρέφη αντιδρούσαν στο χιούμορ των ενηλίκων με περισσότερο σύνθετες συμπεριφορές, για παράδειγμα μιμούμενα τις πράξεις τους. Η Mireault και οι συνεργάτες της (2012) συμπέραναν ότι, η ανάπτυξη του χιούμορ μετά το δεύτερο μισό του πρώτου χρόνου συμπίπτει με την ανάπτυξη της *κοινωνικής αναφορικότητας*, της ικανότητας δηλαδή του βρέφους, να ερμηνεύει κάτι ως απειλητικό ή ασφαλές, έχοντας ως βάση τα κύρια πρόσωπα που το φροντίζουν. Κατά ανάλογο τρόπο, εκλαμβάνουν την παράξενη αυτή συμπεριφορά των γονιών τους ως χιούμορ και αντιδρούν κατάλληλα. Επιπλέον, όσο τα βρέφη αποκτούν περισσότερο έλεγχο των σωματικών τους κινήσεων, τόσο πιο εκλεπτυσμένο γίνεται το χιούμορ τους και τόσο πιο παράδοξες αστείες συμπεριφορές εμφανίζουν (Mireault et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Reddy και Mireault (2015), το βρεφικό χιούμορ εκδηλώνεται σε κοινωνικά πλαίσια διαμέσου των κοινωνικών σχέσεων. Τα βρέφη έχουν την ικανότητα να αντιλαμβάνονται την κανονικότητα και να εκπλήσσονται όταν κάτι ξεφεύγει από αυτήν. Προκειμένου όμως η έκπληξη να δημιουργήσει γέλιο, θα πρέπει αυτή να εκδηλώνεται μέσα σε ένα παιχνιδιάρικο πλαίσιο. Ένα βρέφος 9 μηνών προσφέρει ένα αντικείμενο στη μητέρα και όταν εκείνη πάει να το πιάσει το αποσύρει γελώντας. Μια νεοαποκτηθείσα λέξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ένα βρέφος 12 μηνών με παιχνιδιάρη τρόπο, ένα βρέφος 11 μηνών μπορεί να ανοίγει τα χέρια περιμένοντας το μπαμπά του να το αγκαλιάσει και να απομακρύνεται όταν εκείνος πλησιάζει γελώντας. Για τους ερευνητές, το βασικό συστατικό του χιούμορ είναι η “αντίδραση” του συντρόφου η οποία επιτρέπει τον άλλο να δράσει. Το βρέφος κάνει χιούμορ γιατί

ακριβώς αντιλαμβάνεται τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου ατόμου (Reddy et. al, 2015).

Τα βρέφη μαθαίνουν να κάνουν χιούμορ βλέποντας τους γονείς τους και βλέποντας τις αντιδράσεις αυτών όταν τα ίδια τους πειράζουν. Η ικανότητα τους μάλιστα να αντιλαμβάνονται την τριαδική σχέση μεταξύ της δικής τους δράσης και της αντίδρασης του άλλου στη δράση αυτή εμφανίζεται αναπτυξιακά νωρίτερα από την εμφάνιση της ‘‘κοινής προσοχής’’ (Reddy et. al, 2015). Το χιούμορ δεν αποτελεί μόνο γνωστικό επίτευγμα, αλλά είναι κυρίως κοινωνικό (Mireault et al., 2012).

3.4 Διατάραξη της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους

Τη δεκαετία του 50’ ο Αμερικανός ψυχολόγος Harry Harlow (1962, 1971) εξέτασε την εξάρτηση νεαρών πιθήκων από τη μητέρα τους, υποκαθιστώντας την βιολογική τους μητέρα με μια υποκατάστατη, η οποία ήταν μια συρμάτινη ή πάνινη κούκλα. Η υφασμάτινη ‘μητέρα’ δεν εξυπηρετούσε κανένα σκοπό εκτός από τη ζεστασιά που προσέφερε η αίσθηση του υφάσματος. Αντίθετα, η συρμάτινη κούκλα έδινε τροφή στη μαϊμού, μέσω ενός μπουκαλιού. Ο Harlow υπέθεσε πως η τροφή είναι ο λόγος που ένα βρέφος προσκολλάται στη μητέρα του. Ωστόσο, τα αποτελέσματα του πειράματος έδειξαν κάτι εντελώς διαφορετικό. Παρόλο που η συρμάτινη μητέρα ικανοποιούσε την ανάγκη τους για τροφή και προσέφερε ζεστασιά μέσω ενός λαμπτήρα, τα μαϊμουδάκια περνούσαν εμφανώς μεγαλύτερο χρόνο στην αγκαλιά της υφασμάτινης μητέρας. Ακόμα και όταν και οι δύο υποκατάστατες μητέρες προσέφεραν τροφή, πάλι τα μαϊμουδάκια προτιμούσαν τη ζεστασιά της πάνινης μητέρας. Παρόλο που το πείραμα αυτό δεν πραγματοποιήθηκε σε ανθρώπους αλλά σε μαϊμουδάκια, ο Harlow συμπέρανε πως η ανάγκη για εγγύτητα είναι σημαντικότερη από την ανάγκη για ικανοποίηση των

φυσικών αναγκών μας (Harlow, 1958, 1962, 1971; Tronick, 1988). Όταν τα μαϊμούδάκια του πειράματος μεγάλωσαν, αυτά άρχισαν να επιδεικνύουν παράξενες συμπεριφορές. Κάποια αγκάλιαζαν τον εαυτό τους και εμφάνισαν στερεοτυπικές συμπεριφορές, ενώ άλλα αντιμετώπισαν προβλήματα όσον αφορά την ταυτότητα του φύλου τους. Τέλος, ως γονείς τα απομονωμένα θηλυκά εξελίχθηκαν σε απόμακρες και ψυχρές μητέρες (Harlow, 1958, 1959, 1962, 1965, 1971; Αλεξιάδου, 2012).

Το παραπάνω πείραμα καταδεικνύει τη σημασία που έχει, όχι μόνο η κάλυψη των βιολογικών μας αναγκών από τα πρόσωπα που μας φροντίζουν κατά τη βρεφική μας ηλικία, αλλά και τη σημαντικότητα της αίσθησης του ανήκειν, της εγγύτητας, της ζεστασιάς και της αλληλεπίδρασης που η μητέρα προσφέρει στο παιδί της.

Η επικοινωνία ωστόσο δεν εξαρτάται μόνο από την μητέρα, αλλά είναι μία αμφίδρομη διαδικασία στην οποία διαδραματίζουν ενεργό ρόλο τόσο το βρέφος όσο και το κύριο πρόσωπο που το φροντίζει (Hundeide, 2007). Η μητέρα ανταποκρίνεται στα καλέσματα του παιδιού και αντίστοιχα το βρέφος προσαρμόζει τις αντιδράσεις του σε αυτές της μητέρας (Braten, 1998; Hundeide, 2007; Papousek et al., 1991). Είναι πράγματι αξιοσημείωτος ο τρόπος με τον οποίο η μητέρα και το βρέφος ταυτίζονται συναισθηματικά και συμμετέχουν στην προσπάθεια του τελευταίου να εξερευνήσει τον κόσμο. Το βρέφος λόγω της έμφυτης ικανότητας του να αντιλαμβάνεται την πρόθεση των άλλων για επικοινωνία, αντιλαμβάνεται αντίστοιχα και τη διατάραξη της επικοινωνίας και αντιδρά με δυσφορία (Murray et al., 1991; Murray & Couper, 1997; Trevarthen, 1989).

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές η πρόσωπο-με πρόσωπο αλληλεπίδραση μητέρας και βρέφους ακολουθεί μια αλληλουχία. Ξεκινά με την προσπάθεια της μητέρας να τραβήξει την προσοχή του βρέφους, χρησιμοποιώντας πάντοτε ένα θετικό τρόπο (ενθουσιώδη έκφραση και κίνηση). Το βρέφος ανταποκρίνεται στη συνέχεια με

ουδετερότητα αλλά αργότερα γίνεται και αυτό περισσότερο θετικό. Η μητέρα ανταποκρίνεται θετικά έως ότου το βρέφος αποσυρθεί ξανά ή στρέψει αλλού την προσοχή του (Brazelton, Tronick, Adalmsen, Als & Wise, 1975; Tronick & Cohn, 1987). Η σειρά αυτή καθιστά την επικοινωνία μητέρας-βρέφους θετική. Σημαντική πηγή πληροφόρησης για τη σημασία που έχει η πρόσωπο-με πρόσωπο αλληλεπίδραση, υπήρξε μια πληθώρα ερευνών που χρησιμοποίησε τη σύντομη «διατάραξη» της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους. Στις έρευνες αυτές η διατάραξη δημιουργήθηκε με μια τεχνητή συνθήκη, γνωστή ως «διαδικασία του ανέκφραστου προσώπου». Στη συνθήκη αυτή, η μητέρα μετά από μια περίοδο κανονικού παιχνιδιού με το βρέφος της, καλείται να παραμείνει αδρανής και να μην ανταποκρίνεται (να μην μιλά, χαμογελά, ακουμπά το βρέφος). Στη συνέχεια επανέρχεται στη φυσιολογική αλληλεπίδραση. Η συνθήκη αυτή, σχεδιάστηκε λοιπόν, προκειμένου να διερευνήσει τις αντιδράσεις του βρέφους στη μη διαθεσιμότητα της μητέρας (Brazelton et al., 1975). Οι συνηθέστερες αντιδράσεις βρεφών 3 και 9 μηνών στην «ανέκφραστη» μητέρα, περιλαμβάνουν αρνητικές εκφράσεις προσώπου, κλάμα, στροφή του βλέμματος αλλού, κατευθυνόμενες κινήσεις των χεριών, σύντομα χαμόγελα και κινήσεις που έχουν ως στόχο την διατήρηση της ψυχικής ηρεμίας του εαυτού. Πολλοί ερευνητές υποστήριξαν πως το βρέφος αντιδρά με στη μη διαθεσιμότητα της μητέρας με αυτούς τους τρόπους, πρώτον προκειμένου να τραβήξει την προσοχή της και δεύτερον για να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία μετά από το στρες που προκαλείται από την δυσκολία ανταπόκρισης της μητέρας (Brazelton et al., 1975; Murray & Trevarthen, 1985; Weinberg & Tronick, 1996).

Σε αρκετές πειραματικές μελέτες διατάραξης της επικοινωνίας (perturbation studies) με βρέφη μεγαλύτερης ηλικίας, ζητήθηκε από την μητέρα να μείνει αδρανής και ανέκφραστη την ώρα που επικοινωνούσε με το βρέφος της. Σε όλες αυτές τις

έρευνες, βρέθηκε πως βρέφη 6-12 μηνών ενοχλούνταν από τη συμπεριφορά αυτή (Murray & Trevarthen, 1985; Papousek et al., 1975). Αρχικά κοιτούσαν με παράπονο τη μητέρα και προσπαθούσαν να εκφραστούν ανοιγοκλείνοντας το στόμα. Όσο η μητέρα παρέμενε αδρανής, τόσο τα βρέφη απομονώνονταν και αποσύρονταν κοιτάζοντας περιστασιακά την μητέρα για να δουν εάν είναι διαθέσιμη. Ακόμα και ένα κοριτσάκι 30 μηνών στο πείραμα του «ανέκφραστου προσώπου» αντέδρασε με δραματικό τρόπο στην αποχή και την ψυχρότητα της μητέρας (Tronick, 1988). Ωστόσο μόνο μετά από έντονη τρυφερότητα και καθησυχασμό το κοριτσάκι μπόρεσε να ηρεμήσει.

Παρόλο που αρχικά υποστηρίχθηκε πως τα βρέφη ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών, παραμένουν απαθή στην αδιαφορία της μητέρας (Bigelow, MacLean & MacDonald, 1996), κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε μεταγενέστερα. Όχι μόνο τα 6 μηνών βρέφη, αλλά και τα νεότερα, προσπαθούν να βρουν τρόπους να διατηρήσουν την ψυχική τους ισορροπία και να κερδίσουν ξανά την προσοχή της μητέρας τους. Σε πληθώρα πειραματικών μελετών βρέθηκε λοιπόν, ότι βρέφη ακόμα και κάτω των 3 μηνών, ενοχλούνται και στενοχωριούνται, όταν η μητέρα δεν ανταποκρίνεται στο κάλεσμα τους για επικοινωνία (Murray, 1980; Trevarthen et al., 1981; Trevarthen, 1985). Διαφορές εμφανίστηκαν ως επί το πλείστον, όσον αφορά τη σταθερότητα και το είδος των αντιδράσεων ανά ηλικία. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να οφείλονται στην ανάπτυξη της ικανότητας του βρέφους για αυτό-ρύθμιση και οι οποίες θα εξεταστούν παρακάτω στις έρευνες που ακολουθούν.

Το 1978, ο Tronick και οι συνεργάτες του (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978) εξέτασαν τη διατάραξη της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους με τη βοήθεια ενός πειράματος γνωστού ως **το πείραμα «του ανέκφραστου προσώπου» (still face experiment)**. Στην έρευνα συμμετείχαν, επτά βρέφη ηλικίας από 1 έως 4

μηνών, μαζί με τις μητέρες τους και οι δυάδες εξετάστηκαν στο εργαστήριο σε 1-2 συναντήσεις. Το βρέφος καθόταν σε κάθισμα που ήταν τοποθετημένο πάνω σε ένα τραπέζι, ενώ γύρω του βρίσκονταν κουρτίνες. Η μητέρα, έβγαινε πίσω από τις κουρτίνες και καθόταν ακριβώς απέναντι από το βρέφος. Κάμερες είχαν τοποθετηθεί απέναντι από τους συμμετέχοντες, τόσο για το πρόσωπο της μητέρας, όσο και για το πρόσωπο του βρέφους και οι αντιδράσεις τους μαγνητοσκοπήθηκαν. Οι ερευνητές μπορούσαν να παρατηρήσουν τους δυο συμμετέχοντες σε μια τηλεόραση διπλής οθόνης. Μητέρα και βρέφος αλληλεπιδρούσαν για 3 λεπτά, είτε κανονικά, είτε με «ανέκφραστο πρόσωπο». Όσον αφορά την πρώτη συνθήκη, στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να παίζουν και να αλληλεπιδράσουν με το βρέφος τους όπως θα έκαναν μια φυσιολογική μέρα. Μετά τη λήξη της πρώτης συνθήκης, η μητέρα έφευγε πίσω από τις κουρτίνες και 30 δευτερόλεπτα μετά επέστρεφε για να συμμετάσχει στη συνθήκη 2. Στη συνθήκη του «ανέκφραστου προσώπου» δόθηκαν οδηγίες στις μητέρες να είναι απαθείς και να μην ανταποκρίνονται στα καλέσματα του βρέφους τους όπως θα έκαναν φυσιολογικά.

Από τις μαγνητοσκοπήσεις συνολικά κατηγοριοποιήθηκαν και βαθμολογήθηκαν: α) οι φωνοποιήσεις, β) η κατεύθυνση του βλέμματος, γ) η θέση της κεφαλής και του σώματος, δ) οι εκφράσεις του προσώπου και ε) η κίνηση, τόσο της μητέρας, όσο και του βρέφους. Η βαθμολόγηση έγινε από εκπαιδευμένους παρατηρητές και η αξιοπιστία των παρατηρητών ήταν μεγάλη (Tronick et al., 1978).

Όσον αφορά τη φυσιολογική συνθήκη παρατηρήθηκαν ορισμένες τυπικές συμπεριφορές στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους:

- **έναρξη επικοινωνίας (initiation):** π.χ. η μητέρα μιλά μαμαδίστικα και χαρούμενα για να ηρεμήσει το βρέφος

- **αμοιβαίος προσανατολισμός:** π.χ. η μαμά μιλά και το βρέφος απαντά με φωνοποιήσεις
- **χαιρετισμός/καλωσόρισμα:** π.χ. το βρέφος βλέπει τη μαμά και χαμογελά ή παράγει ήχους
- **απομάκρυνση/μη εμπλοκή:** π.χ. η μαμά σταματά να μιλά μαμαδίστικα καθώς μιλά με ένα ενήλικα και έχει ουδέτερη έκφραση ή κάποιος κοιτά αλλού και σταματά η επικοινωνία.

Στη συνθήκη 2, αυτή του «ανέκφραστου προσώπου» όμως, παρατηρήθηκε ένα εντελώς διαφορετικό μοτίβο. Όταν μπαίνει μέσα η μητέρα, όπως και στη συνθήκη 1, το βρέφος προσπαθεί να την καλωσορίσει. Την κοιτά και χαμογελά. Η μη ανταπόκριση όμως της μητέρας γίνεται αντιληπτή και το βρέφος κοιτά ανήσυχα. Το βρέφος την κοιτά ξανά, χαμογελά λίγο αλλά στρέφει το βλέμμα του αλλού αφού εκείνη δεν ανταποκρίνεται και πάλι. Το βρέφος εναλλάσσει το βλέμμα του προς και μακριά από τη μαμά προσπαθώντας να βολιδοσκοπήσει τη συμπεριφορά της. Για να την ξανακερδίσει, χαμογελά περιστασιακά αλλά με ανήσυχο τρόπο. Πολλά βρέφη ξεκινούν να κάνουν νευρικές κινήσεις, πιπιλούν τα δάκτυλα τους, κοιτούν κάτω, κουνιάζουν το σώμα. Όσο οι απόπειρες αποτυγχάνουν το βρέφος αποσύρεται. Προσανατολίζει βλέμμα και πρόσωπο μακριά από τη μαμά και η έκφραση του είναι αβοήθητη. Το συγκεκριμένο μοτίβο παρατηρήθηκε ανεξαιρέτως σε όλα τα βρέφη της συνθήκης του «ανέκφραστου προσώπου», από τη μικρότερη ηλικία (1-4 μηνών). Κανένα από αυτά δεν έκλαψε ωστόσο και μετά από 30 δευτερόλεπτα, όταν δηλαδή η μαμά επανερχόταν στη συνθήκη 1, τα βρέφη φαίνονταν να ηρεμούν και να ησυχάζουν από τη διατάραξη.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές στην έρευνα αυτή έδειξαν ότι σε σχέση με τα βρέφη της συνθήκης 1, τα βρέφη στη συνθήκη του «ανέκφραστου προσώπου»: γελούσαν

σημαντικά λιγότερο, κατεύθυναν σημαντικά λιγότερο το βλέμμα τους προς τη μητέρα, κοιτούσαν περισσότερο χαμηλά και κούρνιαζαν στο κάθισμα τους και απέστρεφαν το βλέμμα μακριά από τη μητέρα και κοιτούσαν αλλού περισσότερο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν σύμφωνα με τον Tronick και τους συνεργάτες του (Tronick et al., 1978), πως μεταξύ μητέρας και βρέφους υπάρχει ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία αλληλεπίδραση και έχει ως στόχο την επικοινωνία. Το βρέφος παίζει στο σύστημα αυτό καθοριστικό ρόλο, καθώς καλείται να ερμηνεύσει τα μηνύματα της μητέρας του και να προσαρμόσει ανάλογα τη συμπεριφορά του. Το ίδιο ισχύει και για τη μητέρα, η οποία λαμβάνει υπόψιν της την ανατροφοδότηση που λαμβάνει από το βρέφος. Η συγκεκριμένη έρευνα δείχνει ακριβώς την ικανότητα του βρέφους από τόσο νεαρή ηλικία, να αντιλαμβάνεται τη διατάραξη του συστήματος αυτού και να προσπαθεί να επαναφέρει την αμοιβαία επικοινωνία. Η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί ένα σύστημα με κανόνες και σκοπούς που δύο σύντροφοι μοιράζονται εξ αρχής, οι συναισθηματικές αντιδράσεις των οποίων μεταφέρουν μηνύματα. Όταν η γλώσσα απουσιάζει, υπάρχει ένας άλλος κώδικας επικοινωνίας, αυτός που περιλαμβάνει εκφράσεις προσώπου, κινήσεις και φωνοποιήσεις και επιτρέπει σε δύο συντρόφους να ανταλλάσσουν μηνύματα (Tronick et al., 1978). Το βρέφος λοιπόν είναι ευαίσθητο στο να εκλαμβάνει τη διατάραξη της επικοινωνίας.

Η έρευνα του Tronick και των συνεργατών του (1978) υπήρξε πρωτοπόρα όσον αφορά την ανακάλυψη μιας πειραματικής συνθήκης στη διάρκεια της οποίας μπορεί να μελετηθεί η διατάραξη της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, μας επέτρεψαν να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι τυπικές-φυσιολογικές αντιδράσεις ενός βρέφους πολύ μικρού σε ηλικία, όταν η μητέρα του παραμένει ουδέτερη και δεν ανταποκρίνεται. Η μέθοδος που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές,

αποτελέσει έναυσμα για μελλοντικές μελέτες που προσπάθησαν να διερευνήσουν περισσότερο τις αντιδράσεις του βρέφους υπό τέτοιες στρεσογόνες συνθήκες, τις διαφορές των αντιδράσεων αυτών ανά ηλικία κ.α. Αν και πραγματοποιήθηκε στο εργαστήριο, η παραπάνω μελέτη κατέδειξε τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους, αλλά και το γεγονός ότι το βρέφος είναι ένα ον με συναισθήματα και έμφυτο κίνητρο για επικοινωνία, που δεν παραμένει απαθές όταν η μητέρα του δεν είναι διαθέσιμη.

Κατά παρόμοιο τρόπο, οι Murray και Trevarthen (1980, 1985) διεξήγαγαν πειράματα διατάραξης σε βρέφη 6-12 εβδομάδων. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν διπλή οθόνη τηλεόρασης με τη βοήθεια της οποίας, το βρέφος παρακολουθούσε την μητέρα (και το αντίστροφο), είτε ζωντανά σε αληθινό χρόνο, είτε μαγνητοσκοπημένες. Στη συνθήκη όπου τα βρέφη παρακολούθησαν τις αντιδράσεις της μητέρας μαγνητοσκοπημένες, ενοχλήθηκαν και απέφυγαν την επαφή μαζί της. Το πείραμα αυτό επαναλήφθηκε εισάγοντας επιπλέον το στοιχείο του χρόνου-συγχρονισμού. Συγκεκριμένα, στη πρώτη συνθήκη τα βρέφη παρακολούθησαν και αλληλοεπέδρασαν με τη μητέρα ζωντανά ακούγοντας την να μιλάει μωρουδίστικα, μελωδικά και κάνοντας υπερβολικές-έντονες χειρονομίες και γκριμάτσες, ενώ στην άλλη συνθήκη παρακολουθούσαν τις αντιδράσεις της μητέρας με καθυστέρηση. Και σε αυτή την περίπτωση τα βρέφη της δεύτερης συνθήκης ενοχλήθηκαν πολύ από την έλλειψη συγχρονισμού της μητέρας. Δεν τηρήθηκε η εναλλαγή σειράς στην επικοινωνία.

Τα παραπάνω ευρήματα φανερώνουν την ευαισθησία των βρεφών και την επιλεκτικότητα όσον αφορά τις αντιδράσεις τους. Δεν είναι παθητικά αλλά αυτόνομα και ευαισθητοποιημένα. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως οι ερευνητές μελέτησαν μόνο 4 βρέφη με κατόπιν την μαγνητοσκοπημένη (videotaped) γεγονός που θα

μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας (Marian, Neisser & Rochat, 1996).

Το 1993 οι Fogel και Toda βασιζόμενοι στην πληθώρα μελετών που χρησιμοποίησαν την τεχνική του «ανέκφραστου προσώπου», μελέτησαν την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα ήταν αδρανής. Η πρωτοπορία της έρευνας τους ήταν, αφενός ότι μελέτησαν βρέφη 3 και 6 μηνών και αφετέρου, πως εισήγαγαν το συγχρονισμό της κίνησης, με το κοίταγμα και τις εκφράσεις του προσώπου.

Τα 37 βρέφη (23 αγόρια και 14 κορίτσια) και οι μητέρες εξετάστηκαν στο εργαστήριο σε τρεις συνθήκες: α) μια φυσιολογική πρόσωπο-με πρόσωπο αλληλεπίδραση, β) μια αλληλεπίδραση με «ανέκφραστη» τη μητέρα, η οποία ακολουθήθηκε από γ) μια επιστροφή στη φυσιολογική αλληλεπίδραση. Στις φυσιολογικές συνθήκες, ζητήθηκε από τη μητέρα να συζητά και να αλληλεπιδρά με το βρέφος για 3 λεπτά όπως θα έκανε μαζί του στο σπίτι, ενώ στη συνθήκη του «ανέκφραστου προσώπου», ζητήθηκε από τη μητέρα να παραμείνει ανέκφραστη, χωρίς να κινείται, να ακουμπά ή να χαμογελά στο βρέφος για 2 λεπτά. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι: α) τα βρέφη και στις 2 ηλικίες θα αυξήσουν την αποστροφή του βλέμματος και θα μειώσουν το χαμόγελο τους όταν η μητέρα είναι ανέκφραστη και β) θα υπάρξουν αλλαγές όσον αφορά τις κινήσεις και το βλέμμα όταν η μητέρα είναι μη διαθέσιμη. Τα βρέφη 6 μηνών είναι πιθανότερο να κοιτούν μόνο μακριά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι τα νεότερα σε ηλικία βρέφη.

Οι μαγνητοσκοπήσεις κωδικοποιήθηκαν στις εξής συμπεριφορές: έκφραση προσώπου, κατεύθυνση βλέμματος και κινήσεις χεριών. Στη διάρκεια της έρευνας παρατηρήθηκε πως ορισμένες μητέρες δυσκολεύτηκαν να παραμείνουν ανέκφραστες στη διάρκεια της συνθήκης όπου η μητέρα έπρεπε να μείνει ανέκφραστη και χαμογελούσαν.

Τα αποτελέσματα τις έρευνας έδειξαν ότι τα βρέφη και στις 2 ηλικίες παρουσίασαν μείωση του χαμόγελου και αύξηση του κοιτάγματος μακριά, όταν οι μητέρες ήταν ανέκφραστες. Επιπλέον, τα βρέφη 6 μηνών ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν κινήσεις των χεριών, όταν η μητέρα δεν ήταν διαθέσιμη και αυτά κοιτούσαν μακριά. Το ίδιο δεν παρατηρήθηκε στα βρέφη 3 μηνών. Αναφορικά με το βλέμμα και την κίνηση, τα βρέφη και των δυο ηλικιών, έπιαναν κάτι κοντινό (την καρέκλα ή τα ρούχα τους) όταν κοιτούσαν το κοντινό περιβάλλον. Αντίθετα όταν κοιτούσαν μακριά, τότε έπιαναν περισσότερο το στόμα ή το πρόσωπο τους. Επιπλέον, τα βρέφη έβαζαν το χέρι στο στόμα όταν ήταν περισσότερο αναστατωμένα. Περισσότερο αναστατώνονταν τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια και στις δυο ηλικίες.

Οι Fogel και Toda (1993), συμπέραναν πως τα μεγαλύτερα σε ηλικία βρέφη είναι πιο ενεργά και συγκροτημένα στις αντιδράσεις τους από ότι τα βρέφη 3 μηνών. Οι αναπτυξιακές αλλαγές που συντελούνται, όσον αφορά τις κινητικές και γνωστικές δεξιότητες σχετίζονται άμεσα και με αλλαγές στην αυτορρύθμιση. Για το λόγο αυτό τα μεγαλύτερης ηλικίας βρέφη αντιδρούν ελαφρώς διαφορετικά. Τέλος, είναι σημαντικό να εξετάζεται σε παρόμοιες μελέτες διατάραξης της επικοινωνίας, ο τρόπος με τον οποίο το βλέμμα, η κίνηση και οι εκφράσεις του προσώπου σχετίζονται. Έτσι δεν θα πρέπει να μελετάται μόνο το πρόσωπο του βρέφους, αλλά και το υπόλοιπο σώμα (Fogel & Toda, 1993).

Το 1996 οι Weinberg και Tronick ενδιαφέρθηκαν επίσης για τις αντιδράσεις βρεφών στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου», αλλά επικέντρωσαν την προσοχή τους και στη συμπεριφορά που αυτά επιδεικνύουν όταν η μητέρα “επανέρχεται” στη φυσιολογική πρόσωπο-με πρόσωπο αλληλεπίδραση. Ακολουθώντας τη διαδικασία της αυθεντικής έρευνας που χρησιμοποίησε την παραπάνω συνθήκη (Tronick et al., 1978), οι ερευνητές διεξήγαγαν μικροανάλυση σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών. Σε αντίθεση με

παρόμοιες έρευνες που άθροισαν συμπλέγματα συμπεριφορών μαζί με τις εκφράσεις του προσώπου, στην παρούσα έρευνα κωδικοποιήθηκαν ξεχωριστά οι εκφράσεις του προσώπου από συμπεριφορές όπως, η κατεύθυνση του βλέμματος, οι χειρονομίες, οι φωνοποιήσεις, η απόσυρση κ.α.). Επιπλέον, στη μελέτη αυτή μελετήθηκε για πρώτη φορά ο καρδιακός παλμός των βρεφών στη διάρκεια των τριών συνθηκών.

Πενήντα βρέφη, ηλικίας 6 μηνών συμμετείχαν στη έρευνα μαζί με τις μητέρες τους. Οι εκφράσεις του προσώπου χωρίστηκαν σε δέκα κατηγορίες και σε συνδυασμούς αυτών, και κωδικοποιήθηκαν με βάση το σύστημα AFFEX του Izard (1980). Οι υπόλοιπες συμπεριφορές κωδικοποιήθηκαν με βάση το σύστημα IRSS του Tronick και συνεργατών (1990. 1994). Το σύστημα αυτό κωδικοποιεί: την κατεύθυνση του βλέμματος (κοιτά μητέρα, κοιτά αντικείμενα, εξερευνά), τις φωνοποιήσεις (θετικές, ουδέτερες, θορυβώδεις, κλάμα), τις χειρονομίες για να το πάρουν αγκαλιά, άλλες χειρονομίες (ένα χέρι δείχνει ή φτάνει κοντά στη μαμά, ακουμπά τη μαμά, γέρνει προς τη μαμά), την αυτορρύθμιση (πιπιλίζει αντικείμενο ή μέρος του σώματος), την απομάκρυνση (ξεφεύγει στριφογυρνώντας στο κάθισμα) και τις αυτόνομες ενέργειες που υποδηλώνουν στρες (νευρικός λόξιγκας, φτύσιμο).

Στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να μην χρησιμοποιήσουν πιπίλα ή παιχνίδια σε καμία από τις τρεις συνθήκες. Οι κωδικοποιήσεις έγιναν από ανεξάρτητους ερευνητές. Όσον αφορά τις εκφράσεις του προσώπου, η έκφραση *της χαράς* βρέθηκε να εμφανίζεται σημαντικά συχνότερα στις δύο συνθήκες της φυσιολογικής αλληλεπίδρασης, παρά στην συνθήκη του «ανέκφραστου» προσώπου. Εκφράσεις *ενδιαφέροντος* εμφανίστηκαν εξίσου συχνά και στις τρεις συνθήκες αλλά ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανιστεί στη συνθήκη του «ανέκφραστου προσώπου». Οι εκφράσεις *της λύπης και του θυμού* δεν εμφανίζονταν συχνά στο πρώτο φυσιολογικό παιχνίδι, εμφανίζονταν όμως περισσότερο συχνά όταν η μητέρα ήταν αμέτοχη και παρέμεναν σε υψηλό

επίπεδο και κατά τη φάση της ‘‘επανασύνδεσης’’. Παρόλο αυτά δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το *θυμό και τη λύπη* ανάμεσα στην δεύτερη και την τρίτη συνθήκη. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι ενώ τα βρέφη επιδεικνύουν χαρά κατά την πρώτη φάση του παιχνιδιού, δυσκολεύονται να ηρεμήσουν και να μην είναι θυμωμένα στην τελευταία φάση όπου η μητέρα ‘‘επανέρχεται’’ στο κανονικό παιχνίδι.

Οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τις υπόλοιπες συμπεριφορές έδειξαν ότι αναφορικά με το βλέμμα, τα βρέφη ήταν λιγότερο πιθανό να κοιτάζουν τη μητέρα στη διάρκεια της συνθήκης του «ανέκφραστου» προσώπου και πιο πιθανό να την κοιτάζουν στη διάρκεια της ‘‘επανασύνδεσης’’. Τα βρέφη ήταν εξίσου πιθανό να κοιτάζουν αντικείμενα τόσο στη διάρκεια της πρώτης συνθήκης, όσο και στη διάρκεια της δεύτερης συνθήκης. Το κοίταγμα αντικειμένων, μειώθηκε ωστόσο σημαντικά στη διάρκεια της συνθήκης ‘‘επανάωσης’’. Τα βρέφη ήταν περισσότερο πιθανό να κοιτούν τριγύρω εξερευνητικά, στη διάρκεια της φάσης του «ανέκφραστου» προσώπου, παρά στις άλλες φάσεις. Στην ίδια φάση, η βλεμματική επαφή στη μητέρα περιοριζόταν σημαντικά. Στη διάρκεια της ‘‘επανάωσης’’, τα βρέφη μείωναν το κοίταγμα τριγύρω και το κοίταγμα αντικειμένων και κοιτούσαν περισσότερο τη μητέρα.

Όσον αφορά τις «αρνητικές φωνοποιήσεις», τα βρέφη έβγαζαν περισσότερους αρνητικούς ήχους και έκλαιγαν περισσότερο στη φάση της επανασύνδεσης. Οι απόπειρες των βρεφών να τα σηκώσουν, η απομάκρυνση, το στριφογύρισμα στο κάθισμα και οι ενέργειες που φανερώνουν στρες, εκδηλώνονταν από την πρώτη συνθήκη του φυσιολογικού παιχνιδιού. Ωστόσο, οι αντιδράσεις αυτές κορυφώνονταν και παρέμεναν σε υψηλά επίπεδα στη συνθήκη του «ανέκφραστου» προσώπου και στην τελευταία συνθήκη, αυτής της επανασύνδεσης. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο συνθηκών. Ουδέτερες/θετικές φωνοποιήσεις και

χειρονομίες πέρα από αυτές που υποδηλώνουν σήκωμα εμφανίστηκαν περισσότερο στη φάση της επανασύνδεσης. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι στη διάρκεια της επανασύνδεσης, όπου η μητέρα επανέρχεται στη φυσιολογική αλληλεπίδραση, τα βρέφη δείχνουν μια σύνθετη εικόνα όσον αφορά τις αντιδράσεις τους, αφού αντιδρούν και με θετικό, αλλά και με αρνητικό τρόπο. Τέλος, όσον αφορά τις μετρήσεις του καρδιοταχύμετρου, τα βρέφη είχαν σημαντικά υψηλότερο καρδιακό παλμό και χαμηλότερο οσφυϊκό τόνο στη διάρκεια της συνθήκης του «ανέκφραστου προσώπου» και όχι στις άλλες δύο συνθήκες (Weinberg & Tronick, 1996).

Σε μια άλλη έρευνα των Fogel, Chin-Hsu, Shapiro, Nelson-Goens και Secrist (2006) μελετήθηκε η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, στο φυσιολογικό πρόσωπο-με πρόσωπο παιχνίδι και στο διαταραγμένο παιχνίδι. Η συγκεκριμένη έρευνα εισήγαγε αρκετά διαφορετικά στοιχεία, όπως είναι η επίδραση του χαμόγελου, στην επικοινωνία μητέρα-βρέφους. Συγκεκριμένα, στόχος των ερευνητών ήταν να μελετήσουν τον τρόπο με τον οποίο το φυσιολογικό και το διαταραγμένο παιχνίδι επιδρούν στο εύρος και τη διάρκεια του χαμόγελου του βρέφους. Πρόκειται για μια έρευνα διατάραξης, διαφορετική από αυτή του ανέκφραστου προσώπου.

Ο Fogel και οι συνεργάτες του (2006), μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο βρέφη 6 και 12 μηνών, χαμογελούσαν στη διάρκεια δύο παιχνιδιών, του ‘‘κου-κου-τζα’’ και του ‘‘γαργαλητού’’. Μελετήθηκαν τέσσερα είδη χαμόγελου:

α) το απλό: που αφορά το σήκωμα της γωνίας των χειλιών

β) το *duchenne*: που είναι το σήκωμα της γωνίας των χειλιών, σε συνδυασμό με το σήκωμα των μάγουλων. Το είδος αυτό, εμφανίζεται κυρίως μετά το 2^ο μήνα ζωής στα βρέφη και κορυφώνεται, γύρω στον 1^ο χρόνο και θεωρείται, όπως και στους ενήλικες, δείγμα ευχαρίστησης για το βρέφος.

γ) το παιχνίδι: που είναι το σήκωμα της γωνίας των χειλιών, με ταυτόχρονο κατέβασμα του σαγονιού και

δ) το duplay: που είναι ο συνδυασμός του σηκώματος των χειλιών και των μάγουλων, μαζί με το κατέβασμα του σαγονιού. Δηλώνει όπως και το duchenne, την ευχαρίστηση.

Τόσο το απλό, όσο και το duplay και το duchenne, εμφανίζονται συχνότερα μετά τον τρίτο μήνα ζωής, στις αλληλεπιδράσεις του βρέφους με τη μητέρα του. Συγκεκριμένα, τα χαμόγελα duchenne εμφανίζονται όταν η μητέρα χαμογελά στο βρέφος, όταν τα βρέφη κάνουν φωνοποιήσεις και όταν κοιτούν τη μητέρα τους στη διάρκεια μια φυσιολογικής αλληλεπίδρασης με παιχνίδι. Από τους 6 ως τους 12 μήνες, το duchenne χαμόγελο εμφανίζεται όταν η μητέρα εμφανίζεται και το βρέφος την καλωσορίζει, όταν γαργαλιέται, όταν παίζει με αντικείμενα και όταν στους 12 μήνες διαβάζει βιβλία με τη μαμά. Σε γενικές γραμμές φαίνεται πως το απλό χαμόγελο, προηγείται των duplay και duchenne, καθώς αποτελεί κατά μια έννοια προπαρασκευαστικό στάδιο για πιο σύνθετες μορφές χαμόγελου. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι μύες που σηκώνουν τα χείλη και τα μάγουλα συνδέονται ανατομικά, άρα υπάρχει σύνδεση μεταξύ του απλού και του duchenne χαμόγελου. Πιστεύεται δηλαδή, ότι τα απλά χαμόγελα γίνονται τελικά duchenne. Αντίθετα, δεν υπάρχει ανατομική σχέση μεταξύ του χαμόγελου παιχνιδιού και του duplay.

Τα τέσσερα είδη χαμόγελου κωδικοποιήθηκαν με βάση το σύστημα FACS (Facial Action Coding System). Επιπλέον, μελετήθηκαν το εύρος του σηκώματος των χειλιών, καθώς και η διάρκεια κάθε χαμόγελου. Όσον αφορά τα παιχνίδια (κου-κου-τζα και γαργαλητό), αυτά μελετήθηκαν σε δύο φάσεις: στην εκκίνηση και στην κορύφωση/κλιμάκωση (setup και climax). Για το γαργαλητό, στην εκκίνηση η μητέρα έκανε κινήσεις με τα χέρια και τα δάκτυλα της πηγαίνοντας προς το μέρος του βρέφους και στην κλιμάκωση η μητέρα γαργαλούσε το βρέφος. Για το κου-κου-τζα, στην

εκκίνηση η μητέρα έκρυβε το πρόσωπο της με τα χέρια και στην κορύφωση εμφανιζόταν (κάλυψη-αποκάλυψη).

Στόχοι της παραπάνω έρευνας ήταν να μελετηθεί το χαμόγελο του βρέφους σε συγκεκριμένα κοινωνικά πλαίσια (παιχνίδια). Συγκεκριμένα ο Fogel και οι συνεργάτες (2006), θέλησαν να μάθουν, πως τα είδη χαμόγελου διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών παιχνιδιών, μεταξύ εκκίνησης και κλιμάκωσης και μεταξύ του φυσιολογικού και του διαταραγμένου παιχνιδιού. Στόχος ήταν λοιπόν, η διερεύνηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του χαμόγελου, όπως είναι η διάρκεια και το εύρος και η μελέτη του πως αυτά διαφέρουν μεταξύ διαφορετικών φάσεων και χαρακτηριστικών των δύο παιχνιδιών.

Ο Fogel και οι συνεργάτες του (2006), συμπέραναν με βάση την τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι όπως και στη συνθήκη του «ανέκφραστου» προσώπου, που μειώνεται η διάρκεια του χαμόγελου και του βλέμματος προς τη μητέρα, έτσι και στην παρούσα μελέτη, τα βρέφη που θα βιώσουν διατάραξη στο παιχνίδι, θα διαφέρουν στις αντιδράσεις τους ως προς το είδος, το εύρος και τη διάρκεια του χαμόγελου. Σύγκριναν για το λόγο αυτό μια ομάδα ελέγχου με μία πειραματική ομάδα, στην οποία τα παιχνίδια διακόπτονταν και δεν διεξάγονταν κανονικά.

Οι συμμετέχοντες βρέθηκαν από αναγγελίες γεννήσεων στις εφημερίδες. Στους 6 μήνες η ομάδα ελέγχου, αποτελούταν από 26 δυάδες (14 αγόρια και 12 κορίτσια) και στους 12 μήνες η ίδια ομάδα αποτελούταν από 28 δυάδες (14 αγόρια και 14 κορίτσια). Στην πειραματική ομάδα συμμετείχαν στους 6 μήνες 27 δυάδες (12 αγόρια και 15 κορίτσια) και στους 12 μήνες 24 δυάδες (12 αγόρια και 12 κορίτσια). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο εργαστήριο και διήρκεσε περίπου 15 λεπτά για κάθε δυάδα.

Οι αντιδράσεις μητέρας και βρέφους μαγνητοσκοπηθήκαν. Οι μητέρες μαζί με τα παιδιά τους συμμετείχαν σε 6 δοκιμές για το παιχνίδι του "γαργαλιτού" και 6 δοκιμές

για το “κου-κου-τζα”. Στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες από ένα βοηθό ερευνητή για το πότε να ξεκινήσουν το παιχνίδι, πότε να το διαταράξουν και πότε να περάσουν στο επόμενο παιχνίδι. Όταν η μητέρα τελείωνε τις 6 δοκιμές του πρώτου παιχνιδιού, τότε περνούσε στις 6 δοκιμές του δεύτερου παιχνιδιού. Όσον αφορά την πειραματική ομάδα, αυτή ακολούθησε την ίδια διαδικασία με μία διαφορά. Στη δοκιμή 3 και 4, η μητέρα έπρεπε να αλλάξει τον τρόπο αντίδρασης στην κλιμάκωση. Συγκεκριμένα, στο “γαργαλητό”, η μητέρα έκανε κινήσεις με τα χέρια της στην εκκίνηση, αλλά στην κλιμάκωση συνέχιζε να μιλά και να κινείται χωρίς να ακουμπά το βρέφος. Όμοια, στο “κου-κου-τζα”, η μητέρα αντί να αποκαλύψει το πρόσωπο της στην κλιμάκωση, εκείνη περίμενε 1 με 2 δευτερόλεπτα ακόμη, έλεγε σιγά-σιγά “τζα” και μετά αποκάλυπτε το πρόσωπο της, υπήρχε δηλαδή καθυστέρηση στην αποκάλυψη της.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η διάρκεια των χαμόγελων *duplay* και *duchenne* ήταν μεγαλύτερη στο “γαργαλητό”, από ότι στο “κου-κου-τζα” (στην κλιμάκωση, σε σχέση με την εκκίνηση, στην ομάδα ελέγχου, σε σχέση με την πειραματική). Επιπλέον βρέθηκε ότι, τα βρέφη χαμογελούσαν περισσότερο στις δοκιμές 1 και 2 (πριν δηλαδή από τη διατάραξη), στην κλιμάκωση, παρά στην εκκίνηση. Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου και το “γαργαλητό”, η διάρκεια των *duplay* και *duchenne* χαμόγελων ήταν μεγαλύτερη στην κλιμάκωση, παρά στην εκκίνηση. Όσον αφορά την πειραματική ομάδα, το *duchenne* χαμόγελο είχε μεγαλύτερη διάρκεια στην κλιμάκωση, παρά στην εκκίνηση, σε όλες τις δοκιμές του “γαργαλητού”. Στην πειραματική ομάδα, το χαμόγελο *duplay*, διήρκησε περισσότερο στις φυσιολογικές και όχι στις διαταραγμένες δοκιμές. Στην ίδια ομάδα, παρατηρήθηκε μείωση του χαμόγελου στις δοκιμές διατάραξης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, όπου δεν υπήρξε διατάραξη. Η υπόθεση ότι το εύρος χαμόγελου θα είναι μεγαλύτερο στο “γαργαλητό”, παρά στο “κου-κου-τζα”, στην κλιμάκωση, παρά στην εκκίνηση, στην

ομάδα ελέγχου, παρά στην πειραματική, επιβεβαιώθηκε. Επιπλέον, ανακαλύφθηκε και ένα απροσδόκητο εύρημα. Το εύρος και η διάρκεια του χαμόγελου, φαίνεται να μειώνονται σταδιακά από τη φάση 1 (δοκιμή 1 και 2), στη φάση 2 (δοκιμή 3 και 4 διατάραξης) και στη φάση 3 (δοκιμή 5 και 6). Τέλος, παρατηρήθηκε αύξηση του εύρους χαμόγελου (αλλά όχι της διάρκειας), στο "γαργαλητό" και όχι στο άλλο παιχνίδι (Fogel et al., 2006). Δεν επιβεβαιώθηκε αναφορικά με το εύρος το σχήμα, παιχνίδι < απλό < duplay < duchenne. Αντί αυτού βρέθηκε ότι: παιχνίδι < απλό < duchenne < duplay.

Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι το εύρος και η διάρκεια του χαμόγελου, δεν ταυτίζονται πάντα, αλλά φαίνεται να λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και παράλληλα, ανάλογα με το πλαίσιο.

Από τον 6^ο μήνα ζωής, τα βρέφη είναι ικανά να χρησιμοποιούν διαφορετικά εύρη και είδη χαμόγελου, για να συμμετάσχουν με θετικό τρόπο σε κοινωνικά πλαίσια. Τα βρέφη δεν έχουν ανατομικούς περιορισμούς στις εκφράσεις τους, αφού μπορούν να κοντρολάρουν την ανταγωνιστική σχέση μεταξύ της διεύρυνσης των χειλιών και του πεσίματος του σαγονιού. Όσον αφορά τα απλά χαμόγελα, αυτά φαίνεται να αποτελούν τη βάση για πιο περίπλοκα είδη χαμόγελου. Τα duplay και Duchenne χαμόγελα, φαίνεται να είναι παρόμοια, καθώς έχουν μεγαλύτερη διάρκεια στη φάση της κλιμάκωσης στις φυσιολογικές δοκιμές, από ότι στις δοκιμές διατάραξης. Και τα δύο αυτά είδη χαμόγελου φαίνεται να εξυπηρετούν επικοινωνιακούς σκοπούς για τη διατήρηση της επικοινωνίας με τη μητέρα (Fogel et al., 2006).

Αναμφισβήτητα, στη διάρκεια της συνθήκης του «ανέκφραστου προσώπου», σε όλες σχεδόν τις μελέτες, παρατηρήθηκε μείωση του γέλιου και αύξηση του κοιτάγματος τριγύρω και όχι στη μητέρα. Επιπλέον, η διαπίστωση ότι κατά τη συνθήκη της επανένωσης το βρέφος καθυστερεί να επανέλθει, έχει λάβει διαφορετικές κριτικές

και ερμηνείες. Για τον Tronick (1988), η φάση αυτή αποτελεί μια περίοδο βολιδοσκόπησης από την πλευρά του βρέφους. Μητέρα και βρέφος αποτελούν δυο διακριτά συστήματα που το καθένα οικοδομεί γνώσεις σχετικά με τη συνείδηση και τα συναισθήματα πάνω σε ήδη υπάρχουσες γνώσεις. Μητέρα και βρέφος κατανοούν πως νιώθει ο άλλος και βρίσκουν ένα κοινό «σημείο επαφής». Σε περίπτωση που ένα παιδί θέλει μια μπάλα για παράδειγμα, αλλά η μητέρα δεν το καταλαβαίνει αυτό και πιστεύει πως θέλει να της χτυπήσει το πρόσωπο, η επικοινωνία του συστήματος μητέρας-βρέφους διαταράσσεται και τα συστήματα αυτά παραμένουν ασυγχρόνιστα, ασύνδετα και ξεχωριστά (Tronick, 1988). Η ανικανότητα της μητέρας να ανταποκριθεί κατά την προηγούμενη περίοδο προκαλεί αντικρουόμενα συναισθήματα στο βρέφος, καθώς οι προσδοκίες του παραβιάζονται. Σε γενικές γραμμές, η συνθήκη του ανέκφραστου προσώπου αποτελεί μια στρεσογόνο εμπειρία για το βρέφος. Μάλιστα, όπως βρήκαν οι Murray και Trevarthen (1985), τα βρέφη ενοχλούνται περισσότερο στη συνθήκη που η μητέρα δεν ανταποκρίνεται, παρά όταν η μητέρα στρέφει την προσοχή της στον ερευνητή ή σε ένα ξένο για να μιλήσει μαζί του. Από τις μητέρες αυτές, ζητήθηκε να γυρίσουν και να μιλήσουν σε έναν ενήλικα διακόπτοντας την αλληλεπίδραση με το παιδί τους. Σε αυτή την περίπτωση, όχι μόνο μετατοπίστηκε το ενδιαφέρον της μητέρας, αλλά και ο τρόπος ομιλίας της, ο τόνος και η μελωδικότητα της φωνής της. Όπως παρατηρήθηκε, το βρέφος όχι μόνο δεν ενοχλήθηκε, αλλά έστρεψε το βλέμμα του για να παρακολουθήσει τη συζήτηση της μητέρας με τον ενήλικα, με μεγάλο ενδιαφέρον (Murray & Trevarthen, 1985). Τα βρέφη είναι λοιπόν «επιλεκτικά» και αντιδρούν διαφορετικά σε διαφορετικές περιστάσεις. Σίγουρα ο τρόπος με τον οποίο το βρέφος επικοινωνεί είναι περισσότερο περίπλοκος από ότι φανταζόμαστε. Σημαντικό ρόλο παίζουν ποικίλοι παράγοντες, μεταξύ των οποίων κατατάσσονται οι αναπτυξιακές αλλαγές και συνάμα ο σημαντικός ρόλος του συγχρονισμού, της

εναρμόνισης και του χρόνου, για την εγκαθίδρυση της διποκειμενικής επικοινωνίας μητέρας-βρέφους.

Ο Trevarthen υποστήριξε πως η ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία μίας ισχυρής διποκειμενικής σχέσης, εφόσον σχετίζεται με την ανάπτυξη του ακουστικού συστήματος, την αναγνώριση των ήχων, τον συντονισμό των κινήσεων και την όραση, τα οποία είναι απαραίτητα για την προσήλωση του βρέφους στα καλέσματα της μητέρας. Στις έρευνες διατάραξης της επικοινωνίας τα βρέφη, εμφάνισαν ασυνήθιστη δραστηριότητα στους νευρώνες την ώρα που αλληλεπιδρούσαν με τη μητέρα τους (Trevarthen et al., 1981). Επομένως, αυτή η ασυνήθιστη δραστηριότητα πιθανότατα να έχει μακροπρόθεσμα, αρνητικά αποτελέσματα για τα βρέφη αν είναι επαναλαμβανόμενη. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους είναι πιθανό να επαυξήσουν τις πιθανότητες για την ανάπτυξη παιδικής σχιζοφρένειας ή ΔΕΠ-Υ, ενώ η αποστέρηση της μητρικής φροντίδας είναι δυνατό να προκαλέσει κατάθλιψη, απόσυρση και μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες μετέπειτα στην ζωή τους. (Trevarthen et al., 2001). Θα ήταν λοιπόν χρήσιμο, να εξεταστεί λεπτομερέστερα ο τρόπος με τον οποίο εξελίσσεται η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, όταν η μητέρα πραγματικά δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στα καλέσματα του βρέφους της.

3.5 Η ψυχοπαθολογία της μητέρας και η επίδραση της στη διποκειμενική επικοινωνία

Ένας ισχυρός παράγοντας που σχετίζεται άμεσα με τη διατάραξη της σχέσης μητέρας-βρέφους μπορεί να είναι η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής στη μητέρα, όπως για παράδειγμα, η επιλόχειος κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και η

κοινωνική φοβία (Murray, 1994; Murray & Cooper, 1998; Ninowski, Mash & Benzies, 2007; Semple Ninowski & Benzies, 2011).

Σύμφωνα με τους Williams, Watts, McLeod και Mathews (1997) οι παραπάνω διαταραχές σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα αυτά επιλέγουν να στρέφουν την προσοχή τους σε ερεθίσματα τα οποία αισθάνονται ως απειλητικά και αγχογόνα (στην περίπτωση των ασθενών με διαταραχές άγχους) ή σε ερεθίσματα που σχετίζονται με τον εαυτό και συνεπάγονται αρνητικές σκέψεις (στην περίπτωση των καταθλιπτικών ασθενών). Η προσοχή τους στρέφεται λοιπόν σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Όλα αυτά έχουν επιπτώσεις στην ταχύτητα και στον χρόνο αντίδρασης του ατόμου, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και σχετίζονται με αυξημένο αρνητισμό ειδικότερα όταν τα άτομα αυτά αλληλεπιδρούν με άλλους ανθρώπους. Κατ' επέκταση, αυτή η αδυναμία συγκέντρωσης και ο αρνητισμός έχουν αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα τους ως γονείς, εφόσον το βρέφος δεν βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής και η μητέρα δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στα καλέσματα του (Brazelton, Koslowski & Main, 1974; Murray et al., 2010).

Οι περισσότερες έρευνες ασχολήθηκαν με μητέρες που έπασχαν από επιλόχειο κατάθλιψη και διαταραχές άγχους, ενώ ορισμένες μελέτησαν μητέρες που παρουσίαζαν διαταραχές πρόσληψης της τροφής.

Η συναισθηματική κατάσταση του κύριου προσώπου φροντίδας είναι μεγάλης σημασίας για το βρέφος. Σύμφωνα με τον Tronick (1989) ακόμα και 3 μηνών βρέφη διαθέτουν μηχανισμούς που τους βοηθούν να επαναφέρουν την εσωτερική τους ηρεμία, σε περίπτωση που η μητέρα δεν τους παρέχει επαρκή προσοχή και φροντίδα. Για παράδειγμα, αν ένα βρέφος προσπαθεί να πιάσει ένα αντικείμενο και δεν τα καταφέρνει, θα αισθανθεί θυμό αλλά μετά θα κοιτάξει αλλού, θα πιπιλίσει το δάκτυλο

του και κατόπιν θα ξανακοιτάξει το αντικείμενο. Θα προσπαθήσει να το φτάσει ξανά, δεν θα τα καταφέρει και θα αισθανθεί ξανά θυμό. Ο ρόλος της μητέρας είναι να παρατηρήσει και να κατανοήσει τις προθέσεις του βρέφους για να το βοηθήσει να πετύχει το στόχο του προκειμένου να διατηρήσει την συναισθηματική του ισορροπία. Παρόλα αυτά, βλέπουμε πως ακόμα και αν η μητέρα δεν μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα (πχ στην περίπτωση που πάσχει από κατάθλιψη), το βρέφος δεν είναι άβουλο και παθητικό αλλά αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην προσπάθεια του να πετύχει τους στόχους του (Tronick, 1989). Η διυποκειμενική επικοινωνία διαταράσσεται έντονα και η αδυναμία της μητέρας να ανταποκριθεί και να εναρμονίσει τη συμπεριφορά της με το βρέφος έχει μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα στην γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού της (Murray et al., 1994).

3.5.1 Μητέρες με επιλόγιο κατάθλιψη

Οι αντιδράσεις των παιδιών που οι μητέρες τους πάσχουν από κατάθλιψη μοιάζουν περισσότερο με τις αντιδράσεις των παιδιών των οποίων οι μητέρες δεν παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία αλλά είναι ανέκφραστες και δεν ανταποκρίνονται (Field, 1984).

Το 1983 οι Cohn και Tronick μελέτησαν πειραματικά την επίδραση που έχει η διατάραξη της επικοινωνίας μεταξύ μητέρας και βρέφους, όταν η μητέρα φέρεται σαν να έχει κατάθλιψη. Πεποίθηση των ερευνητών ήταν πως σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες (Tronick et al., 1978) η συμπεριφορά του βρέφους σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των εκφράσεων και αντιδράσεων της μητέρας. Τα βρέφη έχουν επικοινωνιακούς σκοπούς όταν αλληλεπιδρούν με τα κοντινά τους πρόσωπα.

Εικοσιτέσσερις μητέρες μαζί με τα 3 μηνών βρέφη τους συμμετείχαν στην έρευνα. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε στο εργαστήριο, όπου μητέρες και βρέφη συμμετείχαν

σε τρεις συνθήκες, καθεμία από τις οποίες αποτελούταν από δύο φάσεις. Κάθε φάση διήρκησε 3 λεπτά.

Οι δυάδες τοποθετήθηκαν τυχαία στις συνθήκες (φυσιολογική αλληλεπίδραση ή αλληλεπίδραση με καταθλιπτικά συμπτώματα). Πριν από την έναρξη της έρευνας δόθηκαν προφορικά οδηγίες στις μητέρες να φέρονται σαν να έχουν κατάθλιψη. Τους ζητήθηκε να φανταστούν πως νιώθουν όταν είναι κουρασμένες και θλιμμένες και αδυνατούν να παίξουν αποτελεσματικά με το παιδί τους. Τους δόθηκαν οδηγίες να μιλάνε μονότονα, να είναι σχετικά ανέκφραστες, να κάνουν περιορισμένες κινήσεις και να ελαττώσουν το άγγιγμα προς το βρέφος τους. Επιπλέον, οι μητέρες παρακολούθησαν σχετικά βίντεο που έδειχναν τη συμπεριφορά που έπρεπε να ακολουθήσουν σε κάθε συνθήκη.

Η συμπεριφορά της μητέρας εξετάστηκε με την Κλίμακα Ricks, όσον αφορά το βαθμό με τον οποίο ανταποκρίνεται επαρκώς στα καλέσματα του βρέφους της (επεξεργασία), το βαθμό που αποσύρεται και γίνεται διστακτική και το βαθμό που είναι υπερβολικά ελεγκτική και διεισδυτική. Δημιουργήθηκαν πέντε συμπεριφορές για κωδικοποίηση: α) το κοίταγμα τριγύρω, β) η διαμαρτυρία, γ) η ανησυχία, δ) η διερεύνηση και ε) η θετική συμπεριφορά.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μητέρες που παρίσταναν πως είχαν κατάθλιψη παρουσίασαν μεγαλύτερη απόσυρση και ήταν πιο ελεγκτικές, σε σχέση με τις μητέρες στη φυσιολογική συνθήκη. Οι μητέρες που φέρονταν σαν να έχουν κατάθλιψη, ήταν λιγότερο ικανές στο να αντιλαμβάνονται και να ερμηνεύουν τα καλέσματα του βρέφους τους. Στη σύγκριση της φυσιολογικής έναντι της καταθλιπτικής συνθήκης, στα 36 διαστήματα των 5 δευτερολέπτων, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την "ανησυχία", τη "διαμαρτυρία" και τη "θετική συμπεριφορά". Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερα ποσοστά

σύντομης θετικής συμπεριφοράς σε σχέση με τα αγόρια. Συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν επίσης μεταξύ των βρεφών που είχαν συμμετάσχει στην καταθλιπτική συνθήκη, έναντι αυτών που δεν είχαν τέτοιου είδους εμπειρία. Οι Cohn και Tronick (1983), βρήκαν ότι τα βρέφη που είχαν προηγούμενη εμπειρία στην καταθλιπτική συνθήκη, συνέχιζαν να είναι σημαντικά πιο ανήσυχα για κάποια δευτερόλεπτα όταν επέστρεφαν στη φυσιολογική αλληλεπίδραση, σε σχέση με τα βρέφη που δεν συμμετείχαν στην καταθλιπτική συνθήκη. Όσον αφορά τα μοτίβα συμπεριφοράς, παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα βρέφη που συμμετείχαν στη φυσιολογική αλληλεπίδραση και σε αυτά που συμμετείχαν στη συνθήκη προσομοίωσης της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα βρέφη της φυσιολογικής συνθήκης εμφάνισαν γενικά ένα θετικό κύκλο συμπεριφορών: μέτρια θετική συμπεριφορά που ακολουθείτο από διερεύνηση, την οποία διαδεχόταν το παιχνίδι. Δηλαδή, τα βρέφη αυτά ακόμα και αν έδειχναν περιστασιακά αρνητική, στη συνέχεια επανέρχονταν στη φυσιολογική αλληλεπίδραση επιδεικνύοντας θετικές αντιδράσεις. Αντίθετα, τα βρέφη της δεύτερης ομάδας εμφάνισαν ένα περισσότερο αρνητικό μοτίβο συμπεριφοράς. Αρχικά, εμφανίζονταν ανήσυχα, στη συνέχεια διαμαρτύρονταν και στο τέλος απέστρεφαν το βλέμμα, ακόμα και αν η μητέρα τους αντιδρούσε, μετά την καταθλιπτική συνθήκη, φυσιολογικά. Με λίγα λόγια, η αρνητικότητα των βρεφών που είχαν προηγούμενη εμπειρία στην καταθλιπτική συνθήκη συνεχιζόταν και αργότερα (Cohn & Tronick, 1983).

Η υπόθεση των Cohn και Tronick (1983), ότι τα βρέφη είναι ικανά να ρυθμίζουν τη δυαδική επικοινωνία υποστηρίχθηκε. Από τους 3 κιόλας μήνες ζωής, τα βρέφη τροποποιούν τη συμπεριφορά τους ανάλογα με τη συμπεριφορά του συντρόφου τους. Η αλλαγή στη συμπεριφορά τους συνεχίζεται και σε επόμενες αλληλεπιδράσεις. Τα ευρήματα μαρτυρούν όχι μόνο το γεγονός ότι υπάρχει αμοιβαίος συγχρονισμός της

συμπεριφοράς μητέρας-βρέφους, αλλά και το ότι η κοινωνική ανάπτυξη του νεογέννητου βρίσκεται σε κίνδυνο αν εκτίθεται συνεχώς και για μεγάλο διάστημα στα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρατήρηση δεν έγινε σε φυσικό πλαίσιο, αλλά στο εργαστήριο και πως το δείγμα ήταν μικρό, γεγονότα που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της έρευνας. Επίσης το γεγονός ότι η κατάθλιψη της μητέρας ήταν μια προσομοίωση της διαταραχής αυτής αφήνει ορισμένα ερωτήματα προς διερεύνηση, όπως για παράδειγμα το αν η «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη μέθοδο για τη μέτρηση των αντιδράσεων των βρεφών όταν η μητέρα πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Αναμφισβήτητα η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους διαταράσσεται και σε μια προσομοίωση, ωστόσο αξίζει να αναρωτηθούμε πόσο επηρεάζεται πραγματικά, όταν η μητέρα έχει στα αλήθεια κατάθλιψη.

Οι Stanley, Murray και Stein το 2001 εξέτασαν τον αντίκτυπο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Στόχος των ερευνητών ήταν να μελετήσουν τα αποτελέσματα της μη ανταπόκρισης της μητέρας στο βρέφος, όσον αφορά το γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό χρησιμοποίησαν δύο είδη εξέτασης: τη «Συντελεστική μάθηση» και τη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου». Υπέθεσαν ότι: α) οι μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα θα είναι λιγότερο ευαισθητοποιημένες στην πρόσωπο-με πρόσωπο αλληλεπίδραση με το βρέφος τους από ότι οι φυσιολογικές μητέρες και β) ο βαθμός που ανταποκρίνεται η μητέρα στα καλέσματα του βρέφους, θα επηρεάζει την επίδοση του παιδιού στην εξέταση 1 και 2.

Έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, χορηγήθηκε στις μητέρες η «Κλίμακα αυτοαξιολόγησης επιλόχειου κατάθλιψης του Εδιμβούργου». Σε όσες μητέρες βρέθηκε υψηλό σκορ στην παραπάνω Κλίμακα έγινε επιπρόσθετα η συνέντευξη SCID

προκειμένου να γίνει πλήρης διάγνωση της κατάθλιψης. Συνολικά στρατολογήθηκαν 122 μητέρες. Από το σύνολο των μητέρων στις οποίες χορηγήθηκαν αυτά τα εργαλεία, 72 είχαν συμπτώματα κατάθλιψης και 50 μητέρες δεν είχαν τέτοιου είδους συμπτώματα. Η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης χορηγήθηκαν ξανά στους 3-6 μήνες προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα των μητέρων ήταν χρόνια.

Όταν το βρέφος ήταν 2 μηνών, μια ώρα που το παιδί ήταν ήρεμο και χαλαρό, οι ερευνητές επισκέφθηκαν το σπίτι των συμμετεχόντων. Ζητήθηκε από τις μητέρες να καθίσουν απέναντι από το βρέφος τους, το οποίο έπρεπε να είναι καθισμένο ή μισοξαπλωμένο και να παίζουν μαζί του για 5 λεπτά χωρίς παιχνίδια. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές μαγνητοσκοπήθηκαν.

Σε ηλικία 3 μηνών μητέρα και βρέφος επισκέφθηκαν το εργαστήριο. Στη συνθήκη της «Συντελεστικής μάθησης» το βρέφος παρακολούθησε στην οθόνη ενός υπολογιστή ένα οπτικό ερέθισμα (σκιουράκι) το οποίο συνοδευόταν και από μουσική. Μια κορδέλα ήταν δεμένη στον καρπό του βρέφους, καθώς οι κινήσεις των χεριών του ενεργοποιούσαν «τυχαία» το οπτικό ερέθισμα. Η εξέταση αυτή περιλάμβανε 3 φάσεις: α) στη βασική φάση που διαρκούσε 2 λεπτά, γινόταν η εγκαθίδρυση του επιπέδου ανταπόκρισης, β) στη δεύτερη φάση της μάθησης, με διάρκεια 3 λεπτών, το βρέφος λάμβανε τυχαία το οπτικό ερέθισμα μετά από κάθε τράβηγμα του χεριού του και γ) στη δίλεπτη φάση της απόσβεσης, η τυχαία εμφάνιση του ερεθίσματος με επανάληψη της κίνησης του χεριού σταματούσε.

Στη «Συνθήκη της Μάθησης», βαθμολογήθηκαν: α) τα ποσοστά τραβήγματος του χεριού, στη διάρκεια της φάσης 2 (μάθησης), σε σχέση με τη φάση 1 (βασική) και β) τα ποσοστά τραβήγματος του χεριού, στη διάρκεια της φάσης 3 (απόσβεσης), σε σχέση με τη φάση 2 (μάθησης).

Ακολουθούσε η εξέταση του «Ανέκφραστου Προσώπου». Το βρέφος τοποθετούνταν σε κάθισμα απέναντι από τη μητέρα. Μια βιντεοκάμερα ήταν τοποθετημένη απέναντι του. Δίπλα από το βρέφος ήταν τοποθετημένος ένας καθρέφτης προκειμένου να αντικατοπτρίζονται οι αντιδράσεις της μητέρας δίπλα από αυτές του βρέφους. Μετά από τρίλεπτη φυσιολογική αλληλεπίδραση της δυάδας, στις μητέρες δίνονταν οδηγίες να παραμείνουν ανέκφραστες, να μην αγγίζουν και να μη μιλούν στο βρέφος τους για 90 δευτερόλεπτα. Στο τέλος της φάσης αυτής, η μητέρα επανερχόταν στη φυσιολογική αλληλεπίδραση για άλλα 90 δευτερόλεπτα (επανασύνδεση). Συνολικά αξιολογήθηκαν, η συμπεριφορά του βρέφους, η συμπεριφορά της μητέρας, η θετική ανταπόκριση της μητέρας και η αρνητική ανταπόκριση της μητέρας.

Όσον αφορά την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους στους 2 μήνες βρέθηκε ότι σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οι μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη είχαν χαμηλότερα ποσοστά θετικής ανταπόκρισης και υψηλότερα ποσοστά αρνητικής ανταπόκρισης στο βρέφος τους. Επιπλέον, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οι μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης με συμπεριφορές μη σχετιζόμενες με αυτές του βρέφους.

Στη «Συνθήκη της Μάθησης», συμμετείχαν σχεδόν τα μισά βρέφη από κάθε ομάδα (φυσιολογικές και με επιλόχειο), καθώς υπήρξαν τεχνικές δυσκολίες ή τα βρέφη δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στις συνθήκες της εξέτασης. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στις τρεις φάσεις της συνθήκης (βασική, φάση μάθησης και φάση απόσβεσης). Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να εξηγηθούν και στην περίπτωση αυτή από διάφορους παράγοντες. Μια πολύ σημαντική παράμετρος είναι το γεγονός ότι σχεδόν τα μισά βρέφη από κάθε ομάδα δεν συμμετείχαν στη συνθήκη αυτή, εξαιτίας διαφόρων παραγόντων. Ενδέχεται τα βρέφη που δε συμμετείχαν να αποτύγχαναν στη «Συνθήκη της Μάθησης».

Επιπλέον, και στην περίπτωση αυτή, ένα περισσότερο διαταραγμένο περιβάλλον φροντίδας και διαπαιδαγώγησης ενδέχεται να επηρέαζε περισσότερο την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους.

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μόνο όσον αφορά τη σχέση της "θετικής ανταπόκρισης" με τη μεταβλητή της "μάθησης". Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ότι τα βρέφη που στο παρελθόν είχαν μεγαλύτερη εμπειρία στο να λαμβάνουν θετική ανταπόκριση, μπορούσαν στην έρευνα να την αναγνωρίζουν με μεγαλύτερη ευκολία. Αυτό δε συνέβαινε με τα βρέφη που στο παρελθόν δεν έλαβαν τέτοιου είδους ανάλογη εμπειρία. Φαίνεται λοιπόν ότι, οι εμπειρίες του παρελθόντος επηρεάζουν τη μάθηση του βρέφους στο μέλλον.

Σε αντίθεση με την έρευνα των Cohn και Tronick (1983) η παραπάνω έρευνα συμπεριέλαβε ένα μεγαλύτερο δείγμα που αποτελείτο από μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη. Σε συμφωνία με την έρευνα των Cohn και Tronick (1983), οι Stanley και συνεργάτες (2001) συμπέραναν ότι οι μητέρες που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τα καλέσματα του βρέφους τους και αντιδρούν με άσχετες συμπεριφορές στα σήματα αυτά. Τέλος, ενώ τα βρέφη της έρευνας των Cohn και Tronick (1983) που είχαν προηγούμενη εμπειρία στην μη ανταποκρισιμότητα της μητέρας δυσκολεύονταν στην αυτορρύθμιση μετά το τέλος της «Συνθήκης του Ανεκφραστου Προσώπου», κάτι τέτοιο δε βρέθηκε στα βρέφη της αντίστοιχης ομάδας των Stanley και συνεργατών (2001). Τα βρέφη των μητέρων με επιλόχειο κατάθλιψη (ακόμη και αυτών που έλαβαν αρνητική ανταπόκριση από τη μητέρα), μπορούσαν να προσαρμοστούν σε όλες τις φάσεις της «Συνθήκης του Ανεκφραστου Προσώπου» οργανώνοντας τη συμπεριφορά τους με ένα εντυπωσιακό τρόπο και διατηρώντας το κίνητρο για συναισθηματική εγγύτητα χωρίς να αποτραβιούνται ή να αποδιοργανώνονται στα τελευταία στάδια της ίδιας συνθήκης.

Μάλιστα, όταν η μητέρα «επανερχόταν» σε φυσιολογικό επίπεδο, τα βρέφη προσπαθούσαν να επανακτήσουν την επικοινωνία μαζί της.

Τα αποτελέσματα αυτά, μπορεί να εξηγηθούν με διάφορους τρόπους. Πρώτον, η διάρκεια της συνθήκης του «Ανέκφραστου Προσώπου» στην παρούσα έρευνα, διήρκεσε μόνο 90 δευτερόλεπτα, σε αντίθεση με την έρευνα των Cohn και Tronick (1983) στις οποίες η συνθήκη αυτή διήρκεσε για 3 λεπτά. Είναι πιθανό λοιπόν σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα οι αντιδράσεις των βρεφών να ήταν εντονότερες στην ψυχρότητα της μητέρας. Δεύτερον, πιθανός παράγοντας που επηρέασε τα αποτελέσματα της έρευνας ενδέχεται να είναι η ιδιοσυγκρασία του βρέφους, η οποία φαίνεται να επηρεάζει τις αντιδράσεις του (κάτι το οποίο δεν μετρήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη). Τρίτον, η «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» δεν έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένως ως ψυχομετρικό εργαλείο επομένως δεν γνωρίζουμε την εγκυρότητα του όσον αφορά την προβλεπτική του αξία για τη μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού. Τέλος, στην παρούσα έρευνα οι μητέρες που συμμετείχαν προέρχονταν από δείγμα χαμηλού και όχι υψηλού κινδύνου. Σε παρόμοιες έρευνες που βρέθηκαν σημαντικότερες διαφορές οι μητέρες προέρχονταν από ομάδες υψηλού κινδύνου. Έτσι παράγοντες όπως η συζυγική δυσαρμονία, η απουσία κοινωνικής στήριξης και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως είναι η φτώχεια ενδέχεται να επηρεάζουν περισσότερο ομάδες υψηλού, παρά ομάδες χαμηλού κινδύνου, όπως στην περίπτωση της παρούσας μελέτης.

Σε μια παρόμοια έρευνα, οι Moore, Cohn και Campell (2001) μελέτησαν διαχρονικά τις αντιδράσεις βρεφών στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» αλλά και τις κοινωνικο-συναισθηματικές επιπτώσεις που θα είχαν αυτές μακροπρόθεσμα στην ηλικία των 18 μηνών. Στην έρευνα λοιπόν αυτή εξετάστηκαν η αναπτυξιακή αλλαγή και οι ατομικές διαφορές στις αντιδράσεις του βρέφους σε ένα μεγάλο δείγμα υγιών

παιδιών, μισά από τα οποία είχαν μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη. Στους 18 μήνες πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των φυσιολογικών και μη φυσιολογικών αντιδράσεων των βρεφών στην «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου». Στόχος των Moore, Cohn και Campell (2001) ήταν να διερευνήσουν: α) αν η χρόνια κατάθλιψη της μητέρας επιδρά στις αντιδράσεις του βρέφους όταν η μητέρα είναι «ανέκφραστη» και β) αν οι αντιδράσεις αυτές αλλάζουν ανάλογα με το χρόνο ύφεσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας.

Οι δυάδες μελετήθηκαν διαχρονικά στους 2, 4, 6 και 18 μήνες. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 129 βρέφη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συνέντευξης SADS, 67 από τις 129 μητέρες είχαν κατάθλιψη στους 2 μήνες. Στους 6 μήνες οι μητέρες που συνέχιζαν να έχουν κατάθλιψη ήταν 19.

Όσον αφορά τη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» μητέρες και βρέφη συμμετείχαν σε αυτή στους 2, 4 και 6 μήνες αντίστοιχα. Στην πρώτη φάση, μητέρα και βρέφος αλληλεπιδρούσαν φυσιολογικά πρόσωπο με πρόσωπο για 3 λεπτά στο χώρο του σπιτιού τους. Στη συνέχεια η μητέρα έπρεπε να παραμείνει ανέκφραστη και αδρανής. Στο σημείο αυτό, ζητήθηκε από τη μητέρα να κοιτάξει αρχικά αλλού (και όχι το βρέφος) για 15 δευτερόλεπτα. Ύστερα να ξανακοιτάξει το παιδί της, αλλά για 3 λεπτά να είναι ανέκφραστη και να μην ανταποκρίνεται στα καλέσματα του αγγίζοντας το, μιλώντας του ή κάνοντας γκριμάτσες και χειρονομίες. Σε τρίτη φάση η μητέρα επέστρεφε στη φυσιολογική αλληλεπίδραση.

Όταν τα βρέφη ήταν 18 μηνών οι μητέρες συμπλήρωσαν την Κλίμακα Συμπεριφοράς του Βρέφους TBC, η οποία μοιάζει με την Λίστα Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς (ΛΕΠΣ) του Achenbach (1966). Η συγκεκριμένη κλίμακα μετρά την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα

προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και ένα συνολικό αριθμό γενικών προβλημάτων συμπεριφοράς.

Σε γενικές γραμμές όλα τα βρέφη, σε όλες της ηλικίες ήταν λιγότερο ευαίσθητα και περισσότερο αρνητικά όταν στη μητέρα δίνονταν οδηγίες να είναι ανέκφραστη. Δε βρέθηκε αναπτυξιακή αλλαγή ανά ηλικία όσον αφορά τις αντιδράσεις του βρέφους στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου». Το σημαντικότερο εύρημα ήταν ωστόσο πως από τους 2 έως τους 6 μήνες παρατηρήθηκε αύξηση του κοιτάγματος του βρέφους τριγύρω στη διάρκεια της «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου».

Όσον αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας, αυτά δεν βρέθηκε να σχετίζονται με το ποσοστό θετικών ή αρνητικών αντιδράσεων του βρέφους στη «Συνθήκη Ανέκφραστου Προσώπου». Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν όμως όσον αφορά το βλέμμα στους 4 μήνες (αλλά όχι στους 2 και τους 6 μήνες). Τα βρέφη έκλαιγαν στη διάρκεια της έκθεσης στη στρεσογόνο συνθήκη ανεξάρτητα αν η μητέρα είχε καταθλιπτικά συμπτώματα ή όχι και αν αυτά είχαν αποχωρίσει ή όχι.

Σχετικά με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των βρεφών στους 18 μήνες, τα βρέφη που ήταν περισσότερο θετικά στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» στους 6 μήνες, βαθμολογήθηκαν από τις μητέρες τους με υψηλότερο σκορ στις εξωτερικευμένες συμπεριφορές στους 18 μήνες. Αντίθετα, τα βρέφη που είχαν μέτρια αρνητικές αντιδράσεις στους 6 μήνες, πήραν στους 18 μήνες υψηλότερο σκορ στα εσωτερικευμένα προβλήματα και στο συνολικό ποσοστό προβλημάτων συμπεριφοράς. Γενικά, οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων στη συνθήκη και η ψυχοπαθολογία της μητέρας ήταν ανεξάρτητα από τα προβλήματα συμπεριφοράς στους 18 μήνες.

Παρόλο που δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα παιδιών με μητέρες που είχαν επιλόχειο κατάθλιψη και σε αυτήν με μητέρες χωρίς επιλόχειο κατάθλιψη, τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας καταδεικνύουν πως όλα τα

βρέφη αντιδρούν με αρνητικό τρόπο και ενοχλούνται όταν η μητέρα δεν ανταποκρίνεται. Η μελέτη αυτή έρχεται να προσθέσει στην πληθώρα άλλων ερευνών, το συμπέρασμα ότι τα βρέφη δεν αναζητούν μόνο την επικοινωνία, αλλά τείνουν να την αποφεύγουν και να ενοχλούνται όταν ο σύντροφος είναι απότομος ή απαθής. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει περαιτέρω την ικανότητα τους να αντιλαμβάνονται και να ανταποκρίνονται ανάλογα στις διαθέσεις των άλλων (Reddy et al., 1997). Επιπλέον, ενισχύεται περισσότερο η άποψη ότι από τους 2 κιόλας μήνες ζωής (ή και νωρίτερα), τα βρέφη δεν είναι απαθή στην αδιαφορία της μητέρας.

Οι Moore, Cohn και Campell (2001) βρήκαν πως μεταξύ του 2^{ου} και του 6^{ου} μήνα συντελείται μια μεγάλη αναπτυξιακή αλλαγή. Καθώς το βρέφος ωριμάζει βιολογικά και αποκτά μεγαλύτερη εμπειρία, η ικανότητα του για αυτορρύθμιση αυξάνεται εντυπωσιακά. Ειδικότερα στους 6 μήνες τα βρέφη φαίνεται να μην να εμφανίζουν αρνητική αντίδραση στην ουδετερότητα της μητέρας, ωστόσο το γεγονός ότι αυξάνεται στην ηλικία αυτή το κοίταγμα τριγύρω και όχι στη μητέρα, δείχνει την ικανότητα τους να προσπαθούν να αυτορρυθμίσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και να ηρεμήσουν. Η ευχέρεια που δόθηκε στις μητέρες να καθίσουν το βρέφος πάνω τους ή σε καρεκλάκι έδωσε επίσης την ευκαιρία να διαπιστωθεί ότι δεν είναι το άγγιγμα καθαυτό που προκαλεί θετικές αντιδράσεις στο βρέφος, αλλά η οικειότητα, η τρυφερότητα και η ανταπόκριση της μητέρας. Τέλος, η διεξαγωγή της πειραματικής συνθήκης όπου η μητέρα παριστάνει την ανέκφραστη έγινε στο σπίτι των συμμετεχόντων γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες οι μετέχοντες να αντιδρούν όπως συνήθως.

Σε αντίθεση με τις προηγούμενες έρευνες (Cohn & Tronick, 1983; Stanley et al., 2001), η έρευνα των Moore και συνεργατών (2001) πραγματοποιήθηκε στο σπίτι. Η διάρκεια των φάσεων στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» στην έρευνα των

Moore και συνεργατών (2001) ήταν ίδια με την πρωτότυπη των Cohn και Tronick (1983) κάτι το οποίο δε συνέβη στην έρευνα των Stanley και συνεργατών (2001). Σε συμφωνία με τις προηγούμενες έρευνες οι Moore και συνεργάτες (2001) δε βρήκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες. Τόσο τα βρέφη των φυσιολογικών, όσο και των καταθλιπτικών μητέρων επηρεάζονταν από την αδιαφορία και την ψυχρότητα της μητέρας. Μάλιστα φαίνεται ότι τα βρέφη δεν είναι απαθή στην αδιαφορία αυτή αλλά αντιδρούν από τους 2 κιάλας μήνες ζωής, αυξάνοντας το κοίταγμα τριγύρω ως μηχανισμό αυτορρύθμισης. Η διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της μητέρας δε φαίνεται να είχε αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούσαν τα βρέφη στη «Συνθήκη του Ανεκφραστου Προσώπου». Το πεδίο της ύπαρξης χρόνιας διαταραχής στη μητέρα χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω.

Οι Moore και Calkins (2004) θέλησαν να μελετήσουν τις αντιδράσεις βρεφών στη γνωστή συνθήκη του Tronick και των συνεργατών του (1978), μελετώντας τον καρδιακό ρυθμό, τον οσφυϊκό παλμό και εισάγοντας δυο νέες παραμέτρους αυτή του “συγχρονισμού” και του “συναισθηματικού ταιριάσματος”. Ως “συγχρονισμό” όρισαν, το βαθμό στον οποίο μητέρα και βρέφος μεταβάλλουν τις αντιδράσεις τους ανάλογα με τις αντιδράσεις του άλλου στο πέρασμα του χρόνου. Έτσι θα ρυθμίσει τον ενθουσιασμό της σε επίπεδο ανάλογο με αυτό του παιδιού της. Το “συναισθηματικό ταιρίασμα” από την άλλη αφορά την ικανότητα της δυάδας να βρίσκεται στην ίδια συναισθηματική κατάσταση, την ίδια στιγμή. Οι δύο αυτοί παράγοντες φαίνεται να μην βρίσκονται σε ισορροπία όταν οι μητέρες πάσχουν από κατάθλιψη.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 73 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους. Από αυτές 13 είχαν κατάθλιψη (έντονα ή ήπια συμπτώματα) και 60 δεν είχαν κατάθλιψη. Τα βρέφη αποτελούνταν από 30 κορίτσια και 43 αγόρια και είχαν ηλικία 3 μηνών.

Ο καρδιακός παλμός και ο οσφυϊκός τόνος των βρεφών μετρήθηκαν τόσο πριν την εισαγωγή της «Συνθήκης του Ανέκφραστου Προσώπου» όταν αυτά βρίσκονταν σε κατάσταση ηρεμίας, όσο και στη διάρκεια της συνθήκης. Η γνωστή συνθήκη του Gronick και των συνεργατών του (1978), περιλάμβανε τις τρεις συνηθισμένες φάσεις: α) φυσιολογική αλληλεπίδραση διάρκειας δύο λεπτών β) αποστροφή βλέμματος μητέρας για 15 δευτερόλεπτα και ‘‘ ανέκφραστη’’ για δύο λεπτά και γ) φυσιολογική αλληλεπίδραση διάρκειας δύο λεπτών.

Οι Moore και Calkins (2004) βρήκαν ότι ο καρδιακός ρυθμός σχετιζόταν μόνο με τις αρνητικές αντιδράσεις και μάλιστα αρνητικά. Δηλαδή, όσο πιο αρνητική ήταν η αντίδραση του βρέφους, τόσο πιο χαμηλός ήταν ο καρδιακός παλμός του βρέφους στην επανασύνδεση. Αντίθετα όσο πιο αρνητική ήταν η αντίδραση του βρέφους στη 2^η και 3^η φάση, τόσο πιο υψηλός ήταν ο οσφυϊκός τόνος.

Όσον αφορά τις τρεις πειραματικές φάσεις, στη φάση 1 η θετική ανταπόκριση της μητέρας βρέθηκε να σχετίζεται με την εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών του βρέφους στην αμέσως επόμενη φάση. Η θετική ανταπόκριση της μητέρας στην 3^η συνθήκη, σχετιζόταν άμεσα με την θετική και αρνητική ανταπόκριση του βρέφους αλλά και με τα επίπεδα καρδιακού και οσφυϊκού τόνου στην 2^η και 3^η φάση.

Σχετικά με τα μοτίβα συμπεριφοράς του βρέφους στη συνθήκη όπου η μητέρα καλείται να είναι ανέκφραστη, τα βρέφη εκδήλωναν μεγαλύτερη αρνητική αντίδραση στη φάση 2, παρά στις άλλες δύο φάσεις. Τα βρέφη είχαν πιο αρνητική αντίδραση στην επανασύνδεση, παρά στη φάση 1. Τα βρέφη είχαν πιο θετική αντίδραση στη φάση 1, παρά στην 3. Τα βρέφη ήταν περισσότερο αρνητικά στη φάση 2, παρά στη φάση 1. Οι μητέρες ήταν περισσότερο θετικές στη φάση 1, παρά στην 3. Μητέρες και βρέφη έδειξαν λιγότερο συγχρονισμό στη φάση 1, παρά στην 3. Μητέρες και βρέφη έδειξαν μεγαλύτερο ταίριασμα στη φάση 1, παρά στην 3.

Όσον αφορά τις αλλαγές του καρδιακού ρυθμού αυτός ήταν μικρότερος στη φάση 2, παρά στην προκαταρκτική φάση. Ο καρδιακός ρυθμός, ήταν μικρότερος στη φάση 3, παρά στην προκαταρκτική. Ο οσφυϊκός τόνος ήταν μεγαλύτερος όταν η μητέρα ήταν ανέκφραστη, παρά στο φυσιολογικό παιχνίδι, μεγαλύτερος στη φάση της επανασύνδεσης έναντι της προκαταρκτικής και μεγαλύτερος στη φάση 2 από όλες τις άλλες φάσεις. Οι δείκτες του οσφυϊκού τόνου και του καρδιακού παλμού στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» διέφεραν σημαντικά από τις μετρήσεις που έγιναν στην προκαταρκτική φάση.

Με βάση τις διαφορές που βρέθηκαν στον οσφυϊκό τόνο, δημιουργήθηκαν δυο ομάδες βρεφών: η ομάδα καταστολής η οποία περιλάμβανε βρέφη που είχαν το εξής μοτίβο όσον αφορά τον οσφυϊκό τόνο: αυξημένο οσφυϊκό τόνο στη φάση 1 σε σχέση με την 2 και μειωμένο οσφυϊκό τόνο στη φάση 2 σε σχέση με την 3 ($1 > 2 > 3$). Η δεύτερη ομάδα δεν εμφάνισε το προηγούμενο μοτίβο. Βρέθηκε ότι η ομάδα καταστολής παρουσίασε αύξηση θετικών αντιδράσεων στη φάση 1 παρά στην 3 και μεγαλύτερα επίπεδα οσφυϊκού τόνου. Αντίθετα η δεύτερη ομάδα παρουσίασε μείωση οσφυϊκού τόνου στη φάση 1 παρά στη φάση 3.

Όσον αφορά το "συγχρονισμό" και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του βρέφους στη φάση 2, στις δυάδες που ήταν λιγότερο συγχρονισμένες, τα βρέφη παρουσίασαν μείωση του καρδιακού ρυθμού. Στις δυάδες με μικρότερο "συναισθηματικό ταίριασμα", παρουσιάστηκε μείωση του καρδιακού ρυθμού και του οσφυϊκού τόνου. Ο δυαδικός συγχρονισμός σχετιζόταν με το "συναισθηματικό ταίριασμα" στη φάση 1. Οι δυάδες της ομάδας καταστολής συγχρονίζονταν καλύτερα από ότι η άλλη ομάδα στη φάση 1.

Σχετικά με τη μητρική κατάθλιψη βρέθηκε ότι οι μητέρες με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης είχαν βρέφη με μεγαλύτερο καρδιακό παλμό στη φάση της

επανασύνδεσης. Οι δυάδες της πειραματικής ομάδας με έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα συγχρονίζονταν λιγότερο στη φάση 1 του παιχνιδιού, αλλά είχαν μεγαλύτερο "συναισθηματικό ταίριασμα" στη φάση της επανασύνδεσης, από ότι η ομάδα ελέγχου. Δε βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά τις άλλες συμπεριφορικές και φυσιολογικές αντιδράσεις των δυάδων της πειραματικής ομάδας, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Η έρευνα των Moore και Calkins (2004), επιβεβαιώνει προηγούμενα ευρήματα για τη σημασία της λειτουργίας του δυαδικού συγχρονισμού. Τα βρέφη αντιδρούν ψυχολογικά αλλά και νευροφυσιολογικά στην ουδετερότητα της μητέρας. Το οσφυϊκό τους σύστημα καταστέλλεται τη στιγμή που το βρέφος φτάσει στην κορύφωση της αντίδρασης του. Αντίθετα, τα βρέφη της ομάδας μη καταστολής δεν έχουν αναπτύξει τόσο αποτελεσματικούς τρόπους αντίδρασης και αυτορρύθμισης. Τα βρέφη αυτά συγχρονίζονταν λιγότερο και ήταν λιγότερο θετικά και περισσότερο αναστατωμένα στη φάση της φυσιολογικής αλληλεπίδρασης, ενώ συνέχιζαν να είναι αγχωμένα ακόμα και μετά τη φάση της επανασύνδεσης. Το εύρημα αυτό ίσως να οφείλεται και στη συμπεριφορά της μητέρας. Ίσως η δυσκολία των καταθλιπτικών μητέρων έναντι της ομάδας ελέγχου, να συγχρονιστούν περισσότερο στη φάση 1 δυσκολεύει την ικανότητα τους να επαναφέρουν τη φυσιολογική αλληλεπίδραση στη φάση 3.

Δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ φυσιολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων στη φάση της επανασύνδεσης μεταξύ των βρεφών της ομάδας ελέγχου και των βρεφών της πειραματικής ομάδας. Αυτό παρατηρήθηκε και σε άλλες παρόμοιες έρευνες (Cohn & Tronick, 1983; Moore et al., 2001; Stanley et al., 2001) και ίσως να οφείλεται σε παράγοντες όπως είναι η σοβαρότητα και διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες. Αναμφισβήτητα όμως η κατάθλιψη της μητέρας επηρεάζει το συγχρονισμό.

Ο συγχρονισμός στην έρευνα αυτή βρέθηκε να συσχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα της δυαδικής επικοινωνίας στη φυσιολογική αλληλεπίδραση (φάση 1). Αντίθετα το "συναισθηματικό ταίριασμα", βρέθηκε ότι σχετίζεται περισσότερο με την επικοινωνία της δυάδας στη φάση της επανασύνδεσης. Όσον αφορά τις μητέρες με κατάθλιψη, διαπιστώθηκε ότι είχαν μεγαλύτερο "συναισθηματικό ταίριασμα" στη φάση της επανασύνδεσης. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με βάση προηγούμενες έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα βρέφη των μητέρων αυτών δε βιώνουν για πρώτη φορά την αδιαφορία της μητέρας (Field, 1984). Οι προηγούμενες λοιπόν εμπειρίες τους τα κάνουν να μην αγχώνονται τόσο όταν βρίσκονται μπροστά σε μια πειραματική συνθήκη όπου η μητέρα τους η οποία έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, πρέπει να υποκριθεί πως δεν ανταποκρίνεται. Σημαντικό ρόλο σε αυτά τα αποτελέσματα σύμφωνα με τον Moore και τους συνεργάτες του (2004), ίσως να διαδραματίζουν και στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους.

Η παραπάνω έρευνα, πρόσθεσε στον αριθμό των προηγούμενων ερευνών μια ακόμη απόδειξη ότι η διατάραξη της επικοινωνίας έχει αρνητικό αντίκτυπο για το βρέφος. Οι Moore και Calkins (2004) εισήγαγαν σημαντικές έννοιες για την αλληλεπίδραση της μητέρας-βρέφους, όπως είναι ο "συγχρονισμός και το "συναισθηματικό ταίριασμα". Περισσότερες έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν πιο διεξοδικά τη σημασία αυτών των εννοιών σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους ερευνητές η παρούσα έρευνα δε μπόρεσε να δείξει ποιος από τους δύο συμμετέχοντες διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο στο "συγχρονισμό" και στο "συναισθηματικό ταίριασμα". Ίσως όπως υποστήριζαν οι Tronick και Cohn (1983), τα βρέφη μικρότερης ηλικίας προσαρμόζονται περισσότερο στη συμπεριφορά της μητέρας, ενώ μεγαλύτερα ηλικιακά βρέφη δρουν πιο ανεξάρτητα και ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους. Αυτό μπορεί να εξηγήσει στη μελέτη αυτή που περιλάμβανε βρέφη 3 μηνών, ότι οι μητέρες

είχαν μεγαλύτερη επίδραση στην περίπτωση αυτή και όχι τα βρέφη. Η έρευνα των Moore και Calkins (2004), πρωτοπόρησε στο γεγονός ότι μελέτησε την ποιότητα της δυαδικής σχέσης μεταξύ μητέρας και βρέφους.

Οι Manian και Bornstein (2009) εξέτασαν τη ``συναισθηματική ρύθμιση`` σε βρέφη με μητέρες που είχαν κατάθλιψη και σε βρέφη με μητέρες χωρίς κατάθλιψη. Ως ``συναισθηματική ρύθμιση`` ορίστηκε η πολύ σημαντική για την ανάπτυξη ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει αυτόνομα τις συναισθηματικές του αντιδράσεις ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο. Στη βρεφική ηλικία, η ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης είναι μερικώς δυαδική, καθώς το κύριο πρόσωπο φροντίδας βοηθά το βρέφος στη ρύθμιση του συναισθήματος. Η βοήθεια αυτή αποτελεί τη βάση που θα βοηθήσει αργότερα το βρέφος να επιτύχει τη συναισθηματική ρύθμιση αυτόνομα (Tronick et al., 1978). Στόχος των Manian και Bornstein (2009) ήταν να εξετάσουν την ανάπτυξη της συναισθηματικής ρύθμισης του βρέφους όταν απουσιάζει η ρύθμιση από την πλευρά της μητέρας. Για το λόγο αυτό χρησιμοποίησαν μια εναλλακτική εκδοχή της «Συνθήκης του Ανέκφραστου Προσώπου» του Tronick (1978), εξετάζοντας την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης των βρεφών με βάση δύο παράγοντες: το κοινωνικό παιχνίδι και την αποστροφή του βλέμματος.

Στην έρευνα συμμετείχαν 48 μητέρες με κατάθλιψη και 70 μητέρες χωρίς τέτοιου είδους συμπτώματα μαζί με τα βρέφη τους ηλικίας 4-20 εβδομάδων. Εννέα από τις 48 μητέρες με κατάθλιψη είχαν συννοσηρότητα κατάθλιψης με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ενώ 15 από αυτές λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή την περίοδο της έρευνας.

Τα πειράματα έλαβαν χώρα στο εργαστήριο. Στο πρώτο επεισόδιο που διήρκεσε 3 λεπτά, ζητήθηκε από τις μητέρες να παίξουν με το βρέφος τους φυσικά, όπως θα έκαναν στο σπίτι τους (νατουραλιστική αλληλεπίδραση). Στο δεύτερο επεισόδιο ζητήθηκε από τις μητέρες να συμπεριφερθούν όπως θα έκαναν μια μέρα που θα ήταν κουρασμένες ή

ανίκανες να παίξουν αποτελεσματικά με το βρέφος τους. Στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να κατευθύνουν το βλέμμα τους στο βρέφος, αλλά να μιλούν μονότονα και επίπεδα, να μην κάνουν εκφράσεις με το πρόσωπο τους, να μειώσουν τις κινήσεις και το άγγιγμα προς το βρέφος τους (Cohn & Tronick, 1983). Τέλος, ακολουθούσε η φάση της επαναφοράς, όπου η μητέρα αλληλεπιδρούσε για 2 λεπτά φυσιολογικά με το βρέφος της.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι δύο ομάδες δε διέφεραν σημαντικά όσον αφορά τη συμπεριφορά τους στη συνθήκη όπου οι μητέρες ήταν ανέκφραστες. Από την φυσιολογική αλληλεπίδραση στη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» σημειώθηκε αύξηση του αυτο-καθησυχασμού και του αρνητικού συναισθήματος και μείωση του κοινωνικού παιχνιδιού και της διερεύνησης. Στη συνθήκη όπου η μητέρα δεν ανταποκρινόταν, τα βρέφη κοιτούσαν λιγότερο τη μητέρα και περισσότερο τριγύρω ή αντικείμενα, ενώ πέρασαν το μισό περίπου χρόνο τους προσπαθώντας να καθησυχάσουν τον εαυτό τους. Στην τρίτη φάση της επαναφοράς, το αρνητικό συναίσθημα συνεχίστηκε, ενώ εμφανίστηκε μερική μόνο επιστροφή στο κοινωνικό παιχνίδι. Στη φάση της επανασύνδεσης, βρέθηκε ότι τα βρέφη ήταν περισσότερο αρνητικά, εμφάνισαν μεγαλύτερη διερεύνηση, λιγότερο κοινωνικό παιχνίδι και μεγαλύτερη βλεμματική επαφή με αντικείμενα, σε σχέση με την πρώτη φάση του ελεύθερου παιχνιδιού. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι συνέχιζαν να είναι αναστατωμένα παρόλο που η μητέρα επέστρεφε στη φυσιολογική αλληλεπίδραση.

Διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες βρέθηκαν μόνο όσον αφορά την αποστροφή του βλέμματος. Τα βρέφη της ομάδας ελέγχου απέστρεφαν το βλέμμα πολύ πιο συχνά, από ότι τα βρέφη που είχαν μητέρες με κατάθλιψη. Όπως προαναφέρθηκε η αποστροφή του βλέμματος λειτουργεί ως μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης. Άρα επιβεβαιώθηκε

η υπόθεση ότι τα βρέφη που είχαν μητέρες με κατάθλιψη θα παρουσίαζαν ελλείμματα στην ικανότητα τους να αυτορυθμίζονται.

Όσον αφορά τις μεταβάσεις των συναισθηματικών αντιδράσεων, το κοινωνικό παιχνίδι ακολουθείτο από αποστροφή βλέμματος. Σχετικά με τα βρέφη των μητέρων που είχαν κατάθλιψη, την αποστροφή βλέμματος και την προσήλωση σε αντικείμενα την ακολουθούσε συχνότερα αρνητικό συναίσθημα και αρνητική συμπεριφορά. Οι φυσιολογικές μητέρες μπορούσαν ευκολότερα να μεταβούν από την αρνητική συμπεριφορά στη διερεύνηση. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε όμως για τις μητέρες με κατάθλιψη.

Περισσότερες αναλύσεις έδειξαν ότι και στις δύο ομάδες ο καθησυχασμός προς τον εαυτό ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανιστεί μαζί με την προσήλωση σε αντικείμενα και λιγότερο πιθανό να εμφανιστεί με το βλέμμα προς τη μητέρα ή την αρνητική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει παλαιότερες έρευνες που υποστήριζαν ότι ο αυτο-καθησυχασμός εμφανίζεται σε χαμηλού επιπέδου αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Όσον αφορά τη μετάβαση από αρνητικό συναίσθημα σε καθησυχασμό, αυτή ήταν στατιστικά σημαντική μόνο για τα βρέφη που είχαν μητέρες με κατάθλιψη. Τέλος, στατιστικά σημαντική ήταν η μετάβαση από τον καθησυχασμό, στην αλληλεπίδραση με τη μητέρα, μόνο όμως για τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας επιβεβαίωσαν τα ευρήματα και άλλων ερευνών (Cohn & Tronick, 1983; Moore et al., 2001; Stanley et al., 2001) ότι οι δύο ομάδες (καταθλιπτικές και φυσιολογικές μητέρες μαζί με τα βρέφη τους) δεν παρουσιάζουν διαφορές όσον αφορά τις αντιδράσεις τους και παρόλο που η «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» ήταν τροποποιημένη. Αλλαγές παρατηρήθηκαν όμως μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τις μεταβάσεις. Τα βρέφη των μητέρων με

κατάθλιψη, παρόλο που κοιτούσαν αλλού ή έστρεφαν την προσοχή τους σε αντικείμενα όταν η μητέρα ήταν ανέκφραστη, δυσκολεύονταν να επαναφέρουν την ψυχική τους ηρεμία όταν η αλληλεπίδραση επανερχόταν στους φυσιολογικούς ρυθμούς. Φαίνεται ότι τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη παρουσιάζουν έλλειμα στις ικανότητες συναισθηματικής διαχείρισης, σε σχέση με τα βρέφη της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη φαίνεται να χρησιμοποιούν ως βάση του συστήματος συναισθηματικής ρύθμισης τον αυτο-καθησυχασμό. Αντίθετα τα βρέφη που οι μητέρες τους δεν είχαν κατάθλιψη χρησιμοποιούν περισσότερο τεχνικές οπτικού περισπασμού (κοιτούν μακριά ή κοιτούν αντικείμενα).

Η έρευνα των Manian και Bornstein (2009), πρόσθεσε έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα στις έρευνες διατάραξης επικοινωνίας εισάγοντας ένα καινούριο παράγοντα, αυτόν της "συναισθηματικής ρύθμισης". Οι διαφορές ανάμεσα στα μοτίβα που αφορούν τις αλλαγές συμπεριφοράς καταδεικνύουν για ακόμα μια φορά την επίδραση που μπορεί να έχει η ψυχοπαθολογία της μητέρας στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους. Αξίζει όμως να σημειωθεί πως οι μητέρες σε αυτή τη μελέτη ήταν μορφωμένες και γενικότερα αποτέλεσαν ένα δείγμα χαμηλού κινδύνου, χωρίς να επηρεάζονται από άλλους σοβαρούς παράγοντες (φτώχεια, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο κ.α.) που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύοντας περισσότερες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να επαληθεύσουν τα ευρήματα αυτά χρησιμοποιώντας δείγμα και με μητέρες που επηρεάζονται από σοβαρούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα οι Stein, Lehtonen, McGlynn, Davies, Goodwin, Cortina-Borja, Craske, Harvey, Murray και Councell (2012) αξιολόγησαν τη γνωστική λειτουργία της μητέρας και την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους επιλέγοντας μητέρες

με επιλόχειο κατάθλιψη, διαταραχές άγχους και μητέρες χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές. Η πλειοψηφία των μελετών έως τότε είχε επικεντρωθεί στις μητέρες με κατάθλιψη και όχι σε αυτές με διαταραχές άγχους, ενώ η γνωστική λειτουργία της μητέρας δεν είχε μελετηθεί εκτεταμένα. Στόχος των ερευνητών ήταν να διερευνήσουν, αν η ανησυχία, η ελλειμματική της προσοχής και οι αρνητικές σκέψεις των μητέρων, θα επηρέαζαν την αλληλεπίδραση με το βρέφος τους όταν αυτό ήταν 10 μηνών. Ο λόγος που επιλέχθηκε η συγκεκριμένη ηλικία είναι διότι ο δέκατος μήνας ζωής θεωρείται σημαντική αναπτυξιακή περίοδος για το βρέφος. Πρώτον, την περίοδο αυτή τα βρέφη κατανοούν περισσότερο τη συμπεριφορά της μητέρας, αλλά και το που εκείνη εστιάζει την προσοχή της. Δεύτερον, από τους 9 μήνες και μετά εμφανίζεται ο "αλληλοσυντονισμός της προσοχής" (joint attention), όπου μητέρα και βρέφος μοιράζονται με το βλέμμα και το δείξιμο αντικείμενα κοινά στην προσοχή τους. Τέλος, η ηλικία αυτή επιλέχθηκε καθώς τα ψυχιατρικά συμπτώματα των μητέρων συχνά υποχωρούν περίπου 7 με 10 μήνες μετά τη γέννηση. Μελετήθηκαν ο βαθμός ανταπόκρισης και η ποιότητα αλληλεπίδρασης της μητέρας.

Το τελικό δείγμα αποτελείτο τελικά από 253 μητέρες, εκ των οποίων 90 είχαν γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, 57 κατάθλιψη και 106 καμία διαταραχή. Από τις 90 μητέρες με αγχώδη διαταραχή, 15 είχαν συννοσηρότητα με κατάθλιψη στους 3 μήνες και συννοσηρότητα με κατάθλιψη στους 6 μήνες. Από τις 57 μητέρες με κατάθλιψη, 19 είχαν συννοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή στους 3 μήνες και 17 συννοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή στους 6 μήνες.

Οι τρεις αυτές ομάδες συμμετείχαν τυχαία σε μία από τις 2 συνθήκες στο εργαστήριο: α) ανησυχία/ αρνητική σκέψη και β) ουδετερότητα. Όσον αφορά την πρώτη συνθήκη της ανησυχίας, στις μητέρες με αγχώδη διαταραχή δόθηκαν οδηγίες να διαλέξουν ένα θέμα που τις ανησυχεί περισσότερο, να κλείσουν τα μάτια και να

ανησυχήσουν για αυτό όσο περισσότερο γίνεται, όπως θα έκαναν συνήθως. Από τις μητέρες με κατάθλιψη, ζητήθηκε να σκεφτούν το πιο αρνητικό πράγμα στη ζωή τους, όπως θα έκαναν συνήθως. Από τις μητέρες χωρίς διαταραχές, ζητήθηκε να σκεφτούν κάτι που τους ανησυχεί ή είναι αρνητικό. Στη δεύτερη συνθήκη, την ουδέτερη, οι μητέρες κλήθηκαν να κλείσουν τα μάτια και να σκεφθούν το ταξίδι που έκαναν για να συναντήσουν τους ερευνητές, όσο πιο αναλυτικά γινόταν. Εκτός από τις 2 συνθήκες, οι μητέρες συμμετείχαν πριν και μετά σε δύο αλληλεπιδράσεις 3.5 λεπτών με τα βρέφη τους στο χώρο του εργαστηρίου. Η μία αλληλεπίδραση πραγματοποιήθηκε πριν τις φάσεις της ανησυχίας/αρνητισμού και της ουδετερότητας και η άλλη αλληλεπίδραση μετά από τις δύο αυτές φάσεις.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά της μητέρας κωδικοποιήθηκαν: α) η επεμβατικότητα, δηλαδή ο βαθμός που η μητέρα διέκοπτε/σταματούσε ή αναλάμβανε τις δραστηριότητες του βρέφους με επεμβατικό τρόπο, β) ο ισχυρός έλεγχος, ο βαθμός που η μητέρα χρησιμοποιεί αρνητικά τη γλώσσα, δηλαδή με απαγορεύσεις, εντολές και προειδοποιήσεις, με ή χωρίς έντονη μη συμπεριφορά, γ) η διευκόλυνση, ενέργειες της μητέρας που βοηθούν το βρέφος σε μια δραστηριότητα που κάνει ή που έδειξε με τον τρόπο του ότι θέλει να κάνει, δ) η απόσυρση, η έλλειψη αλληλεπίδρασης, ε) η ομιλία, η ποσότητα λόγου της μητέρας, στ) ο βαθμός που η μητέρα πρόσεξε ότι η προσοχή του βρέφους άλλαξε σε άλλο μέρος της δραστηριότητας ή ότι το βρέφος αφαιρέθηκε και το κατά πόσο η ίδια θα προσπαθήσει να επαναφέρει την προσοχή του βρέφους και ε) η ανταπόκριση στις φωνοποιήσεις του βρέφους. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του βρέφους κωδικοποιήθηκαν α) οι φωνοποιήσεις, δηλαδή ο βαθμός φωνοποιήσεων στη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων και ο βαθμός που αυτές μοιάζουν με γλώσσα, β) ο συναισθηματικός τόνος/η διάθεση: η χαρά και η λύπη που εκφράζονται από τις φωνοποιήσεις, τις εκφράσεις του προσώπου και τις συμπεριφορές του βρέφους και γ)

η απόσυρση, δηλαδή η αδυναμία αλληλεπίδρασης και ανταπόκρισης στη μητέρα και στα αντικείμενα που εμπλέκονται.

Βρέθηκε ότι το αρνητικό συναίσθημα αυξήθηκε περισσότερο και για τις τρεις ομάδες στη συνθήκη ανησυχίας/αρνητισμού, παρά στην ουδέτερη συνθήκη. Αντίθετα, το θετικό συναίσθημα μειώθηκε στη συνθήκη ανησυχίας/αρνητισμού περισσότερο σε σχέση με την ουδέτερη συνθήκη, αλλά μόνο στις μητέρες που είχαν κατάθλιψη και διαταραχές άγχους. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι καταστάσεις στρες και ανησυχίας έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο σε άτομα που έχουν ψυχιατρικές διαταραχές. Όσον αφορά το γνωστικό τομέα, οι μητέρες με κατάθλιψη και διαταραχές άγχους βαθμολόγησαν τις σκέψεις τους περισσότερο αρνητικές και περισσότερο δύσκολες στο να τις ελέγξουν, από ότι οι μητέρες χωρίς διαταραχές. Αυτό ωστόσο δεν παρατηρήθηκε μόνο στη συνθήκη ανησυχίας αλλά και στην ουδέτερη συνθήκη, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι μητέρες με διαταραχές μπορεί να γενικεύσουν την ανησυχία τους και όταν οι καταστάσεις δεν είναι στρεσογόνες. Πολλές μητέρες ανέφεραν για παράδειγμα στους ερευνητές, ότι στη διάρκεια της ουδέτερης συνθήκης, όπου κλήθηκαν απλά να σκεφθούν το ταξίδι τους στο εργαστήριο, άρχισαν να σκέφτονται το αν θα αποδώσουν καλά στην εξέταση ή ανησυχούσαν μήπως αργήσουν.

Όσον αφορά τις δύο αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους, βρέθηκε ότι οι μητέρες με άγχος και κατάθλιψη που τοποθετήθηκαν τυχαία στη συνθήκη ανησυχίας, ανταποκρίνονταν και αλληλεπιδρούσαν λιγότερο από ότι οι μητέρες της ουδέτερης συνθήκης. Κυρίως οι μητέρες με άγχος (και λιγότερο αυτές με κατάθλιψη), ήταν λιγότερο πιθανό να αντιδράσουν στις φωνοποιήσεις του βρέφους τους, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, μετά τη συνθήκη ανησυχίας. Στη συνθήκη ανησυχίας, παρατηρήθηκε αύξηση των μητρικών φωνοποιήσεων, έναντι της ουδέτερης συνθήκης, αλλά μόνο από τις μητέρες που δεν είχαν κάποια διαταραχή. Αντίθετα δεν

παρατηρήθηκε αύξηση, αλλά μείωση των φωνοποιήσεων στην ίδια συνθήκη για τις μητέρες με αγχώδη διαταραχή. Το ίδιο μοτίβο δεν παρατηρήθηκε ωστόσο για τις μητέρες με κατάθλιψη. Το αποτέλεσμα αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές, δείχνει ότι οι μητέρες χωρίς διαταραχή αυξάνουν τις φωνοποιήσεις τους πιθανότατα ως μηχανισμό ρύθμισης του συναισθήματος τους. Οι μητέρες με διαταραχές δεν εμφάνισαν αυτό το μοτίβο γιατί πιθανότητα δυσκολεύονται περισσότερο στη ρύθμιση του συναισθήματος και είναι πιο αρνητικές. Οι μητέρες με αγχώδη διαταραχή ήταν πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν τον αυστηρό έλεγχο περισσότερο από τις άλλες δύο ομάδες, στην ουδέτερη συνθήκη παρά στην ανήσυχη. Επιπλέον, οι μητέρες με διαταραχές ήταν λιγότερο πιθανό να προσέξουν που εστιάζει το βρέφος την προσοχή του, σε σχέση με τις φυσιολογικές μητέρες (Stein et al., 2012).

Όσον αφορά τα βρέφη και αυτά στη συνθήκη ανησυχίας παρουσίασαν αύξηση των φωνοποιήσεων, σε σχέση με την ουδέτερη συνθήκη. Το εύρημα αυτό έρχεται να συμφωνήσει με προηγούμενες έρευνες που χρησιμοποίησαν τη «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου», οι οποίες βρήκαν ότι τα βρέφη όταν βρίσκονται σε στρεσογόνες συνθήκες όπου η μητέρα δεν ανταποκρίνεται, αυξάνουν τις φωνοποιήσεις τους (Cohn & Tronick, 1983). Τα βρέφη των μητέρων με αγχώδη διαταραχή ήταν πιθανότερο να είναι αρνητικά και αποσυρμένα, έναντι των βρέφη των μητέρων χωρίς καμία διαταραχή. Αυτό δεν παρατηρήθηκε στα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη. Τέλος, σχετικά με την υποχώρηση των συμπτωμάτων, αυτή δε φαίνεται να επηρέασε τελικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Η παραπάνω έρευνα χρησιμοποίησε διαφορετική μέθοδο από αυτήν του «ανέκφραστου προσώπου» προκειμένου να διερευνήσει την επίδραση της ψυχοπαθολογίας της μητέρας στην επικοινωνία με το βρέφος της. Παρόλα αυτά επιβεβαιώθηκε για ακόμη μια φορά ότι η ψυχοπαθολογία της μητέρας επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία της διάδας.

Οι Cohn, Campbell, Matias και Hopkins (1990) μελέτησαν την πρόσωπο-με-πρόσωπο αλληλεπίδραση μητέρων-βρεφών με κατάθλιψη και χωρίς κατάθλιψη, όταν τα βρέφη ήταν 2 μηνών. Καθώς παρατηρείται συχνά η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές, οι ερευνητές επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν μια δομημένη κλινική συνέντευξη για να κάνουν διάγνωση της κατάθλιψης, παρά ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, όπως είχαν χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες.

Εικοσιτέσσερις μητέρες που πληρούσαν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και 22 μητέρες της ομάδας ελέγχου, συμμετείχαν στην έρευνα. Οι μετέχοντες έλαβαν μέρος σε 2 συνθήκες: α) πρόσωπο-με-πρόσωπο αλληλεπίδραση 3 λεπτών στο σπίτι, όπου παρατηρήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν: η κατεύθυνση του βλέμματος, οι εκφράσεις του προσώπου, οι φωνητικές εκφράσεις, οι κινήσεις και η στάση σώματος και β) παρατήρηση στο σπίτι, την ώρα της σίτισης και γενικά της καθημερινής φροντίδας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι μητέρες με καταθλιπτική διαταραχή ήταν περισσότερο αρνητικές και λιγότερο ευαισθητοποιημένες στις ανάγκες του παιδιού τους, σε σχέση με τις φυσιολογικές μητέρες. Μάλιστα οι μητέρες με κατάθλιψη που δεν εργάζονταν είχαν υψηλότερα ποσοστά αρνητικών εκφράσεων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι μητέρες με κατάθλιψη που δεν εργάζονταν και είχαν αγόρια έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά θετικής συμπεριφοράς, σε σχέση με τις υπόλοιπες μητέρες της ίδιας ομάδας που είχαν κορίτσια και με τις μητέρες που δεν είχαν κατάθλιψη (ανεξαρτήτως αν είχαν αγόρια ή κορίτσια). Το εύρημα αυτό δεν ήταν δυνατό να εξηγηθεί πλήρως καθώς, η επίδραση του φύλου δεν ήταν κάτι που σκόπευαν οι ερευνητές να μελετήσουν εξ αρχής. Τα βρέφη των μη εργαζόμενων μητέρων με κατάθλιψη είχαν εκδήλωσαν περισσότερο θετική συμπεριφορά σε σχέση με τα βρέφη της ίδιας ομάδας που εργάζονταν ή της ομάδας ελέγχου.

Ο Cohn και οι συνεργάτες του (1990) παρατήρησαν πως σε αντίθεση με άλλες έρευνες, η αρνητικότητα των δυάδων που οι μητέρες είχαν κατάθλιψη υπήρχε αλλά δεν ήταν τόσο μεγάλη και έντονη. Συμπέραναν ότι ίσως να παίζει ρόλο η ηλικία του βρέφους, αλλά και το γεγονός ότι άλλοι ερευνητές συμπεριέλαβαν στην έρευνα τους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η φτώχεια, οικονομικές και προσωπικές δυσκολίες ή η παραμέληση και κακοποίηση του παιδιού. Κάτι τέτοιο δεν διερευνήθηκε από τον Cohn και τους συνεργάτες του (1990).

Η υπόθεση ότι θα υπήρχε έλλειμα στην ανταπόκριση μεταξύ μητέρας με κατάθλιψη και του βρέφους δεν υποστηρίχθηκε εδώ. Ίσως αυτό να οφείλεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, στο γεγονός ότι με το πέρασμα του χρόνου, εμφανίζονται αναπτυξιακές αλλαγές. Οι μεγαλύτερες διαφορές σε άλλες έρευνες (Cohn & Tronick, 1983; Manian & Bornstein, 2009; Moore et al., 2001; Stanley et al., 2001; Stein et al., 2012) ίσως να σχετίζονται με το γεγονός ότι σε αυτές συμμετείχαν μεγαλύτερα σε ηλικία βρέφη. Είναι πιθανό να υπάρχει σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αναπτυξιακών αλλαγών. Ίσως όσο το βρέφος μεγαλώνει και όσο τα συμπτώματα της μητέρας εμμένουν, τόσο να επηρεάζεται και η αλληλεπίδραση του βρέφους με τη μητέρα του. Το ενδιαφέρον του βρέφους μετατοπίζεται από την δυαδική αλληλεπίδραση, σε άλλα πρόσωπα και αντικείμενα, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει εξελικτικά τα διαφορετικά αποτελέσματα στις έρευνες. Διαφορές επίσης στη μεθοδολογία είναι πιθανό να επηρέασαν τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς στη μελέτη αυτή δε χρησιμοποιήθηκε η «Συνθήκη του Ανέκφραστου Προσώπου» αλλά κωδικοποιήθηκαν συμπεριφορές και πραγματοποιήθηκε παρατήρηση της δυάδας σε νατουραλιστικό πλαίσιο.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης του Cohn και των συνεργατών του (1990) είναι η σχέση κατάθλιψης και εργασιακής κατάστασης. Βρέθηκε ότι οι εργαζόμενες μητέρες με κατάθλιψη, καθώς και τα βρέφη τους εκδήλωναν περισσότερο θετικά

συναισθήματα ή συμπεριφορές, σε σχέση με τις δυάδες, όπου η μητέρα είχε κατάθλιψη αλλά δεν εργαζόταν. Η επιστροφή της μητέρας στη δουλειά και η μετατόπιση της φροντίδας του βρέφους σε ένα άλλο πρόσωπο ίσως να λειτούργησε βοηθητικά ή και θεραπευτικά στη μεταξύ τους σχέση.

Σε μια άλλη έρευνα οι Stein, Gath, Bucher, Bond, Day και Cooper (1991) μελέτησαν τη σχέση της επιλόχειου κατάθλιψης με την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας εξετάστηκε και 19 μήνες μετά τη γέννηση.

Στην έρευνα συμμετείχαν 49 μητέρες που μητέρες επιλέχθηκαν για την ομάδα ελέγχου και 49 μητέρες που επιλέχθηκαν για την πειραματική ομάδα. Η πειραματική ομάδα χωρίστηκε σε δύο υπο-ομάδες: στην ομάδα με επιλόχειο κατάθλιψη τα συμπτώματα των οποίων είχαν υποχωρήσει στους 19 μήνες και στην ομάδα με μητέρες που συνέχιζαν να έχουν κατάθλιψη στους 19 μήνες.

Οι 98 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους αξιολογήθηκαν όταν το βρέφος ήταν 19 μηνών σε πέντε συνθήκες. Αρχικά, έγινε αξιολόγηση της κοινωνικότητας του βρέφους απέναντι σε ένα ξένο. Σε δεύτερη φάση οι δυάδες παρατηρήθηκαν για 3 λεπτά σε τρεις συνθήκες δομημένου παιχνιδιού. Τα παιχνίδια αυτά εξυπηρετούσαν συγκεκριμένους σκοπούς καθώς επιλέχθηκαν προκειμένου να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα και το βρέφος αντιμετωπίζουν διάφορες καταστάσεις, π.χ. τον τρόπο με τον οποίο το παιδί πλησιάζει το παιχνίδι και τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα διατηρεί το ενδιαφέρον του παιδιού και διαχειρίζεται τις δυσκολίες. Στην τρίτη φάση, έγινε αναπτυξιακή αξιολόγηση του παιδιού με τη βοήθεια του Τεστ Denver που ερευνά την αδρή και λεπτή κινητικότητα, τη γλώσσα και τη προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη. Στην τέταρτη φάση, ο Stein και οι συνεργάτες του μελέτησαν την αντίδραση των βρεφών στην αναχώρηση και επιστροφή της μητέρας. Στην πέμπτη και τελευταία φάση, οι ερευνητές αξιολόγησαν τη συμπεριφορά και την αλληλεπίδραση των δύο

συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα αξιολόγησαν το πόσο επεμβατική, ζεστή, τρυφερή, επικοινωνιακή και αρμονική ήταν η μητέρα. Για το βρέφος αξιολογήθηκαν στοιχεία που αφορούσαν την ικανότητα συγκέντρωσης του και τις αρνητικές του αντιδράσεις, όπως ήταν το κλάμα και ο θυμός.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Stein και των συνεργατών του (1991) έδειξαν ότι στη «συνθήκη με τον ξένο» τα βρέφη της πειραματικής ομάδας ήταν λιγότερο κοινωνικά από ότι τα βρέφη της ομάδας ελέγχου. Στις «συνθήκες του δομημένου παιχνιδιού» τα βρέφη της πειραματικής ομάδας εμφάνισαν λιγότερο συχνά συναισθηματικό μοίρασμα και ήταν λιγότερο κοινωνικά, σε σχέση με τα βρέφη της ομάδας ελέγχου. Στην αναπτυξιακή αξιολόγηση Denver 19 βρέφη της πειραματικής ομάδας μπορούσαν να συνδυάσουν/χρησιμοποιήσουν δύο λέξεις, ενώ αυτό παρατηρήθηκε σε 30 βρέφη της ομάδας ελέγχου. Στη «συνθήκη αποχωρισμού» όταν η μητέρα έφευγε από το δωμάτιο, 14 βρέφη της ομάδας ελέγχου και 14 βρέφη της πειραματικής ομάδας εμφάνισαν μεγάλο στρες. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο υποομάδων της πειραματικής ομάδας. Ωστόσο στη συνθήκη του αποχωρισμού, τα βρέφη των μητέρων που συνέχιζαν να έχουν κατάθλιψη στους 19 μήνες εμφάνισαν λιγότερο συχνά συναισθηματικό μοίρασμα, ήταν λιγότερο κοινωνικά και περισσότερο αναστατωμένα όταν η μητέρα έφευγε από το δωμάτιο. Στη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους, οι μητέρες της πειραματικής ομάδας εμφάνισαν λιγότερο συχνά αρμονικές αλληλεπιδράσεις με τα βρέφη τους. Μάλιστα οι μητέρες που είχαν επιλόχειο παλαιότερα ήταν λιγότερο βοηθητικές προς τα βρέφη τους.

Η διάρκεια της κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται άμεσα με την κοινωνικότητα, την ποιότητα των αρνητικών αντιδράσεων του βρέφους και την βοήθεια/διευκόλυνση που προσφέρει η μητέρα στο βρέφος της. Όσον αφορά τον παράγοντα των κοινωνικών και

προσωπικών δυσκολιών που μελετήθηκε, 14 μητέρες με κοινωνικές δυσκολίες, έδειξαν λιγότερη βοήθεια/διευκόλυνση στο βρέφος τους, σε σχέση με 35 μητέρες που δεν είχαν κοινωνικές δυσκολίες. Στις αξιολογήσεις της συμπεριφοράς, οι μητέρες με κοινωνικά και άλλα προβλήματα είχαν λιγότερη ζεστασιά και ήταν λιγότερο επικοινωνιακές, ενώ τα βρέφη τους ήταν περισσότερο ανήσυχα και αγχωμένα. Οι μητέρες που έκαναν παιδί για πρώτη φορά, ήταν λιγότερο στοργικές και βοηθητικές στα βρέφη τους. Η επιλόχειος κατάθλιψη, η παρατεταμένη κατάθλιψη, καθώς και οι κοινωνικές και συζυγικές δυσκολίες είχαν ανεξάρτητη επίδραση στην πρόβλεψη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους.

Συμπερασματικά, η μελέτη του Stein και των συνεργατών του (1991) έδειξε ότι η μητρική κατάθλιψη, ασχέτως αν τα συμπτώματα της έχουν υποχωρήσει ή όχι, έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ποιότητα της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους στους 19 μήνες. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας, οι κοινωνικές και προσωπικές δυσκολίες, αλλά και πιθανόν η ιδιοσυγκρασία του βρέφους να επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας της με το βρέφος αμφίδρομα, καθώς οι μητέρες παρέχουν περιορισμένη φροντίδα στο βρέφος και είναι λιγότερο επικοινωνιακές. Ως αποτέλεσμα τα βρέφη αντιδρούν, αποσύρονται και όπως βρήκε ο Stein με τους συνεργάτες του (1991), τα βρέφη αυτά είναι λιγότερο κοινωνικά. Οι κοινωνικές και προσωπικές δυσκολίες σίγουρα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία της διάδας.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι οι μητέρες της μελέτης αυτής αξιολογήθηκαν, όσον αφορά την ψυχική υγεία, τόσο πριν, όσο και μετά τη γέννηση του βρέφους τους. Η έρευνα έγινε στον οικείο χώρο του σπιτιού γεγονός που επιτρέπει στους μετέχοντες να δρουν περισσότερο αυθόρμητα και άνετα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζουν ανομοιογένεια καθώς υπήρξαν ορισμένες μητέρες με κατάθλιψη που

ήταν αρκετά στοργικές και δημιουργούσαν ποιοτικές αλληλεπιδράσεις με το βρέφος τους. Ο Stein και οι συνεργάτες του (1991) συμπέραναν ότι ίσως οι μητέρες αυτές, καθώς και οι οικογένειες τους να είχαν λάβει καλύτερη φροντίδα και ιατρική περίθαλψη.

Συμπερασματικά, η ανεπαρκής φροντίδα των γονέων και η αδυναμία να ανταποκριθούν στα κίνητρα και τα συναισθήματα του βρέφους τους έχει αρνητικά αποτελέσματα στη γνωστική, συναισθηματική του ανάπτυξη και στην κοινωνικο-γνωστική του μάθηση (Trevarthen et al., 2001). Η διυποκειμενική επικοινωνία διαταράσσεται καθώς η μητέρα δεν αντιδρά έγκαιρα και με συνέπεια στα καλέσματα του παιδιού, δυσκολεύεται να συγκεντρώσει την προσοχή της στα ίδια ερεθίσματα με το παιδί, η φωνή της δεν παρουσιάζει την μελωδικότητα και την ζωντάνια που πρέπει (Murray, Cooper & Stein, 1991).

Σύμφωνα με την Field (1998) μητέρες με κατάθλιψη παρουσιάζουν δύο χαρακτηριστικά στοιχεία: «απόσυρση» και «παρεμβατικότητα/παρορμητικότητα». Μητέρες με χρόνια κατάθλιψη έχουν λοιπόν μεγάλες πιθανότητες να αποκτήσουν βρέφη με καθυστερημένη ανάπτυξη και ωρίμανση στους 12 μήνες ζωής. Τα βρέφη αυτά πιθανόν να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις εκφράσεις του προσώπου των άλλων για να ερμηνεύσουν την συναισθηματική τους κατάσταση (μειωμένη ικανότητα για εναρμόνιση με τα συναισθήματα κάποιου άλλου), ο τόνος της φωνής τους θα είναι μάλλον επίπεδος και το παιχνίδι και η εξερεύνηση του περιβάλλοντος μειωμένα. Επιπλέον, βρέφη με καταθλιπτικές μητέρες τείνουν να προτιμούν λυπημένα και όχι χαρούμενα πρόσωπα, ενώ είναι συχνότερα τα ίδια λυπημένα και νευριασμένα (Field, 1998). Από τη μία οι καταθλιπτικές μητέρες, εκδηλώνουν λιγότερη ενσυναίσθηση στα βρέφη τους, συνήθως είναι λιγότερο αποτελεσματικές, δεν είναι διαθέσιμες, είναι πιο αποστασιοποιημένες, και από την άλλη τα αρνητικά τους συναισθήματα

μεταβιβάζονται στο βρέφος το οποίο συνήθως εκδηλώνει δυσαρέσκεια, ενώ χαμογελάει, κοιτάει και εστιάζει την προσοχή του λιγότερο (Pelaez-Nogueras, Field, Hossain & Pickens 1996). Αυτή η μεταβίβαση των συναισθημάτων, της προσοχής, των εκφράσεων και κινήσεων του σώματος υποστηρίζει ολοένα και περισσότερο την θεωρία της διυποκειμενικότητας. Το βρέφος συγχρονίζει ρυθμικά και χρονικά τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα του με την μητέρα, αλλά και το αντίστροφο.

3.5.2 Μητέρες με Κοινωνική Φοβία

Η κοινωνική φοβία σύμφωνα με το DSM-5 (2013) αποτελεί μια συνηθισμένη αγχώδη διαταραχή που εμφανίζεται σε ποσοστό 7-13% του πληθυσμού, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Τα άτομα με κοινωνική φοβία αισθάνονται έντονο φόβο και άγχος για τυχόν αρνητικές αξιολογήσεις από τους άλλους γεγονός που τα οδηγεί σε αποφυγή των κοινωνικών συναναστροφών και μείωση της κοινωνικότητάς τους.

Έχει βρεθεί ότι η κοινωνική φοβία σχετίζεται με μείωση της ποιότητας της γονεϊκής φροντίδας. Η ποιότητα της φροντίδας του γονέα με κοινωνική φοβία μπορεί να επηρεάσει και την ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους. Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη ζεστασιάς, ο έλεγχος και η υπερπροστατευτικότητα της μητέρας μπορεί να προκαλέσουν αισθήματα άγχους και φόβου στο παιδί και να διαταράξουν τη σχέση τους (Murray, Cooper, Crewsell, Schofield & Sack, 2007).

Οι Murray και συνεργάτες (2007) μελέτησαν την επίδραση της κοινωνικής φοβίας στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους και στον τρόπο που αυτές επηρεάζουν την κοινωνική προσαρμογή του βρέφους. Οι ερευνητές θέλησαν να διαπιστώσουν αν τα βρέφη των μητέρων με κοινωνική φοβία θα εμφάνιζαν προβλήματα στην κοινωνική ανταπόκριση και αν οι δυσκολίες αυτές θα σχετίζονταν με τις κοινωνικές δυσκολίες

της μητέρας. Επιπλέον, η Murray και οι συνεργάτες της (2007) εξέτασαν αν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του βρέφους, επηρεάζουν τη σχέση του με τη μητέρα. Πιο συγκεκριμένα, μελέτησαν τη βρεφική αντιδραστικότητα, δηλαδή την ευαισθησία του βρέφους στις περιβαλλοντικές αλλαγές που μπορεί να προκαλέσουν στρες και δυσκολίες στην αυτορρύθμιση.

Στην έρευνα συμμετείχαν 89 μητέρες χωρίς καμία διαταραχή, 84 μητέρες με κοινωνική φοβία και 50 μητέρες με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η αντιδραστικότητα του βρέφους, αξιολογήθηκε δέκα ημέρες μετά τη γέννηση στο χώρο του σπιτιού. Όταν τα βρέφη ήταν 2.5 μηνών, μητέρες και βρέφη επισκέφθηκαν το εργαστήριο όπου συμμετείχαν για 5 λεπτά σε ελεύθερο παιχνίδι. Όταν τελείωνε η αλληλεπίδραση κάθε διάδας, μια γυναίκα ερευνητής, άγνωστη στη μητέρα και το βρέφος, έμπαινε στο δωμάτιο. Φώναζε το όνομα του βρέφους και πλησίαζε σιγά σιγά τους δύο συμμετέχοντες. Στη συνέχεια στεκόταν δίπλα από τη μαμά, μιλούσε στο βρέφος και κατόπιν το σήκωνε από το κάθισμα του προσπαθώντας να αλληλεπιδράσει μαζί του. Η συνθήκη με την ξένη διαρκούσε 2.5 λεπτά. Οι δύο αλληλεπιδράσεις με τη μητέρα και με την ξένη μαγνητοσκοπήθηκαν.

Για την αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης της μητέρας χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια και έγινε και μία διαγνωστική συνέντευξη, όταν το βρέφος ήταν 10 εβδομάδων. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) η Κλίμακα Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης (SIAS), β) η Κλίμακα Κοινωνικής Φοβίας (SPS) και γ) το Ερωτηματολόγιο Penn για την κατάσταση δυσφορίας/ανησυχίας (PSWQ). Τέλος, ως διαγνωστική συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τον Άξονα 1 του DSM-IV (SCID). Προκειμένου να βαθμολογήσουν το επίπεδο αντιδραστικότητας του βρέφους, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη Βρεφική Κλίμακα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς, η οποία μετρούσε το ανώτατο όριο ενθουσιασμού,

την ταχύτητα συγκέντρωσης και την αντιδραστικότητα του βρέφους. Όσον αφορά την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, η μητρική συμπεριφορά βαθμολογήθηκε με βάση α) την ευαισθησία (ζεστασιά, αποδοχή, ανταπόκριση κ.α.), β) την ενεργό εμπλοκή (λεκτική και μη λεκτική) και γ) το εκφραζόμενο άγχος (δάγκωμα χειλιών, άβολη στάση σώματος, έκφραση ανησυχίας). Για το βρέφος βαθμολογήθηκαν α) η θετική επικοινωνία (προσοχή/προσήλωση στη μητέρα, λεκτική και εκφραστική ανταπόκριση) και β) η δυσφορία (κλάμα, φόβος/δειλία). Στην αλληλεπίδραση μητέρας-ξένης-βρέφους, για τη μαμά βαθμολογήθηκαν α) ο βαθμός εμπλοκής με την ξένη (χαιρετισμός, βλεμματική επαφή, χαμόγελο, συζήτηση), β) ο έλεγχος της αλληλεπίδρασης του βρέφους με την ξένη (μιλά εκ μέρους του βρέφους με την ξένη, ακουμπά το βρέφος όσο μιλά στην ξένη), γ) η ενθάρρυνση της στο βρέφος να αλληλεπιδράσει με την ξένη (θετικά σχόλια, εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες) και δ) η έκφραση του άγχους (ίδιες συμπεριφορές με την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους). Αναφορικά με το βρέφος, βαθμολογήθηκαν α) ο βαθμός προσήλωσης στη μητέρα, β) η θετική επικοινωνία με την ξένη και γ) η δυσφορία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας της Murray και των συνεργατών της (2007) έδειξαν ότι όταν αλληλεπιδρούσαν με τα βρέφη τους οι μητέρες με κοινωνική φοβία, ήταν περισσότερο αγχωμένες και εμπλέκονταν λιγότερο στην επικοινωνία, από ότι οι μητέρες χωρίς καμία διαταραχή. Μάλιστα διέφεραν από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου σε τρεις από τις τέσσερις διαστάσεις που βαθμολογήθηκαν όσον αφορά τη συμπεριφορά της μητέρας. Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και όσον αφορά τη συνθήκη με την ξένη. Στην παρουσία μιας ξένης, οι μητέρες με κοινωνική φοβία ενθάρρυναν τα βρέφη τους λιγότερο να εμπλακούν μαζί της, σε σχέση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου, αλλά δεν ασκούσαν μεγάλο έλεγχο στα βρέφη τους. Όσον αφορά την ευαισθησία δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των μητέρων με

κοινωνική φοβία. Σε γενικές γραμμές, στην αλληλεπίδραση με την ξένη, τα βρέφη των μητέρων με διαταραχή έμεναν προσηλωμένα στη μητέρα τους και ήταν λιγότερο πιθανό να προβούν σε θετική επικοινωνία με την ξένη όταν εκείνη προσπαθούσε να τα προσεγγίσει. Απροσδόκητα, στη δυαδική αλληλεπίδραση οι μητέρες με αγχώδη διαταραχή δεν ήταν περισσότερο αγχωμένες από ότι οι μητέρες χωρίς καμία διαταραχή. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του βρέφους, τα βρέφη που ως νεογνά χαρακτηρίστηκαν ως πιο ευερέθιστα, ήταν λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε θετική αλληλεπίδραση με την ξένη στις 10 εβδομάδες ζωής.

Αθροιστικά η έρευνα της Murray και των συνεργατών της (2007) δεν απέδειξε ότι οι μητέρες με κοινωνική φοβία παρέχουν ανεπαρκή φροντίδα, βρήκε όμως ότι είναι περισσότερο αγχώδεις όταν εμπλέκονται με ένα άγνωστο άτομο και λιγότερο πιθανό να ενθαρρύνουν τα βρέφη τους να εμπλακούν μαζί του. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με πληθώρα ερευνών για τις μητέρες με κατάθλιψη, όπου εκεί βρέθηκε ότι ο αντίκτυπος των συμπτωμάτων της μητέρας ήταν μεγαλύτερος για το βρέφος τους. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι κάθε διαταραχή πρέπει να μελετηθεί ξεχωριστά καθώς τα συμπτώματα της καθεμιάς έχουν διαφορετική επίδραση στη δυαδική επικοινωνία. Αναμφισβήτητα όμως η παρούσα έρευνα έδειξε ότι τα βρέφη των μητέρων με κοινωνική φοβία ενδέχεται να εμφανίσουν πρώιμα σημάδια μειωμένης κοινωνικής ανταπόκρισης. Πολλοί ερευνητές βρήκαν ότι τα βρέφη από τους πρώτους κιόλας μήνες ερμηνεύουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις του κύριου προσώπου φροντίδας και πως η μητέρα προσπαθεί από την πλευρά της να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά του μωρού της προκειμένου να ρυθμίσει την επικοινωνία τους (Trevarthen et al., 2001). Στα βρέφη που έχουν μητέρες με κοινωνική φοβία, ίσως αυτό να είναι κάτι μη εφικτό, καθώς οι μητέρες αυτές είναι περισσότερο αποτραβηγμένες και αγχωμένες. Ενδέχεται έτσι να

δυσχεραίνεται η δυαδική επικοινωνία. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διαχωρίσουν τον αντίκτυπο της κάθε διαταραχής ξεχωριστά στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους.

3.6 Η Ιδιοσυγκρασία του βρέφους

Πολλοί είναι οι ερευνητές που υπέθεσαν πως στη διατάραξη επικοινωνίας μητέρας-βρέφους, δεν παίζει ρόλο μόνο η ψυχιατρική διαταραχή της μητέρας, αλλά και ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με χαρακτηριστικά του βρέφους. Ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε «ιδιοσυγκρασία» και περιλαμβάνει πολλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά. Όσον αφορά την έννοια αυτή, η ιδιοσυγκρασία έλαβε κατά καιρούς πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς, καθώς και ποικίλες κατηγοριοποιήσεις.

Σύμφωνα με τους Thomas και Chess (1977), η ιδιοσυγκρασία ορίζεται ως *«το στοιχείο της συμπεριφοράς, το πώς της συμπεριφοράς σε αντιδιαστολή με το κίνητρο, το γιατί της συμπεριφοράς και των ικανοτήτων, το τί της συμπεριφοράς»*. Διαφορετικά άτομα δύνανται να έχουν το ίδιο κίνητρο και τις ίδιες ικανότητες για να εκτελέσουν μια δραστηριότητα, αλλά να διαφέρουν στις κινητικές ικανότητες, στην ένταση της συναισθηματικής έκφρασης, στην ευκολία προσαρμογής, στην επιμονή και στο βαθμό που αποσπάται η προσοχή τους. Η ιδιοσυγκρασία είναι ένα ανεξάρτητο χαρακτηριστικό το οποίο δεν είναι ούτε κατώτερο, αλλά ούτε και ανώτερο από τη γνώση, τη σκέψη, το κίνητρο και τη συναισθηματικότητα. Η ιδιοσυγκρασία αλληλεπιδρά με τα στοιχεία αυτά και μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικού είδους εκδηλώσεις της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα ένα παιδί που δεν έχει επιμονή ως χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας του, μπορεί να επιμείνει σε μια δραστηριότητα επειδή έχει υψηλό κίνητρο. Ωστόσο, η ιδιοσυγκρασία πρέπει να διαφοροποιείται από το κίνητρο, τις ικανότητες και την προσωπικότητα (Thomas & Chess, 1977).

Η ιδιοσυγκρασία αλληλεπιδρά με το κίνητρο και τις ικανότητες και διαμορφώνει τη συμπεριφορά. Η ιδιοσυγκρασία εκφράζεται ως απάντηση σε εξωτερικά ερεθίσματα, προσδοκίες, ευκαιρίες ή απαιτήσεις και πρέπει πάντοτε να αξιολογείται με βάση το κοινωνικό πλαίσιο. Τα άτομα τείνουν να συμπεριφέρονται δηλαδή διαφορετικά ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να είναι με βάση την ιδιοσυγκρασία του αρνητικό στις απαγορεύσεις της μητέρας του αλλά σε παρόμοιες απαγορεύσεις της δασκάλας του να μην αντιδρά με τόσο αρνητικό τρόπο και να συμμορφώνεται ευκολότερα. Οι Thomas και Chess (1977) υποστήριξαν πως σε τέτοιες περιπτώσεις δεν αλλάζει το ιδιοσυγκρασιακό μοτίβο, αλλά το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να εντείνει ή να μειώσει την έκφραση της ιδιοσυγκρασίας. Τέλος, η ιδιοσυγκρασία αποτελεί ένα από τα πολλά μέρη και στοιχεία της προσωπικότητας.

Η παραπάνω έννοια περιλαμβάνει 9 χαρακτηριστικά: 1) το επίπεδο δραστηριότητας (το επίπεδο και ο βαθμός της κινητικής δραστηριότητας), 2) τη ρυθμικότητα (τη συχνότητα όσον αφορά το τάισμα, τον ύπνο κ.α.), 3) την ελλειμματική προσοχή (από μια δραστηριότητα που κάνει), 4) την προσέγγιση/απόσυρση (πως το παιδί αντιδρά σε νέα αντικείμενα ή πρόσωπα), 5) την ικανότητα προσαρμογής (η προσαρμογή της συμπεριφοράς σε αλλαγές του περιβάλλοντος), 6) το εύρος προσοχής και την επιμονή (σε μια δραστηριότητα), 7) την ένταση της αντίδρασης (σε ερεθίσματα), 8) την ικανότητα ανταπόκρισης και 9) την ποιότητα της διάθεσης του βρέφους (τη γενική διάθεση του, αν είναι χαρούμενο ή κλαίει συχνά κ.α.). Οι ερευνητές κατηγοριοποίησαν τα βρέφη ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία σε εύκολα, δύσκολα και σε αργά στην προσαρμογή, δηλαδή σε βρέφη που αρχικά είναι δύσκολα αλλά με τον καιρό γίνονται ευκολότερα (Goldsmith et al., 1987; Thomas & Chess, 1977).

Οι Rothbart και Bates (2006) όρισαν την ιδιοσυγκρασία ως τις σχετικά σταθερές, βιολογικές κατά κύριο λόγο, ατομικές διαφορές στην *αντιδραστικότητα* και την

αυτορρύθμιση. Ως *αντιδραστικότητα* νοείται η ικανότητα ευερεθιστότητας ή εξάρσης του συμπεριφορικού, ενδοκρινικού, αυτόνομου κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να περιλαμβάνει την κινητική δραστηριότητα, τη φωνητική δραστηριότητα, το γέλιο και το χαμόγελο, το φόβο, τον εκνευρισμό κ.α. Από την άλλη η *αυτορρύθμιση* περιλαμβάνει τις διεργασίες που λειτουργούν προκειμένου να ενισχύσουν ή να αναστείλουν την αντιδραστικότητα. Η αυτορρύθμιση περιλαμβάνει τη συμπεριφορική προσέγγιση ή αποφυγή, τη ρύθμιση της προσοχής και τον αυτο-καθησυχασμό (Rothbart, 1986). Για τους Rothbart και Bates (2006) η ιδιοσυγκρασία αποτελεί ένα από τα πολλά μέρη της προσωπικότητας και περιλαμβάνει 6 στοιχεία. Το "επίπεδο δραστηριότητας", δηλαδή το επίπεδο της αδρής κινητικότητας, που αφορά τις κινήσεις των χεριών και των ποδιών, το στριφογύρισμα και την κίνηση. Το "γέλιο και το χαμόγελο", δηλαδή εκφράσεις προσώπου με επέκταση του στόματος και των χειλιών και θετικές φωνοποιήσεις. Η διάσταση αυτή είναι ίδια με το "θετικό συναίσθημα" των Thomas και Chess (1977). Το "φόβο" που περιλαμβάνει τις εκδηλώσεις κλάματος του παιδιού ή την αδυναμία του να πλησιάσει νέα ερεθίσματα. Η διάσταση αυτή είναι ίδια με η διάσταση της "προσέγγισης/απόσυρσης" των Thomas και Chess (1977). Τη "δυσφορία στους περιορισμούς" η οποία αναφέρεται στη δυσφορία του παιδιού όταν δεν ικανοποιείται ένας στόχος ή απομακρύνεται ένα επιθυμητό αντικείμενο. Την "ικανότητα ηρεμίας" δηλαδή τις τεχνικές για τη μείωση της γκρίνιας, του κλάματος και της αναστάτωσης του βρέφους. Τέλος, η τελευταία διάσταση της ιδιοσυγκρασίας περιλαμβάνει τη "διάρκεια προσανατολισμού" που αφορά τη διάρκεια που το βρέφος προσανατολίζεται σε ένα αντικείμενο ή μια δραστηριότητα (Rothbart, 1986).

Οι Buss και Plomin (1984) όρισαν την ιδιοσυγκρασία ως την ομάδα κληρονομήσιμων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που εμφανίζονται νωρίς στη ζωή. Η

ιδιοσυγκρασία έχει δύο χαρακτηριστικά: α) έχει γενετική προέλευση και β) εμφανίζεται στο πρώτο έτος της ζωής, γεγονός που τη διαχωρίζει από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία είναι έμφυτα ή επίκτητα (Goldsmith et al., 1987). Οι ερευνητές υποστήριξαν πως το θετικό συναίσθημα δεν περιλαμβάνεται στην ιδιοσυγκρασία και έτσι μελέτησαν μόνο συναισθήματα που συσχετιζόνταν με τη δυσφορία-αρνητικότητα (Rothbart, 1986).

Για τους Goldsmith και Campos (1986) η ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με τις ατομικές διαφορές στην εκδήλωση κύριων συναισθημάτων, ενέχει δηλαδή περισσότερο συναισθηματική χροιά. Συγκεκριμένα οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ιδιοσυγκρασία διαμορφώνει το συναισθηματικό υπόστρωμα για τη μετέπειτα ανάπτυξη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Στοιχεία που αναφέρονται στην ιδιοσυγκρασία είναι ότι: α) έχει συναισθηματική φύση, β) αναφέρεται σε τάσεις της συμπεριφοράς παρά σε πραγματικές εκδηλώσεις συναισθηματικής συμπεριφοράς, άρα είναι σχετικά σταθερή και γ) βρίσκεται στις εκφραζόμενες μορφές του συναισθήματος. Κριτήρια που δεν αναφέρονται στην ιδιοσυγκρασία είναι: α) ότι δεν περιλαμβάνει γνωστικούς και αντιληπτικούς παράγοντες και β) ότι επεκτείνεται πέρα από τις παροδικές καταστάσεις (Goldsmith et al., 1987).

Όσον αφορά τις διαφυλικές διαφορές της ιδιοσυγκρασίας στα βρέφη, οι Rothbart και Garnstein, (2003) και οι Putnam, Rothbart και Garnstein (2006) αναφέρουν ότι τα αγόρια βρέφη τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας και προσέγγισης, ενώ τα κορίτσια είναι περισσότερο διστακτικά στην προσέγγιση νέων ερεθισμάτων (αντικειμένων ή ανθρώπων).

3.6.1 Μελέτες σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και την ψυχοπαθολογία της μητέρας

Στην έρευνα των Stein και των συνεργατών του (1991) που παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο των μητέρων με καταθλιπτικές διαταραχές δε μελετήθηκε η παράμετρος της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Ωστόσο οι ερευνητές υποστήριξαν πως ενδέχεται το ίδιο το βρέφος να επηρεάζει την επικοινωνία και το αμοιβαίο μοίρασμα με τη μητέρα. Όσον αφορά την αιτία που η ποιότητα της αλληλεπίδρασης διαταράσσεται ακόμη και αν η μητέρα δεν έχει επιλόχειο κατάθλιψη 19 μήνες μετά τη γέννηση, οι ερευνητές υποστήριξαν πως ίσως εδώ παίζει ρόλο η ύπαρξη κοινωνικών και προσωπικών δυσκολιών ή/και η ιδιοσυγκρασία του βρέφους.

Πράγματι άλλοι ερευνητές πολύ πριν τον Stein και τους συνεργάτες του (1991), μελέτησαν την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, όταν η μητέρα είχε κατάθλιψη και διερεύνησαν επιπλέον την ιδιοσυγκρασία και τη γνωστική κατάσταση του βρέφους. Οι ερευνητές βασίστηκαν σε προηγούμενες μελέτες που βρήκαν ότι η μητρική κατάθλιψη επηρεάζει τη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Οι μητέρες με κατάθλιψη, φαίνεται να έχουν έντονο στρες γύρω από τη φροντίδα του βρέφους τους και συχνά αξιολογούν τα παιδιά τους ως πιο “δύσκολα”. Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους αποτελεί μια έννοια για τον ορισμό της οποίας υπάρχουν διχογνωμίες, ωστόσο περιλαμβάνει αναμφισβήτητα στοιχεία που αφορούν το συναίσθημα και το επίπεδο δραστηριότητας του βρέφους.

Σε αντίθεση με την πλειοψηφία παλαιότερων ερευνών που χρησιμοποίησαν τις αυτο-αξιολογήσεις της μητέρας για τον εντοπισμό των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων, οι Wiffen και Gotlib (1989), ανίχνευσαν την κατάθλιψη με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης. Επιπλέον, επειδή η αξιολόγηση της

ιδιοσυγκρασία του βρέφους βασίζεται κυρίως σε αξιολογήσεις της μητέρας και για να περιοριστεί ο υποκειμενικός παράγοντας που μπορεί αυτές να ενέχουν, οι ερευνητές αποφάσισαν να αξιολογηθεί η ιδιοσυγκρασία του βρέφους και από ένα ανεξάρτητο ερευνητή, ο οποίος θα ήταν περισσότερο αντικειμενικός στην κρίση του. Στόχος λοιπόν των ερευνητών, ήταν η μελέτη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα έχει κατάθλιψη και η εξέταση του πως σχετίζονται με αυτή, η ιδιοσυγκρασία και η γνωστική ανάπτυξη του βρέφους (Wiffen & Gotlib, 1989).

Στην έρευνα συμμετείχαν 25 μητέρες με κατάθλιψη και 25 μητέρες χωρίς κατάθλιψη μαζί με τα 2 μηνών βρέφη τους. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας (SADS), β) η Καταγραφή μητρικής κατάθλιψης (BDI), γ) η Κλίμακα βρεφικής Αντίληψης και η Κλίμακα βαθμού Ενόχλησης (NPI), δ) το Ερωτηματολόγιο των Χαρακτηριστικών του βρέφους (ICQ) και ε) οι δοκιμασίες Bayley για την Ανάπτυξη του βρέφους. Οι δυάδες παρατηρήθηκαν και μαγνητοσκοπήθηκαν στο εργαστήριο, ενώ τόσο οι μητέρες, όσο και ο ανεξάρτητος ερευνητής αξιολόγησαν τη ψυχοσύνθεση κάθε βρέφους.

Απροσδόκητα στο ερωτηματολόγιο ICQ σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, οι μητέρες με κατάθλιψη δεν βαθμολόγησαν τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα. Όμως στα ερωτηματολόγια για τις αντιλήψεις των μητέρων σχετικά με τη φροντίδα του βρέφους (NPI και BDI), οι μητέρες με κατάθλιψη ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες δυσκολίες στη φροντίδα του βρέφους τους και πίστευαν πως η ανατροφή του παιδιού τους ήταν περισσότερο κουραστική, από ότι πίστευαν οι μητέρες χωρίς κατάθλιψη. Αναφορικά με τη γνωστική και ψυχοκινητική ανάπτυξη των βρεφών, η εκπαίδευση της μητέρας δεν είχε κανένα αντίκτυπο στην απόδοση του βρέφους. Τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη τα πήγαν λιγότερο καλά στις γνωστικές δοκιμασίες, σε σύγκριση με τα βρέφη των μητέρων χωρίς κατάθλιψη. Στη δοκιμασία Bayley,

παρατηρήθηκε ότι τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη, ήταν περισσότερο νευρικά και αποπροσανατολίζονταν ευκολότερα, σε σύγκριση με τα βρέφη της άλλης ομάδας. Μάλιστα όσο προχωρούσε η εξέταση, τα βρέφη αυτά γίνονταν ολοένα και πιο νευρικά και αναστατωμένα.

Συμπερασματικά, η έρευνα του Wiffen και του συνεργάτη του (1989), εισήγαγε το στοιχείο της ιδιοσυγκρασίας και έδειξε ότι τα βρέφη επηρεάζονται γνωστικά και συναισθηματικά από τη διαταραχή της μητέρας όταν αυτή έχει κατάθλιψη. Το εύρημα ότι αναστατώνονται γρηγορότερα, δείχνει ότι τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη αντιδρούν εντονότερα και γρηγορότερα στο στρες. Ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν προηγούμενες εμπειρίες στη διάρκεια των οποίων, η μητέρα με κατάθλιψη καθυστερεί να καλύψει τις ανάγκες του, όπως για παράδειγμα να το ταΐσει ή να το αλλάξει. Έτσι αναστατώνονται ευκολότερα όταν αλληλεπιδρούν μαζί της. Το απρόσμενα εύρημα ότι οι μητέρες με κατάθλιψη δεν αξιολόγησαν τα βρέφη τους ως “δυσκολότερα”, προκαλεί έκπληξη. Ωστόσο, σύμφωνα με τη δοκιμασία Bayley, οι ερευνητές αξιολόγησαν ότι τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη ήταν περισσότερο αρνητικά από ότι τα αξιολόγησαν οι μητέρες τους. Στην έρευνα αυτή φαίνεται πως οι μητέρες με κατάθλιψη αισθάνονται πως φταίνει οι ίδιες και κατηγορούν τον εαυτό τους. Μεθοδολογικές διαφορές, που πιθανότατα σχετίζονται και με την φρασεολογία, ανάμεσα στις δύο αυτές δοκιμασίες ίσως να δημιούργησαν αυτή την ασυμφωνία ανάμεσα στις μητέρες και τους ερευνητές. Ωστόσο, είναι πιθανό να παίζει ρόλο στην περίπτωση αυτή και ένας άλλος παράγοντας. Ως γνωστόν, τα άτομα με κατάθλιψη υιοθετούν αρνητικά γνωστικά και συναισθηματικά μοτίβα συμπεριφοράς και σκέψης τα οποία γενικεύονται σε διάφορες περιστάσεις. Είναι λοιπόν πιθανό, οι μητέρες με κατάθλιψη να δυσκολεύονται να αντιληφθούν ότι έχουν πράγματι ένα δύσκολο βρέφος και έτσι να επιρρίπτουν τις ευθύνες αποκλειστικά στον εαυτό τους. Είναι δύσκολο να

προσδιορίσουμε ποια ακριβώς είναι η αιτία, αν δηλαδή η κατάθλιψη της μητέρας ή η δύσκολη ιδιοσυγκρασία του βρέφους επηρέασαν στην παρούσα έρευνα τη γνωστική απόδοση των βρεφών που είχαν μητέρες με κατάθλιψη. Η έρευνα των Wiffen και Gotlib (1989), παρόλο που δεν οδηγεί σε κάποιο συμπέρασμα σχετικά με την επικοινωνία μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα έχει κατάθλιψη, εισάγει ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, αυτό της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους και θέτει ερωτήματα όσον αφορά την επίδραση του παράγοντα της κληρονομικότητας και της ψυχοπαθολογίας της μητέρας για την ανάπτυξη του βρέφους.

Ο ρόλος της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους μελετήθηκε και από τους Kaplan, Evans και Monk (2008), οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης των μητέρων στην επικοινωνία τους με τα βρέφη. Η πρωτοπορία τους ήταν ότι εισήγαγαν και βιοχημικούς παράγοντες στην έρευνα τους, αφού μέτρησαν τα επίπεδα κορτιζόλης του βρέφους και μελέτησαν το ηλεκτροκαρδιογράφημα τους. Η έρευνα τους βασίστηκε σε προηγούμενες μελέτες που βρήκαν ότι η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή κατά την προγεννητική περίοδο, συνδέονται με αλλαγές στη φυσιολογία και τη συμπεριφορά του βρέφους αργότερα. Αναφορικά με τη φυσιολογία, έχει βρεθεί πως παρατηρούνται υψηλότερα τα επίπεδα κορτιζόλης, πως επηρεάζεται η δεξιά εμπρόσθια δραστηριότητα του εγκεφάλου και πως παρουσιάζεται χαμηλότερος οσφυϊκός τόνος. Συναισθηματικά και συμπεριφορικά, η μητρική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας και τη μητρική ευαισθησία, δηλαδή το βαθμό που η μητέρα μπορεί να αποκρυπτογραφήσει, να αντιδράσει και να ανταποκριθεί στα καλέσματα του βρέφους της. Η μητρική ευαισθησία φαίνεται να διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη συμπεριφορών του βρέφους που έχουν σχέση με την αυτορρύθμιση και την προσαρμογή. Στόχοι της έρευνας ήταν: α) η μελέτη της επιρροής της μητρικής ευαισθησίας στη συμπεριφορά και τη φυσιολογία του βρέφους, β) η μελέτη του τρόπου

με τον οποίο προγεννητικοί και μεταγεννητικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν τη βιοσυμπεριφορική ανάπτυξη του βρέφους. Συγκεκριμένα όσον αφορά το δεύτερο στόχο, ο Kaplan και οι συνεργάτες του (2008), θέλησαν να μελετήσουν πως η προγεννητική ψυχιατρική διάγνωση της μητέρας και η μητρική ευαισθησία, σχετίζονται με τα επίπεδα κορτιζόλης (HPA), τη ρύθμιση του αυτόνομου συστήματος (HRV) και το συμπεριφορικό στυλ (ιδιοσυγκρασία και συναισθηματική ανταπόκριση βρέφους).

Οι μητέρες βρέθηκαν από το Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Κολούμπια. Συνολικά 47 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους, ηλικίας 4 μηνών, συμμετείχαν στην έρευνα (Kaplan et al., 2008). Από τις 47 μητέρες, 19 είχαν διαταραχές και 28 δεν είχαν καμία διαταραχή. Συγκεκριμένα, 9 μητέρες διαγνώστηκαν με αγχώδη διαταραχή, 3 με κατάθλιψη και 7 μητέρες είχαν συννοσηρότητα και των δύο διαταραχών.

Κατά την περιγεννητική περίοδο στις μητέρες χορηγήθηκαν η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για το DSM-IV (SCID), το ερωτηματολόγιο CES-D για την κατάθλιψη, το εργαλείο αυτοαξιολόγησης STAI που μετρούσε την προδιάθεση των μητέρων να είναι αγχώδεις αλλά και την παρουσία συμπτωμάτων αγχώδους διαταραχής στην παρούσα φάση.

Μεταγεννητικά οι μητέρες επισκέφθηκαν το εργαστήριο μαζί με τα βρέφη τους. Οι ερευνητές πήραν δείγμα σιέλου του βρέφους για τη μέτρηση της σιελογόνου κορτιζόλης, έκαναν ηλεκτροκαρδιόγραμμα και αξιολόγησαν ξανά τις μητέρες με τα CES-D και STAI. Στη συνέχεια μητέρα και βρέφος αλληλεπιδρούσαν για 10 λεπτά. Στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να παίζουν με τα παιχνίδια που της δόθηκαν, όπως θα έπαιζαν με το βρέφος τους φυσιολογικά μια καθημερινή μέρα στο σπίτι. Μετά το τέλος της αλληλεπίδρασης η μητέρα συμπλήρωνε το Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους (IBQ) προκειμένου να αξιολογήσει την ιδιοσυγκρασία του βρέφους της

(Karlan et al.,2008). Τόσο η μητρική ευαισθησία, όσο και η ικανότητα ανταπόκρισης του βρέφους στη διάρκεια της παρατήρησης, βαθμολογήθηκαν με βάση τις Κλίμακες Συναισθηματικής Διαθεσιμότητας (EA). Οι μητέρες χωρίστηκαν μετά τη βαθμολόγηση σε δύο κατηγορίες όσον αφορά τη συναισθηματική διαθεσιμότητα: υψηλά ευαίσθητες και χαμηλά ευαίσθητες. Αναφορικά με τα βρέφη, οι παραπάνω κλίμακες μέτρησαν τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής και την βλεμματική τους επαφή (Karlan et al., 2008).

Μετά από αναλύσεις του Karlan και των συνεργατών του (2008) όσον αφορά τον καρδιακό ρυθμό, 8 από τα 47 βρέφη δεν συμπεριλήφθηκαν στις μετρήσεις, καθώς είτε παρουσίασαν μη αποδεκτά ποσοστά μετρήσεων, είτε έλειπαν στοιχεία που αφορούσαν το βάρος της γέννησης τους, παράγοντας που επηρεάζει τον καρδιακό ρυθμό. Η μόνη σημαντική διαφορά που βρέθηκε ήταν ότι τα βρέφη που είχαν υψηλά ευαίσθητες μητέρες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά καρδιακού ρυθμού, σε σχέση με τα βρέφη των μητέρων με χαμηλή ευαισθησία. Όσον αφορά τις μετρήσεις κορτιζόλης, τα δείγματα από 14 βρέφη δεν συμπεριλήφθηκαν για τεχνικούς λόγους. Έτσι για 20 βρέφη από την ομάδα ελέγχου και 13 από την κλινική, βρέθηκε στατιστικά σημαντική η αλληλεπίδραση της διαγνωστικής ομάδας με την ευαισθησία της μητέρας. Σχετικά με την ικανότητα ανταπόκρισης του βρέφους βρέθηκε ότι, τα βρέφη των υψηλά ευαίσθητων μητέρων αξιολογήθηκαν ως λιγότερο αρνητικά και είχαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την αλληλεπίδραση, σε σχέση με τα βρέφη των λιγότερο ευαίσθητων μητέρων. Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διαγνωστική ομάδα και τη μητρική ευαισθησία με τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Ιδιοσυγκρασίας βρέφους IBQ.

Συμπεραίνοντας, οι φυσιολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις του βρέφους επηρεάζονται σημαντικά από τη συμπεριφορά της μητέρας. Φαίνεται ότι η βιοσυμπεριφορική προσαρμογή διαμορφώνεται εν μέρει και από τις αλληλεπιδράσεις

με το κοινωνικό περιβάλλον. Ενδέχεται τα βρέφη των μητέρων με χαμηλότερη ευαισθησία να αισθάνθηκαν μεγαλύτερο στρες στον άγνωστο χώρο του εργαστηρίου, από ότι τα βρέφη που είχαν μητέρες που ανταποκρίνονταν εγκαίρως στα καλέσματά τους. Απροσδόκητα δε βρέθηκε ότι τα βρέφη των μητέρων με διαταραχή είχαν χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό, ούτε και πως οι μητέρες τους ήταν λιγότερο ευαίσθητες. Διαφορές βρέθηκαν όμως στα επίπεδα κορτιζόλης, άσχετα από τη μητρική ευαισθησία. Συγκεκριμένα τα βρέφη των μητέρων με διαταραχή, είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης από τα βρέφη που οι μητέρες τους ήταν λιγότερο ευαίσθητες. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι ίσως η διάγνωση της μητέρας επηρεάζει το στρες του παιδιού, καθώς μεταβιβάζονται γενετικά ορισμένα χαρακτηριστικά. Ωστόσο, η έρευνα έδειξε πως σε γενικές γραμμές στη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού, δεν είναι η διαταραχή της μητέρας που επηρεάζει το βρέφος, αλλά η ευαισθησία της. Τα βρέφη με περισσότερο ευαίσθητες μητέρες ήταν πιο θετικά και δεσμεύονταν περισσότερο στην αλληλεπίδραση. Συμπερασματικά, η μητρική φροντίδα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνικοποίηση του βρέφους, την αυτορρύθμιση και τη βιοσυμπεριφορική ανάπτυξη του παιδιού. Η ιδιοσυγκρασία δε βρέθηκε να ασκεί καμία επιρροή στην παρούσα μελέτη. Ίσως το γεγονός ότι οι μητέρες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης να επηρέασε τα αποτελέσματα, καθώς η κρίση τους δε μπορεί να είναι αντικειμενική.

Η έρευνα του Kaplan και των συνεργατών του (2008) εισήγαγε το στοιχείο των φυσιολογικών παραγόντων που μπορεί να διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Ωστόσο, το δείγμα ήταν σχετικά μικρό γεγονός που περιορίζει τη στατιστική δύναμη των αποτελεσμάτων. Τα συμπτώματα των μητέρων με διαταραχή ήταν ήπια και έτσι δε μπορούν να γίνουν γενικεύσεις σε όλους τους πληθυσμούς με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, ο τρόπος μέτρησης του

καρδιακού ρυθμού και της κορτιζόλης ίσως να επηρέασε τα αποτελέσματα αφού οι μεθοδολογικές διαφορές μπορεί να αλλάξουν τα αποτελέσματα. Τέλος, η μέτρηση των δύο προηγούμενων φυσιολογικών παραγόντων δεν έγινε κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Ίσως σε περισσότερο στρεσογόνες συνθήκες τα βρέφη να αντιδρούσαν διαφορετικά (Karlan et al.,2008).

Την ίδια χρονιά οι McGrath, Records και Rice (2008) μελέτησαν διαχρονικά τη σχέση της μητρικής κατάθλιψης και της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Οι ερευνητές θέλησαν να διαπιστώσουν αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις αξιολογήσεις των μητέρων με κατάθλιψη και σε αυτών που δεν είχαν κατάθλιψη, όσον αφορά τη ιδιοσυγκρασία του βρέφους τους και τη φροντίδα τους. Επιπλέον, επιχείρησαν να μελετήσουν αν οι αξιολογήσεις αυτές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, από τη περίοδο κύησης ως τη μεταγεννητική περίοδο.

Εκατόν τριάντα εννέα μητέρες συμμετείχαν στην έρευνα. Οι μητέρες αξιολογήθηκαν διαχρονικά από το τελευταίο τρίμηνο της κύησης έως τους 8 μήνες μεταγεννητικά. Εξήντα πέντε μητέρες ανέφεραν πως η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη και 9 μητέρες πως ήταν ανεπιθύμητη.

Ένα ποσοστό 38% έλαβε υψηλό σκορ στην CES-D και διαγνώστηκε με κατάθλιψη κατά το τελευταίο τρίμηνο κύησης. Το 17% από τις μητέρες αυτές ανέφερε πως είχε κατάθλιψη και σε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Μεταγεννητικά σύμφωνα με το EPDS, το 15% είχε καταθλιπτικά συμπτώματα στους 2 μήνες και το 11% εξακολούθησε να έχει κατάθλιψη στους 6 μήνες. Οι μητέρες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το σκορ που έλαβαν στην CES-D, συγκεκριμένα σε αυτές με κατάθλιψη και χωρίς.

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν ότι οι μητέρες που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ήταν πιθανότερο να αναφέρουν άγχος που αφορούσε τη φροντίδα του παιδιού τους, σε σχέση με τις μητέρες

χωρίς κατάθλιψη. Αναφορικά με την ιδιοσυγκρασία οι μητέρες με κατάθλιψη αξιολόγησαν τα βρέφη τους ως “δυσκολότερα” τόσο στους 2 αλλά και στους 6 μήνες μεταγεννητικά, από ότι οι μητέρες χωρίς κατάθλιψη. Οι αξιολογήσεις σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους δεν άλλαξαν από τους 2 ως τους 6 μήνες για καμία από τις δύο ομάδες.

Η έρευνα αφήνει ορισμένα ερωτήματα προς διερεύνηση. Πρώτον, το εργαλείο PDPI-R που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας περιλάμβανε μόνο τρεις διαστάσεις των χαρακτηριστικών του βρέφους. Ένα εργαλείο που θα μετρούσε πολλά στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας και σε μεγαλύτερο βάθος θα ήταν πιθανότατα περισσότερο έγκυρο και αξιόπιστο. Δεύτερον, το γεγονός ότι οι μητέρες με κατάθλιψη αυτοαξιολόγησαν τα χαρακτηριστικά του παιδιού τους θα πρέπει να μας επιστήσει την προσοχή στη χρήση αυτής της μεθοδολογίας για την εξέταση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Αρχικά δε γνωρίζουμε αν οι κρίσεις των μητέρων ήταν αντικειμενικές. Επιπλέον, ως γνωστόν οι μητέρες με κατάθλιψη έχουν υιοθετήσει ένα μοτίβο αρνητικής διάθεσης και συμπεριφοράς, το οποίο γενικεύεται σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Είναι λοιπόν πιθανό να αξιολόγησαν τα βρέφη τους περισσότερο αρνητικά από ότι ήταν στην πραγματικότητα εξαιτίας της αδυναμίας τους να διαχειριστούν τη φροντίδα και την ανατροφή του παιδιού τους αποτελεσματικά. Θα ήταν λοιπόν εύλογο, να αξιολογηθεί η ιδιοσυγκρασία του βρέφους από ένα περισσότερο έγκυρο εργαλείο, αλλά και από ανεξάρτητους ερευνητές στη διάρκεια μιας νατουραλιστικής παρατήρησης μητέρας-βρέφους.

Το 2011 οι Montirosso, Fedeli, Murray, Morandi, Brusati, Perego και Borgatti μελέτησαν το ρόλο που διαδραματίζει η αρνητική συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, καθώς και η ιδιοσυγκρασία του βρέφους στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους, σε μια ιδιαίτερη περίπτωση, όταν δηλαδή τα βρέφη έχουν γεννηθεί

με λαγώχειλο. Ένα στα 700 περίπου βρέφη μπορεί να γεννηθεί με την πάθηση αυτή. Οι σχιστίες, όπως αποκαλούνται το λαγώχειλο και το λυκόστομα, είναι από τις συνηθέστερες γενετικές μορφολογικές ανωμαλίες και οφείλονται στην ατελή διαμόρφωση των μαλακών και σκληρών ιστών του στόματος κατά την ανάπτυξη του εμβρύου. Επηρεάζουν την ομιλία, την ακοή, καθώς και την εξωτερική εμφάνιση και οδηγούν μακροπρόθεσμα σε προβλήματα υγείας και δυσκολίες στις κοινωνικές συναναστροφές. Όσον αφορά τη βρεφική ηλικία, το λαγώχειλο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα διατροφής, μολύνσεις των αυτιών και οδοντιατρικά προβλήματα. Μακροπρόθεσμα, το λαγώχειλο έχει συνδεθεί και με προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη. Ένα βρέφος με την πάθηση αυτή είναι συνήθως λιγότερο ελκυστικό για το γονέα, ο οποίος μπορεί να δυσκολεύεται να ερμηνεύσει τις εκφράσεις του βρέφους αρκετά συχνά. Για τον γονέα, η γέννηση ενός παιδιού με λαγώχειλο, είναι αρκετά σοκαριστική και προκαλεί συναισθήματα ενοχής, λύπης και θυμού.

Καθώς λίγες είναι οι έρευνες που ασχολήθηκαν με την πάθηση αυτή και τον τρόπο που επηρεάζει την επικοινωνία μητέρας-βρέφους, ο Montirosso και οι συνεργάτες του (2011) αποφάσισαν να τη μελετήσουν εκτενέστερα. Επέλεξαν μάλιστα να μελετήσουν δύο ακόμα παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη δυαδική επικοινωνία: την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και την κατάθλιψη της μητέρας. Επιπλέον επειδή η πλειοψηφία προηγούμενων ερευνών πάνω στο ίδιο θέμα μελέτης των Montirosso και συνεργατών (2011) χρησιμοποίησε κατά βάση αυτο-αξιολογήσεις, οι ερευνητές επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν, τόσο την αυτο-αξιολόγηση, όσο και την παρατήρηση προκειμένου να μελετήσουν την επικοινωνία μητέρας-βρέφους.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 50 μητέρες (25 για την ομάδα ελέγχου και 25 για την κλινική ομάδα). Η κλινική ομάδα αποτελείτο από τα βρέφη με λαγώχειλο. Όλες οι μητέρες βρέθηκαν από νοσοκομεία της Ιταλίας.

Η μητέρα συμπλήρωσε στο εργαστήριο ερωτηματολόγια δημογραφικών στοιχείων καθώς και την «Κλίμακα Αυτο-αξιολόγησης της Κατάθλιψης Beck» και το «Ερωτηματολόγιο Ιδιοσυγκρασίας του βρέφους (IBQ)». Μητέρα και βρέφος μαγνητοσκοπήθηκαν στη διάρκεια πεντάλεπτης αλληλεπίδρασης στο εργαστήριο.

Σύμφωνα με τον Montirosso και τους συνεργάτες του (2011), δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ιδιοσυγκρασία. Στην παρατήρηση της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το “επίπεδο επικοινωνίας” και την “εμπλοκή” του βρέφους. Πιο συγκεκριμένα, τα βρέφη με λαγώχειλο είχαν λιγότερα επικοινωνιακά σήματα και εμπλέκονταν λιγότερο στην αλληλεπίδραση, σε σχέση με τα υγιή βρέφη. Στατιστικά σημαντικές ήταν και οι διαφορές όσον αφορά την “ευαισθησία”, την “απόσυρση” και τα “καταθλιπτικά σημάδια” της μητέρας. Πιο αναλυτικά, οι μητέρες που είχαν βρέφη με λαγώχειλο ήταν πιο αρνητικές στη συμπεριφορά τους, αλληλεπιδρούσαν λιγότερο με τα βρέφη τους και ήταν περισσότερο καταθλιπτικές. Και για τις δύο ομάδες βρέθηκαν διαφορές στην ‘αμοιβαία επικοινωνία’, η οποία βρέθηκε να είναι περισσότερο εμφανής και έντονη στην ομάδα ελέγχου, παρά στην κλινική.

Σε γενικές γραμμές, η έρευνα του Montirosso και των συνεργατών του (2011) έδειξε ότι η μητέρες της κλινικής ομάδας είχαν λιγότερα επικοινωνιακά σήματα προς τα βρέφη τους και παρήγαγαν λιγότερο θετικές φωνοποιήσεις, από ότι η ομάδα ελέγχου. Τα βρέφη με λαγώχειλο ξόδευαν λιγότερο χρόνο κάνοντας οπτική επαφή με τη μητέρα, εξερευνούσαν λιγότερο το περιβάλλον και απορροφούνταν περισσότερο στον εαυτό τους. Οι μητέρες τους από την άλλη, ανταποκρίνονταν λιγότερο και ήταν λιγότερο ευαίσθητες στα καλέσματα τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη θεωρία της δυποκειμενικότητας η οποία υποστηρίζει ότι οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρας και

βρέφους δημιουργούν ένα δυαδικό σύστημα στο οποίο οι συμμετέχοντες με αμοιβαίο και ενεργητικό τρόπο, ρυθμίζουν την επικοινωνία τους. Η ρύθμιση αυτή επιτυγχάνεται ερμηνεύοντας ο ένας τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του άλλου (Trevarthen, 1979). Ίσως η πάθηση του λαγώχειλου, περιπλέκει τις ερμηνείες των μητέρων σχετικά με τα καλέσματα του βρέφους τους (Montirosso et al., 2011). Η έρευνα αυτή, έδειξε ότι οι μητέρες που είχαν βρέφη με τη συγκεκριμένη πάθηση εμφάνισαν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης. Είχαν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα, η προσπάθεια τους να κερδίσουν ή να διατηρήσουν την επικοινωνία με τα βρέφη ήταν περιορισμένη, χαμογελούσαν σημαντικά λιγότερο, ο τόνος της φωνής και οι εκφράσεις του προσώπου δήλωναν θλίψη και φαίνονταν ανήσυχες και αναστατωμένες, παρά συγκεντρωμένες στην αλληλεπίδραση. Ενδιαφέρον όμως στην έρευνα του Montirosso και των συνεργατών του (2011), είναι το γεγονός ότι οι μητέρες αυτές παρόλο που στην παρατήρηση παρουσίασαν συμπτώματα που ομοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, δεν αξιολόγησαν τον εαυτό τους σαν να έχει κατάθλιψη. Ίσως η αυτογνωσία των μητέρων αυτών να είναι περιορισμένη, γεγονός που καταδεικνύει ότι δυσκολεύονται να αντιληφθούν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Ενδιαφέρον προκαλεί επίσης το εύρημα πως δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία του βρέφους.

Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν αποτελούν ένα ενδεικτικό δείγμα αρκετών ερευνών που μελέτησαν την ιδιοσυγκρασία του βρέφους σε συνδυασμό με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και την ευαισθησία της μητέρας (Kaplan et al., 2008; McGarth et al., 2008; Montirosso et al., 2011; Wiffen & Gotlib, 1989). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών είχαν ομοιότητες, αλλά και διαφορές. Στις έρευνες των Wiffen και συνεργατών (1989), των Kaplan και συνεργατών (2008) και των Montirosso και συνεργατών (2011), οι μητέρες με κατάθλιψη δε βαθμολόγησαν τα βρέφη τους ως

περισσότερο δύσκολα, αντίθετα με τις προσδοκίες. Ακόμα και στην έρευνα του Montirosso και των συνεργατών του (2011), οι μητέρες που είχαν παιδιά με λαγώχειλο και παρόλο που ορισμένες παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης, δεν αξιολόγησαν τον εαυτό τους με καταθλιπτικά συμπτώματα, ούτε τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα. Μόνο η έρευνα της McGarh και των συνεργατών της (2008), βρήκε ότι οι μητέρες με κατάθλιψη αντιλαμβάνονταν τα βρέφη τους ως πιο δύσκολα. Επίσης, στην έρευνα του Kaplan και των συνεργατών (2008), υπήρξε ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα. Παρόλο που οι μητέρες με κατάθλιψη δε βαθμολόγησαν τα βρέφη τους ως περισσότερο αρνητικά, οι ερευνητές τα αξιολόγησαν ως δυσκολότερα. Υπάρχουν αρκετές εξηγήσεις για αυτές τις ασυμφωνίες.

Μεθοδολογικές διαφορές μπορεί να επηρέασαν τα διαφορετικά αποτελέσματα. Κάθε έρευνα χρησιμοποίησε διαφορετικό αριθμό συμμετεχόντων, διαφορετικό δείγμα, διαφορετικά εργαλεία και μεθόδους ανάλυσης των δεδομένων. Ορισμένες έρευνες ήταν διαχρονικές (Kaplan et al., 2008; McGarh et al., 2008) και μελέτησαν τα συμπτώματα της μητέρας στη διάρκεια της κύησης, αλλά και μεταγεννητικά. Άλλες είχαν μητέρες με κατάθλιψη (McGarh et al., 2008; Wiffen & Gotlib, 1989), άλλες με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή (Kaplan et al., 2008) και η έρευνα των Montirosso και συνεργατών (2011) περιλάμβανε μητέρες που είχαν παιδιά με λαγώχειλο. Επιπλέον, στις έρευνες αυτές είναι δυνατόν να υπήρξαν διαφορές εξαιτίας διαπολιτισμικών παραγόντων όπως για παράδειγμα στην έρευνα των Montirosso και συνεργατών (2011). Τέλος, δεν χρησιμοποίησαν όλες οι έρευνες ερευνητικά εργαλεία σε συνδυασμό με την παρατήρηση, ενώ η παρατήρηση δεν έγινε πάντα στο χώρο του σπιτιού αλλά στο εργαστήριο. Το γεγονός ότι οι μητέρες με κατάθλιψη κλήθηκαν να αυτοαξιολογήσουν το βρέφος τους είναι πιθανό να επηρέασε τα αποτελέσματα, καθώς όπως προαναφέρθηκε οι μητέρες με κατάθλιψη δυσκολεύονται να έχουν

αντικειμενικές κρίσεις και έχουν υιοθετήσει ένα περισσότερο αρνητικό τρόπο σκέψης και συναισθηματικής έκφρασης. Θα ήταν λοιπόν ωφέλιμο μελλοντικές έρευνες να περιλαμβάνουν τόσο εργαλεία αυτοαξιολόγησης, όσο και αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους από ανεξάρτητους ερευνητές.

Οι διαφορές στη μελέτη της ιδιοσυγκρασίας οφείλονται επίσης και στην ποικιλομορφία του δείγματος κάθε φορά και κυρίως σε σχέση με τη διαταραχή της μητέρας. Φαίνεται ότι, κάθε διαταραχή επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο την επικοινωνία μητέρας-βρέφους, καθώς και τις κρίσεις της μητέρας αναφορικά με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού της, αλλά και την αυτοπεποίθηση που έχει για τη φροντίδα που μπορεί να του παρέχει. Το ζήτημα της συννοσηρότητας είναι επίσης σημαντικό, καθώς η κατάθλιψη πολλές φορές συνυπάρχει με αγχώδεις και άλλες διαταραχές. Δεν μελέτησαν όλες οι έρευνες το θέμα της συννοσηρότητας.

Συμπερασματικά, τόσο η ψυχοπαθολογία της μητέρας, όσο και η ιδιοσυγκρασία του βρέφους επηρεάζουν τον αμοιβαίο συγχρονισμό και την επικοινωνία της δυάδας. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διαχωρίσουν τις κλινικές διαταραχές και να εξετάσουν περισσότερο ομοιογενή δείγματα χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό ερευνητικών εργαλείων και μεθόδων παρατήρησης. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο να χρησιμοποιηθούν μελέτες διαχρονικές προκειμένου να εξεταστούν οι αλλαγές όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία και τον αντίκτυπο της μητρικής ψυχοπαθολογίας στην αλληλεπίδραση με το βρέφος της. Αναμφισβήτητα η βιβλιογραφία παρουσιάζει ακόμη κενά πάνω στα θέματα αυτά. Ένα ενδιαφέρον ζήτημα που δεν έχει εξεταστεί είναι ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται η επικοινωνία μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα έχει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Θα ήταν λοιπόν ενδιαφέρον να εξετάσουμε πώς τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής επιδρούν στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους.

4. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

4.1 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη νευροαναπτυξιακή διαταραχή (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012. Πεχλιβανίδης, Σπυρόπουλος, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου και Παπαδημητρίου, 2012) που εμφανίζεται και διαγιγνώσκεται συνήθως στην παιδική ηλικία, αλλά εμμένει και στην ενήλικη ζωή σε 50%-70% των περιπτώσεων (Chronis-Tuscano et al., 2008).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-5 (2013), η ανωτέρω διαταραχή χωρίζεται σε δύο βασικούς άξονες, της Απροσεξίας και της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει εννέα συμπτώματα. Τόσο στον άξονα της Απροσεξίας, όσο και σε αυτόν της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας, πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον έξι συμπτώματα προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Για άτομα άνω των 17 ετών και για τους ενήλικες τα συμπτώματα που πρέπει να παρουσιάζονται περιορίζονται σε τουλάχιστον πέντε.

Όσον αφορά τον πρώτο άξονα της Απροσεξίας (A1) τα συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο είναι τα εξής:

- 1) Συχνά παραβλέπει λεπτομέρειες και κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, τη δουλειά ή άλλα πλαίσια.

- 2) Συχνά δυσκολεύεται να δίνει προσοχή σε εργασίας ή δραστηριότητες παιχνιδιού, εμφανίζει δυσκολία στη συγκέντρωση στη διάρκεια διαλέξεων, συζητήσεων ή απαιτητικής μελέτης.
- 3) Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος, το μυαλό του φαίνεται να είναι αλλού, ακόμα και αν δεν αποσπάται η προσοχή του από κάτι.
- 4) Συχνά δεν μπορεί να ακολουθήσει οδηγίες ή αποτυγχάνει στο να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες ή υποχρεώσεις της δουλειάς, ξεκινά μία εργασία αλλά γρήγορα «χάνεται» και ασχολείται με κάτι διαφορετικό.
- 5) Συχνά δυσκολεύεται στην οργάνωση δραστηριοτήτων ή εργασιών, είναι ακατάστατο, δυσκολεύεται να διατηρήσει την τάξη, να οργανώσει τη δουλειά του, να διαχειριστεί το χρόνο του και να προλάβει προθεσμίες.
- 6) Συχνά αποφεύγει να ασχοληθεί με εργασίες που απαιτούν διανοητική προσπάθεια, όπως είναι οι εργασίες του σχολείου, η συμπλήρωση φόρμας στοιχείων, η προετοιμασία αναφορών κ.α..
- 7) Συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για τις καθημερινές του υποχρεώσεις, όπως είναι τα σχολικά είδη, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, γυαλιά, κλειδιά, κινητά τηλέφωνα.
- 8) Συχνά αποσπάται η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα. Στους ενήλικες μπορεί να περιλαμβάνει σκέψεις πάνω σε άλλα θέματα.
- 9) Συχνά είναι ξεχασιάρης σε καθημερινές δραστηριότητες. Στους ενήλικες παρατηρείται στο να πληρώσει λογαριασμούς, να επιστρέφει κλίσεις, να τηρεί τα ραντεβού του κ.α.

Όσον αφορά τον άξονα της Υπερκινητικότητας/ Παρορμητικότητας (A2) τα πυρηνικά συμπτώματα είναι τα εξής:

- 1) Συχνά δεν μπορεί να καθίσει ήσυχα στη θέση του, χτυπά τα χέρια του.

- 2) Συχνά φεύγει από τη θέση που καθόταν ακόμα και αν η κατάσταση απαιτεί από το άτομο να παραμείνει καθισμένο, φεύγει από την τάξη, από το χώρο εργασίας ή το γραφείο.
- 3) Συχνά τρέχει, χοροπηδάει και σκαρφαλώνει σε περιστάσεις που δεν πρέπει. Στους ενήλικες περιορίζεται στο να αισθάνονται συνεχώς ανησυχία.
- 4) Δυσκολεύεται συχνά να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ήσυχα.
- 5) Βρίσκεται συνεχώς σε κίνηση που είναι υπερβολική σε βαθμό, δεν βολεύεται με κανένα τρόπο σε εστιατόρια ή συναντήσεις. Οι άλλοι συνήθως πιστεύουν πως δεν μπορεί να μείνει ήσυχος/η.
- 6) Συχνά μιλά ακατάπαυστα.
- 7) Συχνά απαντάει προτού ολοκληρωθεί μία ερώτηση, συμπληρώνει τις απαντήσεις των άλλων ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του σε μία συζήτηση.
- 8) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του, για παράδειγμα, όταν περιμένει σε ουρά.
- 9) Συχνά ενοχλεί ή διακόπτει τους άλλους, πετάγεται σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί πράγματα άλλων χωρίς να ρωτήσει ή να πάρει άδεια. οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να παρέμβουν σε κάτι που κάνουν άλλοι χωρίς να ζητήσουν άδεια.

Για την διάγνωση απαιτείται η παρουσία των παραπάνω πυρηνικών συμπτωμάτων (πέντε ή έξι τουλάχιστον) σε κάθε άξονα για διάρκεια μεγαλύτερη των 6 μηνών. Το DSM-5 αναφέρει ότι μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας θα πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 12 ετών (κριτήριο Β). Επιπλέον, τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι παρόντα σε τουλάχιστον δύο πλαίσια, όπως στο σχολείο και στο σπίτι (κριτήριο Γ), και να προκαλούν έκπτωση

στη λειτουργικότητα του ατόμου όσον αφορά τον ακαδημαϊκό, επαγγελματικό ή κοινωνικό τομέα (κριτήριο Δ). Τέλος, τα παραπάνω συμπτώματα δε θα πρέπει να εμφανίζονται ή να εξηγούνται στην πορεία κάποιας άλλης ψυχωσικής διαταραχής (κριτήριο Ε), (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του διαγνωστικού εγχειρίδιου DSM-5 (2013), καταργούνται οι τρεις τύποι της ΔΕΠ-Υ και τη θέση τους παίρνουν τρεις διαφορετικές "παρουσίες". Η πρώτη ονομάζεται "Συνδυασμένη παρουσία" όταν πληρούνται τα κριτήρια Α1 και Α2. Η δεύτερη ονομάζεται "Προεξάρχουσα απρόσεκτη παρουσία" όταν πληρείται το κριτήριο Α1 αλλά όχι το Α2 κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Η τρίτη ονομάζεται "Προεξάρχουσα υπερκινητική/παρορμητική παρουσία" όταν πληρείται το κριτήριο Α2 και όχι το Α1 τους τελευταίους 6 μήνες. Επιπλέον, καθορίζεται ο βαθμός βαρύτητας/σοβαρότητας της διαταραχής ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να τεθεί η διάγνωση είναι ακόμα οι εξής: α) η εκδήλωση της διαταραχής θα πρέπει να εμφανίζεται σε περισσότερα από δύο πλαίσια και β) οι πληροφορίες για την εκδήλωση της διαταραχής θα πρέπει να προέρχονται από ποικίλους πληροφοριοδότες οι οποίοι έχουν άμεση επαφή με το παιδί (γονείς, δάσκαλοι και άλλα σημαντικά πρόσωπα). Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες είναι δυνατό να απουσιάζουν οι ενδείξεις της ΔΕΠ-Υ όπως για παράδειγμα, όταν το παιδί βρίσκεται σε πρόσωπο-με-πρόσωπο αλληλεπιδράσεις, όταν επιβραβεύεται συνεχώς για την καλή του συμπεριφορά, όταν εμπλέκεται σε δραστηριότητες που του προκαλούν μεγάλο ενδιαφέρον και όταν βρίσκεται σε ένα καινούριο πλαίσιο (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016).

4.2 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ανά ηλικία

4.2.1 Συμπτώματα στη βρεφική ηλικία

Εξαιτίας της συνέχισης της διαταραχής και στην ενήλικη ζωή είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στα διαφορετικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ που εκδηλώνονται στις διαφορετικές αναπτυξιακές περιόδους.

Παρόλο που η διάγνωση της διαταραχής στη βρεφική ηλικία είναι δύσκολη, τα τελευταία χρόνια επικρατούν απόψεις που υποστηρίζουν ότι μια μερίδα βρεφών, τα οποία χαρακτηρίζονται από τους γονείς τους ως πιο ‘‘δύσκολα’’, είναι δυνατόν να αναπτύξουν μελλοντικά προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα λόγου και έκφρασης, μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ. Τα βρέφη αυτά, δυσκολεύονται κυρίως σε δύο τομείς: στο φαγητό και στον ύπνο. Είναι τα βρέφη εκείνα που δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν, έχουν ακανόνιστα ωράρια ύπνου και ξυπνούν ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Goldstein & Goldstein, 1990). Όσον αφορά την τροφή, δυσκολεύονται να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού και η συχνότητα που τρώνε δεν είναι σταθερή. Μεγαλύτερες δυσκολίες παρατηρούνται όταν έρχεται η ώρα να γίνει αλλαγή από το γάλα στη στέρεη τροφή. Τα ‘‘δύσκολα’’ βρέφη επίσης κλαίνε συχνά, με οξύ έντονο, παρατεταμένο τόνο, χωρίς προφανή λόγο, όπως αναφέρεται από τις μητέρες τους. Η δυσκολία των μητέρων να κατανοήσουν το λόγο που το βρέφος τους είναι ανήσυχο είναι αρκετά συχνή. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των βρεφών αυτών είναι επίσης ότι αντιμετωπίζουν συχνά κωλικούς, ενώ αξιολογούνται από τις μητέρες τους ως υπερδραστήρια και δύσκολα για να ηρεμήσουν (Goldstein, 1999). Συχνά οι μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρουν ότι είχαν αντιληφθεί την έντονη κινητικότητα τους από την εμβρυϊκή κιόλας περίοδο (Μανιαδάκη ,2012).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ένας αριθμός ερευνών, αν και είναι ακόμη πολύ λίγες, οι οποίες βρήκαν ότι υπάρχουν ορισμένες διαστάσεις οι οποίες μπορεί να ανιχνεύσουν και πιθανόν να προβλέψουν την πιθανότητα μιας ομάδας βρεφών να αναπτύξουν ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία. Μία από αυτές της έρευνες ήταν η έρευνα των Aueberbach και συνεργατών (2008) στην οποία βρέθηκε ότι 36 αγόρια 7, 12 και 25 μηνών τα οποία είχαν πατέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στο επίπεδο δραστηριότητας και στο θυμό και μικρότερες βαθμολογίες στη διατήρηση και στον έλεγχο της προσοχής, από τα αγόρια βρέφη της ομάδας ελέγχου (N=22). Στη μελέτη αυτή οι ερευνητές συμπέραναν ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ στοιχείων της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους και του κινδύνου εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ (Aueberbach et al., 2008). Λίγα χρόνια νωρίτερα το 2005, οι Auerbach και συνεργάτες βρήκαν ότι 158 άρρενα νεογνά, των οποίων οι πατέρες πληρούσαν τα κριτήρια ΔΕΠ-Υ είχαν μειωμένες επιδόσεις στη νευροαναπτυξιακή ωριμότητα (Auerbach et al., 2005). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μία έρευνα της Ninowski (2010). Εβδομήντα οκτώ βρέφη ηλικίας 8-12 μηνών, που είχαν μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας και μειωμένη διάρκεια συντηρούμενης προσοχής, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Οι έρευνες πάνω στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι ακόμη περιορισμένες. Ακόμη δεν είναι σίγουρος ο ρόλος και το μερίδιο ευθύνης που έχουν οι γενετικοί ή οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εκδήλωση της διαταραχής από τόσο μικρή ηλικία. Είναι πιθανό η φύση και η ανατροφή να αλληλεπιδρούν όσον αφορά το ζήτημα αυτό. Το ερευνητικό αυτό πεδίο χρειάζεται να διερευνηθεί παραπάνω.

4.2.2 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του DSM-5 (2013) αυξήθηκε το ηλικιακό όριο μέχρι το οποίο είναι δυνατόν να έχουν κάνει την πρώτη τους εμφάνιση τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Έτσι λοιπόν μερικά συμπτώματα της απροσεξίας ή/και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας εμφανίζονται πριν τα 12 έτη. Η ΔΕΠ-Υ στην νηπιακή ηλικία συνδέεται με έκπτωση της λειτουργικότητας στους εξής τομείς: α) στις κοινωνικές συναναστροφές, β) στην προκοινωνική συμπεριφορά, γ) στην απόκτηση προμαθησιακών εννοιών και δ) στην προσαρμοστική τους ικανότητα. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα νήπια με ΔΕΠ-Υ μοιάζουν αρκετά στα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία. Το γεγονός όμως ότι η νηπιακή ηλικία συνδέεται με ραγδαίες αναπτυξιακές αλλαγές, αποτελεί πρόκληση για τον ειδικό που θέλει να κάνει διάγνωση για ΔΕΠ-Υ, καθώς ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς είναι δύσκολος σε αυτή την ηλικία (Μανιαδάκη, 2012).

Τα νήπια με ΔΕΠ-Υ βρίσκονται συνεχώς σε εγρήγορση, κινούνται ακατάπαυστα, δεν δείχνουν να κουράζονται, δυσκολεύονται να καταπιαστούν για μεγάλο χρονικό διάστημα με μία δραστηριότητα, είναι ανυπόμονα και δε δείχνουν να αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο. Συνήθως αψηφούν τους κανόνες, τόσο των γονιών τους όσο και των δασκάλων τους στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο και για το λόγο αυτό δημιουργούν συχνά συγκρούσεις στην οικογένεια ή στο σχολείο. Συχνά αναφέρεται πως τα νήπια αυτά δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στον παιδικό σταθμό ή στο νήπιο και πως αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις κοινωνικές τους συναναστροφές και ιδιαίτερα με τους συνομηλίκους. Δυσκολεύονται να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους, παθαίνουν συχνά ατυχήματα και παρουσιάζουν δυσκολίες στο συντονισμό των

κινήσεων. Μια μεγάλη μερίδα νηπίων με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς (Μανιαδάκη, 2012).

Οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε αυτή την ηλικία αναφέρουν συχνά καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, δυσκολίες στην άρθρωση και στον προφορικό λόγο. Οι μητέρες τους είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλώσουν άγχος ή κατάθλιψη και να αισθάνονται λιγότερο αποτελεσματικές σε σχέση με τις μητέρες των τυπικά αναπτυσσόμενων νηπίων (Μανιαδάκη, 2012).

4.2.3 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία

Τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία έχουν μελετηθεί εκτενέστερα από κάθε άλλη ηλικία ως τώρα και περιλαμβάνουν απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

Η φοίτηση στο δημοτικό αποτελεί μια πρόκληση για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς καλούνται πλέον να ανταποκριθούν στις σχολικές υποχρεώσεις και να συμμορφωθούν στους κανόνες της τάξης και του σχολείου. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη τάξη του δημοτικού, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ πρέπει να μάθουν τους μηχανισμούς της ανάγνωσης και της γραφής, να ακολουθούν οδηγίες και κανόνες, να κάθονται στο θρανίο τους για πολύ ώρα, να μάθουν να σηκώνουν το χέρι περιμένοντας της σειρά τους, να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και πολλά άλλα, τα οποία απαιτούν συγκέντρωση και επιμονή (Douglas, 1972).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να παραμείνουν στη θέση τους για πολύ ώρα. Συχνά σηκώνονται και κάνουν βόλτες στην τάξη ενοχλώντας τους συμμαθητές τους ή ψάχνουν ευκαιρίες για να κινούνται (π.χ. ζητούν επίμονα να πάνε τουαλέτα, σηκώνονται για να ξύσουν το μολύβι τους κ.α.). Ακόμα και όταν κάθονται στη θέση

τους στριφογυρνούν συνεχώς, κουνιούνται μπρος-πίσω, βάζουν τα πόδια τους πάνω στην καρέκλα, κάνουν νευρικές κινήσεις κουνώντας τα χέρια και τα πόδια (Evans, Allen, Moore, και Strauss, 2005). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι απότομα και ασυντόνιστα τις κινήσεις τους, τους πέφτουν συχνά πράγματα ή πέφτουν κάτω τα ίδια. Ενώ φαίνεται να γνωρίζουν τους κανόνες της τάξης, μοιάζουν να τους ξεχνούν. Έντονες δυσκολίες εμφανίζονται συχνά στην ανάγνωση, τη γραφή και στη συγκέντρωση της προσοχής. Τα τετράδια και τα βιβλία τους είναι συνήθως ακατάστατα, οι εργασίες τους ημιτελείς και γεμάτες λάθη απροσεξίας, όπως αναφέρουν συχνά οι δάσκαλοι τους. Συχνά χάνουν πράγματα ή ξεχνούν να φέρουν στο σχολείο τα σωστά τετράδια και βιβλία (Barkley, 1990). Η ίδια συμπεριφορά παρατηρείται και στο σπίτι καθώς είναι πολύ συχνά ακατάστατα και γενικά παρουσιάζουν μειωμένες οργανωτικές δεξιότητες τόσο στη μελέτη τους όσο και στην προσωπική τους ζωή. Οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να προκαλούν συχνά εντάσεις στην οικογένεια. Εξαιτίας των μαθησιακών δυσκολιών τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν περίπου 80% πιθανότητες να αναπτύξουν Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και γενικότερα εξαιτίας των δυσκολιών τους παρουσιάζουν μαθησιακά κενά (Μανιαδάκη, 2012).

Όσον αφορά τις κοινωνικές τους συναναστροφές, τα παιδιά με την παραπάνω διαταραχή αντιμετωπίζουν στις περισσότερες περιπτώσεις απορριπτική συμπεριφορά από τους συνομηλίκους, καθώς θεωρούνται θορυβώδη, ενοχλητικά και απότομα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ενσωματωθούν σε μία ομάδα συνομηλίκων διότι δεν μπορούν να ακολουθήσουν τους κανόνες, δε μπορούν να αναπτύξουν ενσυναίσθηση, δηλαδή τη νοερή ικανότητα να μπαίνουν στη θέση του άλλου και δε μπορούν να αναστέλλουν τις παρορμητικές και επιθετικές τους αντιδράσεις (Cunningham & Siegel, 1987). Η ματαίωση που προκαλείται από την απορριπτική αντιμετώπιση των συνομηλίκων δυσχεραίνει την κατάσταση καθώς το παιδί με ΔΕΠ-

Υ γίνεται πολλές φορές προκλητικό προκειμένου να τραβήξει την προσοχή των άλλων παιδιών (APA, 2000; Μανιαδάκη, 2012).

Ένα ποσοστό 30-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικία 7-10 ετών, μπορεί να εκδηλώσει και διαταραχές συμπεριφοράς όπως είναι η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Διαταραχή Διαγωγής, ενώ ένα ποσοστό 20-30% είναι δυνατόν να εκδηλώσει αγχώδη διαταραχή ή διαταραχές της διάθεσης. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι δεν είναι σίγουρο πως όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έχουν συννοσηρότητα με τις παραπάνω διαταραχές ή θα εκδηλώσουν όλες τις δυσκολίες που προαναφέρθηκαν. Εξαιτίας της ετερογένειας της κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Για παράδειγμα είναι δυνατόν ορισμένα παιδιά με ήπια μορφή της διαταραχής είναι δυνατό να μην αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στις κοινωνικές συναναστροφές και να διαχειρίζονται τις μαθησιακές τους δυσκολίες (Anastopoulos et al., 2010; Μανιαδάκη, 2012).

4.2.4 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία

Η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται από έντονες ψυχολογικές και βιοσωματικές αλλαγές. Κατά την περίοδο αυτή οι έφηβοι έχουν να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις καθώς βρίσκονται σε μία περίοδο έντονων αναζητήσεων και διερεύνησης της ταυτότητας τους. Εδώ παρατηρείται έντονα η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς και η παρέα των συνομηλίκων ασκεί τη μεγαλύτερη επιρροή στους εφήβους (Παρασκευόπουλος, 1998). Ο μειωμένος αυτοέλεγχος και η παρορμητικότητα των εφήβων με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να προκαλέσουν ποικίλες δυσκολίες σε διάφορους τομείς, οι οποίες θα εξαρτηθούν από την πορεία που έχει ως τώρα διανύσει ο έφηβος με τη διαταραχή (Μανιαδάκη, 2012).

Κατά την εφηβεία, τα συμπτώματα υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν αλλά το άτομο εμφανίζει μια έντονη νευρική κατάσταση και μια έντονη τάση να είναι συνεχώς απασχολημένο με κάτι. Στις περιπτώσεις που η υπερκινητικότητα επιμένει, αυτή συνδέεται συχνά με την εμφάνιση της Διαταραχής Διαγωγής (Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1995). Ο έφηβος με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει αυξημένες πιθανότητες να εγκαταλείψει το σχολείο, να παραβιάσει τους νόμους και να κάνει χρήση ουσιών. Επιπλέον, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ ξεκινούν πρόωγα τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Μάλιστα οι έφηβες με ΔΕΠ-Υ έχουν 37 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί πριν τα είκοσι τους χρόνια και 4 φορές πιθανότητες να προσβληθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Barkley, 2006).

4.2.5 Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή

Στην ενήλικη ζωή, η κλινική εικόνα του ασθενούς με ΔΕΠ-Υ δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη, εξαιτίας της συννοσηρότητας της με άλλες διαταραχές. Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή διαφέρει από την παιδική ηλικία, λόγω της διαφορετικών αναπτυξιακών χαρακτηριστικών κάθε περιόδου που διανύουν τα άτομα. Εδώ προεξέχοντα συμπτώματα είναι η δυσκολία διατήρησης και η ελλειμματική προσοχή, η δυσκολία του ατόμου να προσέχει και να ακούει τους άλλους (Πεχλιβανίδης et al., 2012). Σε ένα ποσοστό 90% η ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή εμφανίζεται μαζί με διαταραχές άγχους, κατάθλιψη, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και διαταραχές χρήσης ουσιών (Biederman et al., 1995; McGough et al., 2005).

Σύμφωνα με το DSM-5 (2013), όσον αφορά τον άξονα της παρορμητικότητας, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ παίρνουν συχνά βιαστικές αποφάσεις χωρίς να σκεφτούν τις

συνέπειες, είναι υπερβολικά ανήσυχοι και ενοχλητικοί προς τους άλλους και βλάπτουν συχνά τον εαυτό τους.

Μεγάλη είναι και η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων με κύριο σύμπτωμα εδώ την χρόνια αστάθεια της διάθεσης. Συχνά προβλήματα με την οδήγηση, αδυναμία ελέγχου αναστολής και συναισθηματικών αντιδράσεων. Ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να αλλάζουν πολύ συχνά ερωτικούς συντρόφους, να επιδίδονται σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, να ζουν επικίνδυνα ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Στους νεαρούς ενήλικες συχνή είναι η εμπλοκή σε καυγάδες, τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί. Σε γενικές γραμμές τα άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν προσέχουν την υγεία τους (Harpin, 2005; Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

Επιπλέον, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ κάνουν πολυάριθμες νευρικές κινήσεις, μπορεί να μιλούν υπερβολικά και ακατάπαυστα, να βρίσκονται σε συνεχή κινητική ανησυχία. Δυσκολίες παρατηρούνται και στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, συχνό φαινόμενο είναι η συχνή παραίτηση από την δουλειά, η ανεργία και γενικότερα η αστάθεια τόσο σε επαγγελματικό όσο και στο συναισθηματικό τομέα (Πεχλιβανίδης και συν., 2012). Ως αποτέλεσμα οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται συχνά ματαιώση, ντροπή, άγχος και δυσκολεύονται να συνάψουν φυσιολογικές και αρμονικές σχέσεις (Μανιαδάκη, 2012).

4.3 Συχνότητα Εμφάνισης και Διαπολιτισμικές διαφορές

Περίπου 3-7% των παιδιών υπολογίζεται πως έχει ΔΕΠ-Υ, αν εφαρμόσουμε τα κριτήρια του DSM-5. Η αναλογία αγοριών-κοριτσιών κυμαίνεται από 2:1 στα παιδιά και 1:6:1 στους ενήλικες. Στα κορίτσια προεξέχων σύμπτωμα είναι αυτό της Ελλειμματικής Προσοχής με λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Αντιθέτως τα αγόρια εμφανίζονται περισσότερο παρορμητικά και υπερκινητικά με πιο έκδηλα τα συμπεριφορικά προβλήματα (DSM-5, 2013).

Παρόλο που τα συμπτώματα υπερκινητικότητας της διαταραχής μπορεί να παρουσιάσουν ύφεση με το πέρας της εφηβείας, ένα ποσοστό 2-5% παρουσιάζει την διαταραχή αυτή με συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής και παρορμητικότητας στην ενήλικη ζωή, εμφανίζοντας σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα (Πεχλιβανίδης και συν., 2012).

Η ΔΕΠ-Υ παρατηρείται σε όλες τις κουλτούρες και σε όλους τους πολιτισμούς σε ποσοστά 5% για τα παιδιά και 2.5% για τους ενήλικες. Ωστόσο η διάγνωση είναι συχνότερη σε καυκάσιους παρά άλλους πληθυσμούς. (DSM-5, 2013).

4.4 Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ έχει συσχετισθεί με διαφορετικές αιτιολογίες που περιλαμβάνουν τόσο γενετικούς/κληρονομικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες, είναι δηλαδή μία διαταραχή με ετερογενή φύση και μεγάλη ανομοιογένεια, καθώς εμφανίζεται με διαφορετική μορφή από άτομο σε άτομο (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016; Μπιτσάκου, 2012).

4.4.1 Γενετικοί Παράγοντες

Μελέτες οικογενειών αλλά και μελέτες διδύμων έχουν καταδείξει τη μεγάλη επίδραση της κληρονομικότητας (περίπου 70%) στην εμφάνιση της διαταραχής (Faraone, et al., 2005). Η ΔΕΠ-Υ κατατάσσεται στις διαταραχές που κληρονομούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Σε περίπτωση που ένας γονέας παρουσιάσει ΔΕΠ-Υ υπάρχει πιθανότητα 40%-60% αυτή να κληρονομηθεί από το παιδί του.

Γενετικές μελέτες έχουν αποδείξει την εμπλοκή του νευροδιαβιβαστή της ντοπαμίνης (DRD4, DRD5, DAT1, DBH) και της ουσίας της σεροτονίνης (5-HTT, 1B-HTR1B) και του γονιδίου SNAP-25 σε άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο τα γονίδια αυτά έχουν μέτρια ως μικρή επίδραση και δεν είναι σίγουρο ότι επαρκούν για την εκδήλωση της διαταραχής (Faraone et al., 2005). Η μελέτη τους παρόλα αυτά είναι σημαντική στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Στους ενήλικες η ΔΕΠ-Υ έχει συσχετιστεί και με ορισμένα γονίδια (LPHN3, BAIAP2, CLOCK κ.α.) τα οποία όμως δεν έχουν εντοπιστεί σε έρευνες με παιδιά. Έως τώρα δεν έχουν εντοπιστεί γονιδιακές μεταλλάξεις που να συνδέονται με τη διαταραχή αυτή. Η ΔΕΠ-Υ αφορά δηλαδή φυσιολογικές παραλλαγές γονιδίων γεγονός που ίσως εξηγεί τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στο γενικό πληθυσμό. Παραλλαγές γονιδίων όπως είναι διπλασιασμοί ή διαγραφές χρωμοσωμάτων ίσως εμπλέκονται επίσης στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012; Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016).

Παρόλο που οι γενετικές έρευνες πάνω στη ΔΕΠ-Υ έχουν κάνει άλματα τα τελευταία χρόνια, ακόμη δε φαίνεται πως είναι αρκετά πλήρεις ώστε να εξηγήσουν την αιτιολογία της διαταραχής. Θεωρείται λοιπόν πως για την εμφάνιση της διαταραχής ευθύνονται τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

4.4.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες.

Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με την πιθανότητα εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ. Ένα 7% παιδιών με τη διαταραχή αυτή, είχαν μητέρες που κάπνιζαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα φαίνεται να προκαλεί

δυσλειτουργίες στο ντοπαμινεργικό σύστημα του βρέφους και έτσι ευνοείται η ανάπτυξη της διαταραχής αν και πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι δεν αρκεί από μόνο του για την εκδήλωση της διαταραχής. Κατά ανάλογο τρόπο η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ουσιών και η έκθεση σε τοξικές ουσίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016).

Από τους περιγεννητικούς κινδύνους το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα του βρέφους φαίνεται επίσης να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, καθώς ένα 12-14% των παιδιών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ αργότερα (Nigg, 2012).

Μεταγεννητικοί παράγοντες όπως είναι η διατροφή των παιδιών έχουν επίσης συσχετισθεί με την εκδήλωση της διαταραχής. Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αποτελούν αλλεργική/τοξική αντίδραση ορισμένων παιδιών σε συστατικά και τοξίνες τα οποία βρίσκονται στην τροφή τους (όπως π.χ. της ζάχαρης). Υπεύθυνη θεωρήθηκε επίσης και η έλλειψη διατροφικών στοιχείων όπως είναι ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο κ.α., στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι θεωρίες αυτές εγκαταλείφθηκαν γρήγορα καθώς δε βρήκαν επιστημονική τεκμηρίωση (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν μια μικρή μόνο επίδραση καθώς εξηγούν μόνο ένα 0-6% της εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η παιδική κακοποίηση, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και ο τρόπος διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς δεν αποτελούν από μόνοι τους καθοριστικούς παράγοντες για την εκδήλωση της διαταραχής (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016; Μπιτσάκου, 2012).

Η ψυχοπαθολογία της μητέρας έχει επίσης βρεθεί πως σχετίζεται με την ανάπτυξη της διαταραχής στα παιδιά. Μητέρες με κατάθλιψη, διαταραχές άγχους ή διαταραχές

προσωπικότητα έχουν αυξημένες πιθανότητες να επηρεάσουν γονιδιακά τα παιδιά τους αλλά και περιβαλλοντικά καθώς η διαταραχή τους δημιουργεί συχνά συγκρούσεις στην οικογένεια. Επιπλέον, οι μητέρες που πάσχουν από διαταραχές λειτουργούν δυσκολεύονται να ανταποκριθούν επαρκώς στις απαιτήσεις των παιδιών τους, να είναι συνεπείς στη συμπεριφορά και τις απαγορεύσεις τους, να δυσκολεύονται να οργανώσουν και να συντονίσουν την καθημερινότητα τους. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να λειτουργήσουν ως πρότυπο προς μίμηση για τα παιδιά τα οποία είναι πιθανό να υιοθετήσουν τις συμπεριφορές της μητέρας και να μην αναπτύξουν σωστά την ικανότητα της αυτορρύθμισης (Kaplan et al., 2008; McGarth et al., 2008; Moore et al., 2001; Stein et al., 2012).

4.4.3 Νευροψυχολογικοί Παράγοντες

Μελέτες που χρησιμοποίησαν τεχνικές νευροαπεικόνισης εντόπισαν διαφορές στην εγκεφαλική δομή μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων χωρίς τη διαταραχή αυτή. Ο συνολικός εγκεφαλικός όγκος για τα παιδιά και τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ βρέθηκε να είναι 3-8% μικρότερος σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν είχαν τη διαταραχή αυτή.

Πιο συγκεκριμένα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ βρέθηκε μικρότερος συνολικός όγκος του κροταφικού λοβού σε σχέση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά. Αλλοιώσεις εντοπίστηκαν και στις περιοχές της παρεγκεφαλίδας, του βρεγματικού λοβού, των βασικών γαγγλίων και του μεσολόβιου. Επιπλέον, έχει εντοπιστεί μείωση της φαιάς ουσίας του προμετωπιαίου φλοιού των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Ο φλοιός αυτός είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο των παρορμήσεων, τη λήψη αποφάσεων, την εκτίμηση αποτελεσμάτων για το μέλλον και την κατάκτηση στόχων. Περισσότερες έρευνες

εντόπισαν επίσης την ύπαρξη λεπτότερου εγκεφαλικού φλοιού στα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Η καθυστέρηση αυτή στην ωρίμανση του εγκεφαλικού φλοιού φαίνεται να εντοπίζεται σε περιοχές του προμετωπιαίου λοβού οι οποίες είναι σημαντικές για τον έλεγχο γνωστικών διεργασιών, την οργάνωση της συμπεριφοράς και την προσοχή. Μορφολογικές διαφορές έχουν επίσης εντοπιστεί σε εγκεφαλικές δομές όπως είναι ο θάλαμος και η αμυγδαλή, γεγονός που εξηγεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσον αφορά τη συναισθηματική ρύθμιση και την προσοχή. Άλλες μελέτες νευροαπεικόνισης εντόπισαν σε άτομα με ΔΕΠ-Υ μειωμένη ενεργοποίηση περιοχών του προμετωπιαίου λοβού ή αυξημένη ενεργοποίηση εγκεφαλικών περιοχών που δεν ενεργοποιούνται με τον ίδιο τρόπο στους τυπικά αναπτυσσόμενους ανθρώπους.

Μελέτες που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος διαπίστωσαν επίσης δυσαναλογία της ενεργοποίησης των κυμάτων theta και beta σε σχέση με το φυσιολογικό πληθυσμό. Τέλος, η εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ έχει συσχετισθεί με την απορρύθμιση του νοραδρενεργικού συστήματος το οποίο ευθύνεται για τη λειτουργία της προσοχής, του ντοπαμινεργικού συστήματος που έχει συνδεθεί με ελλείμματα στα κίνητρα και την επεξεργασία και του σεροτονινεργικού συστήματος το οποίο έχει συσχετισθεί με τη ρύθμιση των συναισθημάτων (Μανιαδάκη και Κάκουρος, 2016).

4.5 Συννοσηρότητα

Όπως προαναφέρθηκε, η ΔΕΠ-Υ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή. Έχει διαπιστωθεί ότι η διαταραχή αυτή, συνυπάρχει -τόσο στην παιδική ηλικία, όσο και στην ενήλικη

ζωή- σε ποσοστό 60-100% με άλλες διαταραχές και για το λόγο αυτό η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί πολλές φορές πρόκληση. Ορισμένες από αυτές τις διαταραχές φαίνεται πως μοιράζονται την ίδια αιτιολογική βάση με τη ΔΕΠ-Υ, ενώ άλλες εμφανίζονται ως αποτέλεσμα επιγένεσης προβλημάτων που δημιουργούνται ως αποτέλεσμα της ΔΕΠ-Υ.

4.5.1 Συννοσηρότητα στην παιδική ηλικία

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-5 (2013) παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανίσουν Διαταραχές της Συμπεριφοράς. Περίπου τα μισά παιδιά και ένα ποσοστό 65% των εφήβων με ΔΕΠ-Υ είναι δυνατό να εμφανίσουν ταυτόχρονα Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, ενώ το ¼ των παιδιών αυτών μπορεί να εμφανίσει Διαταραχή της Διαγωγής. Τα άτομα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή έχουν την τάση να αψηφούν τους κανόνες και να αντιδρούν με θυμό και βίαιο τρόπο. Ένα 20-45% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανίζει ταυτόχρονα Διαταραχή της Διαγωγής η οποία αφορά την εκδήλωση βίας και επιθετικότητας προς ανθρώπους και ζώα, την καταστροφή περιουσιών, την κλεψιά και την παραβίαση κανόνων (π.χ. κοπάνες από το σχολείο) (Kuhne, Schachar & Tannock, 1997). Σε ορισμένες περιπτώσεις η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρξει και με διαταραχές φωνητικών και κινητικών μυοσπασμάτων (τικ).

Η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά εμφανίζεται συχνά και με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως είναι οι διαταραχές άγχους, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάθλιψη και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα ποσοστό 10-40% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, μπορεί να έχει ταυτόχρονα άγχος ή κατάθλιψη (WHO, 1992).

Στην εκδήλωση των διαταραχών αυτών παίζουν ρόλο γενετικοί, κληρονομικοί αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να έχουν γονείς με κατάθλιψη ή/και με διαταραχές άγχους ή μπορεί να εκδήλωσαν τα συμπτώματα αυτά εξαιτίας της απόρριψης που βιώνουν (ιδιαίτερα από του συνομηλίκους) και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στο σχολικό πλαίσιο. Οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται σε ένα ποσοστό 20-40% και σχετίζονται με έντονο στρες και φόβο. Συχνότερα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αναπτύσσουν κοινωνική φοβία. Στα παιδιά του τύπου της Ελλειμματικής Προσοχής, το άγχος μπορεί να εντείνει ακόμη περισσότερο την αδυναμία τους να συγκεντρωθούν. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να εκδηλωθεί και μαζί με τη Διπολική Διαταραχή αλλά στη περίπτωση αυτή η υπερκινητικότητα είναι αποτέλεσμα και όχι αίτιο της μανιοκατάθλιψης.

Το 8 με 11% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ υπάρχει περίπτωση να αναπτύξει και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Η διαταραχή αυτή αφορά την εκδήλωση εμμονικών ιδεασμών και τελετουργικών πράξεων, οι οποίες έχουν ως στόχο τη μείωση του άγχους που αισθάνεται το άτομο (Jensen, Martin & Cantwell, 1997).

Τα μισά (ή και παραπάνω) παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εμφανίσουν ταυτόχρονα μαθησιακές δυσκολίες ή Ειδική Γλωσσική Διαταραχή. Όσον αφορά τη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες αυτές που εμφανίζονται συχνότερα είναι η δυσλεξία (διαταραχή της ανάγνωσης και της γραφής) και η δυσαριθμησία (διαταραχή στα μαθηματικά) οι οποίες αποτελούν την Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή. Άλλες διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν μαζί με τη ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως διαταραχές του λόγου και της ομιλίας οι οποίες προκαλούν δυσκολίες στην έκφραση και στην επεξεργασία της γλώσσας (DuPaul, Gormley & Laracy, 2012).

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να συνυπάρχει επίσης με αδυναμίες στο συντονισμό των κινήσεων, στην επεξεργασία των ερεθισμάτων, αλλά και με διαταραχές ύπνου. Αναφορικά με τον

ύπνο, 56% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και το 39% ξυπνούν στη διάρκεια της νύχτας. Οι δυσκολίες των παιδιών αυτών στον ύπνο οφείλονται στην αδυναμία τους να μείνουν ακίνητα και να ηρεμήσουν. Μάλιστα μια μελέτη έχει συνδέσει τη ΔΕΠ-Υ με «το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών», το οποίο αφορά ακούσιες κινήσεις των ποδιών την ώρα του ύπνου (Piccheietti, 1998). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι δυνατόν να εμφανίσουν νυκτερινή ενούρηση και εγκόπριση αν και αρκετοί ιατροί αντιμετωπίζουν τις δύο διαταραχές ως ξεχωριστές.

Δερματικές παθήσεις, όπως είναι το έκζεμα φαίνεται να έχουν επίσης συνδεθεί με τη ΔΕΠ-Υ. Μάλιστα η εκδήλωση εκζέματος φαίνεται να συνδέεται και με τις διαταραχές ύπνου που ενδέχεται να έχουν τα παιδιά αυτά. Ένα 3% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις (Patel, Patel & Patel, 2012).

4.5.2 Συννοσηρότητα στην ενήλικη ζωή

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρορμητικότητα, δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις και την κοινωνική προσαρμογή. Για το λόγο αυτό είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση ουσιών (φάρμακα, ναρκωτικά και αλκοόλ). Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι τρεις φορές πιθανότερο να γίνουν καπνιστές, σε σχέση με τα μέσα φυσιολογικά άτομα. Το κάπνισμα ξεκινά όταν είναι νέοι και συνεχίζεται σε όλη τη ζωή, ενώ τα άτομα με την παραπάνω διαταραχή δυσκολεύονται περισσότερο από του άλλους ανθρώπους να το κόψουν. Ένα στα τρία άτομα με ΔΕΠ-Υ κάνει κατάχρηση του αλκοόλ ενώ συχνή είναι και η ενασχόληση με το τζόγο (APA, 2013; Pehlivanidis et al., 2012).

Η ΔΕΠ-Υ είναι επίσης δυνατό να συνυπάρχει στην ενήλικη ζωή με Διαταραχές Προσωπικότητας. Οι συνηθέστερες διαταραχές προσωπικότητας στους ενήλικες με

ΔΕΠ-Υ είναι οι σχιζοειδείς και σχιζότυπες διαταραχές, η παρανοϊδής, η αποφευκτική, η ιδεοψυχαναγκαστική και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Jensen et al., 1997). Στους ενήλικες 75% πάσχει και από συναισθηματικές (κατάθλιψη) ή διαταραχές άγχους (APA, 2013).

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι δυνατόν να παρουσιάζουν και φυσιολογικά προβλήματα, όπως είναι οι πονοκέφαλοι, οι μυϊκοί πόνοι, οι κοιλιακοί πόνοι, οι ινομυαλγίες ή τα δερματικά προβλήματα (Patel et al., 2012).

4.6 Εκδήλωση Συμπτωμάτων στις γυναίκες και στους άνδρες-Διαφυλικές διαφορές

Κορίτσια και γυναίκες με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερο προβλήματα συναισθηματικής φύσεως καθώς έχουν συχνά κατάθλιψη και άγχος και πολλές φορές υπο-διαγιγνώσκονται καθώς η συμπεριφορά τους δεν θεωρείται τόσο «ενοχλητική» όσο του αντίθετου φύλου (Gershon, 2002a, 2002b).

Σε αρκετές έρευνες στο παρελθόν βρέθηκε ότι ενώ οι άνδρες με ΔΕΠ-Υ εμφάνιζαν μεγαλύτερη υπερκινητικότητα, διαταραχές διαγωγής και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς, οι γυναίκες αντιμετώπιζαν περισσότερο συναισθηματικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν λιγότερη υπερκινητικότητα και περισσότερο ελλειμματική προσοχή και εμφάνιζαν συχνότερα διαταραχές διάθεσης και διαταραχές άγχους (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Gaub & Carlson, 1997). Υποστηρίχθηκε πως ένας από τους λόγους που η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γινόταν πολύ αργότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ήταν ακριβώς αυτή η διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων ανάμεσα στα δύο φύλα (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober & Cadogen, 2004). Η λιγότερο δηλαδή «ενοχλητική» συμπεριφορά των γυναικών είχε ως αποτέλεσμα να αγνοούνται συχνά τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Gershon, 2002a, 2002b).

Γυναίκες με ΔΕΠ-Υ είναι επίσης πιθανότερο να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή, να δυσκολεύονται περισσότερο να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις και να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με τους συνομηλικούς κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και περισσότερα γνωστικά προβλήματα, απ' ό τι οι άνδρες (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2006; Berry, Shaywitz & Shaywitz, 1985).

Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα, οι Rasmussen και Levander (2009) εξέτασαν 600 άνδρες και γυναίκες με ΔΕΠ-Υ από τη Νορβηγία, που δεν έλαβαν ποτέ θεραπευτική παρέμβαση-αγωγή, προκειμένου να διερευνήσουν διαφορές στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, στην συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές και γενικότερα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Σε συμφωνία με παλαιότερες έρευνες (Barkley et al., 2006; Berry et al., 1985; Biederman et al., 1991, 2004; Gaub et al., 1997) οι άνδρες της παραπάνω έρευνες εμφάνιζαν περισσότερα συμπεριφορικά προβλήματα, ενώ οι γυναίκες αντιμετώπιζαν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα, διαταραχές πρόσληψης της τροφής και προβλήματα ύπνου. Ωστόσο οι διαφυλικές διαφορές στην έρευνα των Rasmussen και Levander (2009), ήταν σχετικά μικρότερες.

Οι περισσότερες έρευνες ασχολήθηκαν με την ΔΕΠ-Υ στους άνδρες παρά στις γυναίκες ή το ποσοστό γυναικών με ΔΕΠ-Υ ήταν πολύ μικρό συγκριτικά με τους άνδρες (Arnold, 1996; Gershon, 2002a, 2002b; Rasmussen & Levander, 2009). Θεωρείται λοιπόν σημαντικό να διερευνήσουμε λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνονται και διαφέρουν τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στις γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες.

Σύμφωνα με τον Arnold (1996) μητέρες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανότερο να έχουν ιστορικό κατάχρησης ουσιών. Επιπρόσθετα δυσκολεύονται συνήθως να

ανταποκριθούν επαρκώς στα καλέσματα του βρέφους τους, είναι συχνά παρορμητικές στη φροντίδα τους παράγοντες που επηρεάζουν με τη σειρά το βρέφος τους και δημιουργούν ένα ακατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη του.

Σε συμφωνία με τους Gaub και Carlson (1997), ο Gershon (2002a, 2002,b), βρήκε ότι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνότερα γνωστικά προβλήματα, κατάθλιψη και άγχος σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες χαρακτηρίστηκαν λιγότερο υπερκινητικές σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων και των δασκάλων τους, Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν, όσον αφορά τις αναφορές των δασκάλων για την ελλειμματική προσοχή. Οι δασκάλες δεν αναφέρθηκαν συχνά σε τέτοια συμπτώματα, σε αντίθεση με τους γονείς που έκαναν συχνότερες αναφορές για ελλειμματική προσοχή. Πιθανότητα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι δάσκαλοι ενοχλούνται περισσότερο με την κακή συμπεριφορά παρά με την αφηρημάδα των μαθητών τους (Gershon, 2002).

Σε μία επισκόπηση της βιβλιογραφίας η Quinn (2008) αναφέρει πληθώρα ερευνών που αποδεικνύουν τη διαφορετική εκδήλωση της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ στις γυναίκες. Διαταραχές πρόσληψης της τροφής, χρήση ουσιών, κατάθλιψη, άγχος και άλλες συναισθηματικές διαταραχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολίες στον ακαδημαϊκό και κοινωνικό τομέα, είναι συνηθέστερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες με ΔΕΠ-Υ. Ειδικότερα όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, τόσο νεαρά κορίτσια, όσο και γυναίκες με ΔΕΠ-Υ, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν χρόνια κατάθλιψη, παρά κάποια άλλη διαταραχή και μάλιστα σε συχνότερο βαθμό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ΔΕΠ-Υ (Biederman et al., 2006). Επιπλέον στις γυναίκες με ΔΕΠ-Υ η μείζον καταθλιπτική διαταραχή ξεκινά νωρίτερα, έχει εντονότερα συμπτώματα (αυτοκτονικός ιδεασμός) και μεγαλύτερη διάρκεια, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ΔΕΠ-Υ (Rucklidge & Tannock, 2001).

Οι Fedele, Lefler, Hartung και Canu (2012) μελέτησαν 164 φοιτητές με ΔΕΠ-Υ και 710 χωρίς ΔΕΠ-Υ. Βρέθηκε και σε αυτή την περίπτωση πως οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ εμφάνισαν μεγαλύτερη ελλειμματική προσοχή από τους άνδρες με ΔΕΠ-Υ. Οι φοιτήτριες με ΔΕΠ-Υ αντιμετώπιζαν σε γενικές γραμμές σοβαρότερα προβλήματα στο σπίτι, στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, την κοινωνική και προσωπική ζωή, στη διαχείριση χρημάτων από ότι οι άνδρες με την ίδια διαταραχή. Αντιθέτως δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο εργασιακό πλαίσιο, την οδήγηση, τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Τέλος, οι νεαρές γυναίκες με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είχαν μεγαλύτερη αυτογνωσία σε σχέση με τους άνδρες όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο η διαταραχή επηρεάζει τη ζωή τους σε διάφορους τομείς.

4.7 Η επικοινωνία των μητέρων με ΔΕΠ-Υ με τα βρέφη τους

Οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανότερο (σε σχέση με αυτές που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ), να πάσχουν και από άλλες διαταραχές όπως κατάθλιψη ή διαταραχές άγχους (Semple et al., 2011). Πολλές γυναίκες δεν έχουν λάβει διάγνωση για τη ΔΕΠ-Υ διότι δίνεται συχνότερα μεγαλύτερη έμφαση σε συμπτώματα ανηδονίας, άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης τα οποία εμφανίζονται ταυτόχρονα με την ΔΕΠ-Υ. Τις περισσότερες φορές λοιπόν, είναι πιθανό οι γυναίκες αυτές να διαγνωστούν με κατάθλιψη παρά με ΔΕΠ-Υ (Quinn, 2005; Semple et al., 2011).

Ο βασικότερος λόγος για τον οποίο μητέρες με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνότερα επιλόχειο κατάθλιψη έγκειται στο γεγονός πως ανησυχούν υπερβολικά για το αν θα είναι αποτελεσματικές και αν θα μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του παιδιού τους εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν (Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher, 1992). Έχουν χαμηλότερες απαιτήσεις όσον αφορά τον μητρικό ρόλο και αισθάνονται λιγότερο αποτελεσματικές (Banks, Ninowski, Mash &

Semple, 2008; Semple et al., 2011; Watkins & Mash, 2009). Ως τώρα οι περισσότερες έρευνες εξέτασαν την σχέση μητέρων με ΔΕΠ-Υ και των παιδιών τους στην σχολική ηλικία. Στην περίοδο αυτή οι μητέρες δυσκολεύονταν να θέσουν όρια ή σωστούς κανόνες, είναι πιο αρνητικές, πιο αντιδραστικές/επιθετικές και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού τους για προσοχή (Evans, Morrill & Parente, 2010).

Οι Chronis-Tuscano, Raggi, Clarke, Rooney, Diaz και Pian (2008) βασίζόμενοι στην ισχυρή κληρονομική βάση της ΔΕΠ-Υ, εξέτασαν τη σχέση που έχει η ύπαρξη συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των γονιών στην εκδήλωση συμπτωμάτων της ίδιας διαταραχής στα παιδιά τους. Επιπλέον, εξετάστηκε ο γονεϊκός ρόλος των μητέρων με ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι γονείς με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλές πιθανότητες να έχουν παιδί με ΔΕΠ-Υ, αλλά και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγάλες πιθανότητες να έχουν ένα γονέα με την ίδια διαταραχή. Οι γονείς με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν αρκετές προκλήσεις όσον αφορά το γονεϊκό τους ρόλο, όπως χαμηλότερο βαθμός εμπλοκής, δυσκολία ελέγχου των δραστηριοτήτων των παιδιών, δυσκολία τήρησης των κανόνων και της τιμωρίας. Οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να χρησιμοποιούν τη σωματική τιμωρία για να συνετίσουν τα παιδιά τους και να χρησιμοποιούν υπερβολικές εντολές για να τα καθοδηγήσουν και να τα συνετίσουν. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι οι μητέρες με περισσότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα χρησιμοποιούσαν πιο αρνητικές και ασυνεπείς γονεϊκές πρακτικές.

Στην έρευνα συμμετείχαν 70 μητέρες μαζί με τα παιδιά τους. Το δείγμα όσον αφορά την εθνικότητα και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ήταν ανομοιογενές. Πακέτα με τα εργαλεία αξιολόγησης στάλθηκαν στους γονείς και τους δασκάλους των παιδιών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας στο εργαστήριο. Η επίσκεψη στο εργαστήριο διήρκησε

δύομιση ώρες στη διάρκεια της οποίας χορηγήθηκαν διαγνωστικές συνεντεύξεις και έγινε παρατήρηση της μητέρας και του παιδιού.

Για τη διάγνωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας χορηγήθηκαν συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια, ενώ παράπλευρες πληροφορίες συλλέχθηκαν και από άλλα άτομα του στενού περιβάλλοντος των μητέρων. Πιο συγκεκριμένα, χορηγήθηκε η «Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για το DSM-IV (SCID)», η «Κλίμακα Βαθμολόγησης ΔΕΠ-Υ για ενήλικες του Coner's-CAARS», η «Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck-BDI», το «Ερωτηματολόγιο Γονέων της Alabama-APQ» και η «Κλίμακα K-SADS». Για την αξιολόγηση των παιδιών χορηγήθηκε από τους ερευνητές το «Τεστ Νοημοσύνης Wechler-WISC-III». Επίσης, οι μητέρες και οι δάσκαλοι συμπλήρωσαν τη «Λίστα Ελέγχου Διαταραχών Συμπεριφοράς-DBD» και την «Κλίμακα Βαθμολόγησης Διαταραχής των Παιδιών-CIRS». Οι συνεντεύξεις αυτές μαγνητοσκοπήθηκαν και το 20% από αυτές κωδικοποιήθηκαν.

Τα παιδιά μαζί με τις μητέρες του, παρατηρήθηκαν σε δύο συνθήκες: α) στη διάρκεια ελεύθερου παιχνιδιού για πέντε λεπτά και β) για δέκα λεπτά, όταν έκαναν σχολική εργασία στο σπίτι στην οποία το παιδί συμπλήρωνε ένα φυλλάδιο μαθηματικών ανάλογο της ηλικίας του. Στη δεύτερη συνθήκη οι μητέρες έπρεπε να παρέχουν βοήθεια στο παιδί όποτε εκείνες το έκριναν σωστό.

Οι αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού στις δύο παραπάνω συνθήκες κωδικοποιήθηκαν με βάση το «Σύστημα Κωδικοποίησης της δυαδικής επικοινωνίας μητέρας-παιδιού-DPICS». Για τη μητέρα κωδικοποιήθηκαν: α) η θετική συμπεριφορά γονέα, β) η αρνητική συμπεριφορά γονέα και γ) οι συνολικές εντολές. Για το παιδί κωδικοποιήθηκαν: α) η συνολική αντιδραστικότητα/αρνητικότητα του παιδιού (κλάμα, γκρίνια, φωνές, ειρωνικές απαντήσεις, καταστροφικότητα, αδυναμία συμμόρφωσης) και β) η αδυναμία να έχουν ευκαιρία συμμόρφωσης, στη διάρκεια της οποίας η μητέρα

δίνει μια εντολή, αλλά πριν περάσουν πέντε δευτερόλεπτα δίνει και άλλη εντολή άσχετα με το αν το παιδί προσπάθησε να συμμορφωθεί στην πρώτη εντολή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας συνδέονται με αρνητικές γονεϊκές πρακτικές. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της μητέρας σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα εμπλοκής της μητέρας, θετικής συμπεριφοράς ως γονέα και συνεπούς πειθαρχίας. Στη συνθήκη όπου η μητέρα βοηθούσε το παιδί στην εργασία, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο έντονα ήταν τα συμπτώματα της μητέρας, τόσο πιθανότερο ήταν εκείνη να επαναλαμβάνει οδηγίες, ενώ ήταν λιγότερο πιθανό να επιδοκιμάζει θετικές συμπεριφορές.

Στη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού, όσο πιο έντονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είχε η μητέρα, τόσο πιθανότερο ήταν να εμφανίζει εκείνη αρνητική συμπεριφορά. Σε γενικές γραμμές βρέθηκαν λιγότερες σχέσεις μεταξύ των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας και της στάσης της ως γονέας, στο ελεύθερο παιχνίδι, παρά στη συνθήκη διαβάσματος. Ωστόσο, το γεγονός ότι οι μητέρες με εντονότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ εμφάνισαν περισσότερο αρνητική συμπεριφορά ως γονείς στο ελεύθερο παιχνίδι, ίσως δείχνει σύμφωνα με τους Chronis-Tuscano και συνεργάτες (2008) ότι οι μητέρες αυτές σε συνθήκες που δεν είναι δομημένες και απαιτητικές, μπορεί να είναι περισσότερο αρνητικές και επικριτικές με τα παιδιά τους.

Όσον αφορά την επίδραση της πιθανής συνύπαρξης της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αυτή δε φαίνεται να επηρέασε τη συμπεριφορά της μητέρας. Αντίθετα, βρέθηκε ότι συνδέεται με περισσότερο θετική συμπεριφορά από την πλευρά των μητέρων στις δύο συνθήκες και με λιγότερη σωματική τιμωρία. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ίσως οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή να είναι πιο υποχωρητικοί και λιγότερο αυστηροί. Σχετικά με τις πληροφορίες από τα κοντινά πρόσωπα της μητέρας, αυτές

βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με τις αυτο-αξιολογήσεις των μητέρων σχετικά με την ασυνέπεια τους ως γονείς.

Οι Ellis και Nigg (2009) μελέτησαν αντίστοιχα τις γονεϊκές πρακτικές σε σχέση με τη ΔΕΠ-Υ. Υπέθεσαν ότι: α) η ΔΕΠ-Υ του παιδιού θα σχετίζεται με ασυνεπείς τιμωρίες από τους γονείς, με πλημμελή επίβλεψη, και μειωμένη εμπλοκή και β) η υπερκινητικότητα θα επηρεάζει περισσότερο την ασυνέπεια και τη μικρότερη εμπλοκή των γονέων, όταν υπάρχει Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής, ενώ η ελλειμματική προσοχή θα επηρεάζει τις πρακτικές των γονέων με διαφορετικό τρόπο, αφού αυτή θα είναι διακριτή από τις δύο παραπάνω διαταραχές διαγωγής.

Στην έρευνα συμμετείχαν 181 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών τα οποία αξιολογήθηκαν για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ με βάση τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις γονέων και τις αξιολογήσεις των γονέων και των δασκάλων στα δομημένα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: α) 52 χωρίς ΔΕΠ-Υ, β) 24 με διαταραχή του τύπου Ελλειμματικής Προσοχής, γ) 71 με συνδυασμένο τύπο ΔΕΠΥ και δ) 34 με τύπο ΔΕΠ-Υ-μη προσδιοριζόμενο αλλιώς. Τα παιδιά αποκλείονταν από την έρευνα αν παρουσίαζαν κάποιο άλλο είδος αναπτυξιακής διαταραχής ή ιατρικό πρόβλημα.

Οι γονείς και οι δάσκαλοι συμπλήρωσαν τη «βραχεία Κλίμακα Connors» και τη «Λίστα Ελέγχου του DSM-IV». Οι γονείς συμπλήρωσαν επιπλέον το «Ερωτηματολόγιο Γονεϊκών Πρακτικών Alabama» και τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των γονέων αξιολογήθηκαν με βάση τη «δομημένη συνέντευξη αυτοαξιολόγησης ΔΕΠ-Υ του DSM-IV» μέσω προγράμματος του υπολογιστή.

Ο Ellis και οι συνεργάτες του (2009), διαπίστωσαν ότι όσο λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς είχαν τα παιδιά, τόσο πιο θετική συμπεριφορά και αλληλεπίδραση με τα

παιδιά τους είχαν οι γονείς. Αντίθετα, η πλημμελής επίβλεψη και η ασυνέπεια στην τήρηση κανόνων πειθαρχίας των γονέων εμφανιζόταν συχνότερα όταν τα παιδιά εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Στην περίπτωση που οι μητέρες εμφάνιζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ τότε οι ίδιες χρησιμοποιούσαν περισσότερο ασυνεπείς πρακτικές πειθαρχίας και εμπλέκονταν λιγότερο στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.

Επιπλέον βρέθηκε ότι, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ή της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ή της Διαταραχής Διαγωγής των παιδιών αποτελούσαν κριτήριο για τις πρακτικές πειθαρχίας που θα χρησιμοποιούσαν οι γονείς. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες (άσχετα με το αν εμφάνιζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ), χρησιμοποιούσαν συχνότερα ασυνεπείς γονεϊκές πρακτικές αν το παιδί τους εμφάνιζε κάποια από τις παραπάνω διαταραχές.

Η έρευνα των Ellis και συνεργατών (2009), έδειξε ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των παιδιών σχετίζονται με τις γονεϊκές πρακτικές όσον αφορά την διαπαιδαγώγηση και την τήρηση κανόνων πειθαρχίας των παιδιών τους. Για τις μητέρες οι επιδράσεις αυτές ήταν ίδιες, αλλά μόνο στο συνδυασμένο τύπο ΔΕΠ-Υ. Ο λόγος που η ΔΕΠ-Υ των παιδιών σχετίζεται περισσότερο με την ασυνέπεια των γονέων στη τήρηση των κανόνων πειθαρχίας μπορεί να είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ειδικά αυτά με ελλειμματική προσοχή δυσκολεύονται να συμμορφωθούν στις υποδείξεις των γονιών τους. Επιπλέον, τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των γονέων είναι πιθανό να σχετίζονται με αυτές τις διαφορές.

Οι παραπάνω έρευνες δεν διαχώρισαν την επίδραση των συμπτωμάτων των γονιών και ειδικότερα της μητέρας, από αυτές του παιδιού. Επομένως θα ήταν χρήσιμο να γίνει διαχωρισμός εξετάζοντας μητέρες με ΔΕΠ-Υ, όταν ακόμα τα παιδιά βρίσκονται στην

βρεφική ηλικία και προκειμένου να διαπιστωθεί ο τρόπος με τον οποίο τα συμπτώματα της μητέρας επηρεάζουν την σχέση και την επικοινωνία της με το παιδί.

Οι ερευνητές που επικεντρώθηκαν στην βρεφική ηλικία βρήκαν ότι η σχέση και η αλληλεπίδραση μητέρας με ΔΕΠ-Υ και του βρέφους παρουσιάζουν προβλήματα. Σύμφωνα με την Meins (2001), η μητέρα αυτή είναι θα είναι λιγότερο ευαισθητοποιημένη στα καλέσματα του παιδιού της, περισσότερο αυταρχική, ανυπόμονη και αγχώδης. Οι δυσκολίες της μητέρας με ΔΕΠ-Υ όσον αφορά την εργαζόμενη μνήμη και τη συγκέντρωση προσοχής, δυσχεραίνουν την επικοινωνία της με το βρέφος καθώς η τελευταία δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στα καλέσματα του παιδιού για επικοινωνία. Δυσκολεύεται να κατανοήσει το βλέμμα, τις εκφράσεις του προσώπου, τις κινήσεις και τις φωνητικές εκφράσεις του νεογέννητου ως προσπάθεια του για επικοινωνία, τα οποία απαιτούν την συγκέντρωση της προσοχής της. Συχνά οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ δρουν παρορμητικά χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες (Barkley, 2006). Για παράδειγμα, ασχολούνται με ένα παιχνίδι που φαίνεται να μην ευχαριστεί πια το βρέφος, αλλάζουν δραστηριότητες πολύ γρήγορα ή βομβαρδίζουν το νεογέννητο με πολλά ερεθίσματα ταυτόχρονα. Δεν αφήνουν το βρέφος να εξερευνήσει το περιβάλλον όπως οι μητέρες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δυσκολία εμφανίζουν επίσης, στην διαχείριση των συναισθημάτων τους. Είναι συχνά εχθρικές, υπερκινητικές και νευρωσικές (Barkley, 1997. Quinn, 2005).

Το 1995 οι Daly και Fritsch παρουσίασαν μια ενδιαφέρουσα μελέτη περίπτωσης. Ένα βρέφος 2 μηνών παρουσίαζε δυσκολία στη λήψη βάρους και καθυστέρηση στην ανάπτυξη και για το λόγο αυτό νοσηλεύτηκε δύο φορές στο νοσοκομείο. Το βρέφος ήταν αγόρι και η μητέρα του μια ανύπαντρη γυναίκα 21 ετών που είχε ένα ακόμη παιδί 2 ετών με φυσιολογικό βάρος. Στην πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο έγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις και η μητέρα εκπαιδεύτηκε και ενημερώθηκε από τους γιατρούς

και τις νοσοκόμες για το σωστό τρόπο σίτισης και φροντίδας του παιδιού. Το βρέφος πήρε κιλά στην πρώτη νοσηλεία, ωστόσο τα έχασε ξανά όταν μαζί με τη μητέρα του επέστρεψαν σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα. Στη δεύτερη εισαγωγή, ανέλαβε το περιστατικό και η ψυχιατρική ομάδα του νοσοκομείου η οποία μαγνητοσκόπησε τη μητέρα και το βρέφος της την ώρα που το τάζε, αξιολόγησε τη σχέση μητέρας-βρέφους, την ψυχική κατάσταση της μητέρας, καθώς και άλλους προσωπικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να είναι αγχογόνοι.

Η αξιολόγηση του βρέφους έδειξε ότι αυτό επιζητούσε την επικοινωνία, ηρεμούσε εύκολα, έδινε προσοχή και θήλαζε αποτελεσματικά και με ζωντάνια. Πληροφορίες που λήφθηκαν από τη μητρική γιαγιά έδειξαν ότι η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή (μάλιστα ήλπιζε για ένα δεύτερο γιό), δεν υπήρχε κανένα μένος προς το παιδί ή τον πατέρα του και πως η μητέρα είχε φυσιολογικές απαιτήσεις και ανησυχίες για το παιδί της. Ωστόσο, η μαγνητοσκόπηση την ώρα του ταΐσματος έδειξε ότι η μητέρα ήταν εξαιρετικά ανήσυχη, δεν έδινε προσοχή στο βρέφος της και η προσοχή της διασπόταν τακτικά από θορύβους, από τις νοσοκόμες και τα μέλη της οικογένειας που έμπαιναν συχνά στο δωμάτιο του νοσοκομείου για να την επισκεφθούν. Αυτές οι συμπεριφορές την εμπόδιζαν από το να ταΐσει επαρκώς το βρέφος της. Η ψυχιατρική εκτίμηση της μητέρας έδειξε ότι εκείνη δεν έπασχε από διαταραχές της διάθεσης, άγχος, ψυχωτικές διαταραχές ή χρήση ουσιών. Ωστόσο, στη διάρκεια συνέντευξης με τη μητέρα διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζε ελλειμματική προσοχή και υπερκινητισμό, άσχετα με το όποιο θέμα συζήτησης. Η μητέρα ανέφερε πως τα συμπτώματα αυτά ήταν παρόντα σε όλη της τη ζωή, από την παιδική ηλικία. Δεν διαγνώστηκε ποτέ με κάποια διαταραχή αφού δεν εξετάστηκε ποτέ. Τα συμπτώματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και από τη μητρική γιαγιά. Η μητέρα διαγνώστηκε με τη βοήθεια της «Κλίμακας του Wender, Utah για τη

ΔΕΠ-Υ» ως έχουσα 7 από τα 8 συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής και προτάθηκε να της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.

Μετά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, η μητέρα αξιολογήθηκε ξανά με την ίδια κλίμακα και μαγνητοσκοπήθηκε όταν τάιζε το βρέφος της. Υπήρξε σημαντική αλλαγή όσον αφορά την ικανότητα της να συγκεντρώνεται και να ταΐζει αποτελεσματικά το βρέφος της. Επίσης, ο παιδίατρος ανέφερε πως η ποιότητα της αλληλεπίδρασης της μητέρας με το βρέφος είχε βελτιωθεί σημαντικά. Το βρέφος πήρε βάρος και δεν νοσηλεύτηκε ξανά στο νοσοκομείο.

Η παραπάνω έρευνα απέδειξε πως τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας, ειδικά όταν εκείνη είναι επιφορτισμένη με την ανατροφή δύο παιδιών, επηρεάζουν το βρέφος σε ποικίλους τομείς. Το βρέφος της παραπάνω έρευνας έχανε βάρος και αυτό δεν οφειλόταν σε ιατρικά αίτια, αλλά στην ψυχοπαθολογία της μητέρας, η οποία μάλιστα δεν είχε διαγνωστεί ποτέ ως τότε με ΔΕΠ-Υ. Είναι σημαντικό λοιπόν να γίνεται πρόωμη διάγνωση της διαταραχής, από την παιδική κιόλας ηλικία, καθώς τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής και υπερκινητικότητας φαίνεται να επηρεάζουν την ικανότητα της μητέρας να αναθρέψει σωστά το βρέφος της.

Το 2009 οι Watkins και Mash εξέτασαν τον τρόπο με τον οποίο τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας, την επηρεάζουν την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους στο γνωστικό και συμπεριφορικό τομέα. Οι ερευνητές εξέτασαν το αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας, την ικανοποίηση της μητέρας από το μητρικό ρόλο, την αντίληψη για την επιρροή της ως μητέρα, καθώς και τυχόν επιθετικές-αντιδραστικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση γεγονός που επηρεάζει την έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας τους ως γονείς. Η αυτο-αποτελεσματικότητα, αφορά το βαθμό που οι μητέρες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ικανό σε ενέργειες και δραστηριότητες που

αφορούν το βρέφος τους. Η ικανότητα αυτή αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα των θετικών γονεϊκών πρακτικών και συμβάλλει στον αποτελεσματικό έλεγχο της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους ή ακόμα και των διαταραχών της μητέρας. Επιπλέον, οι Watkins και Mash (2009), μελέτησαν το ρόλο της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους και της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς οι παράγοντες αυτοί βρέθηκαν στο παρελθόν να σχετίζονται με τη γνωστική ανάπτυξη του βρέφους και τη συμπεριφορά της μητέρας. Τέλος, επειδή η ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζεται με άλλες διαταραχές, όπως ψυχολογική δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη συμπεριφορά της μητέρας, οι ερευνητές εξέτασαν και την επίδραση αυτών των παραγόντων.

Στην έρευνα συμμετείχαν 99 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους, ηλικίας από 2 έως 6 μηνών. Στις μητέρες εξηγήθηκε από τους ερευνητές, ότι ενδιαφέρονταν α) να μελετήσουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές μητέρων που είχαν δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής, ήταν υπερκινητικές και παρορμητικές και β) ότι ήθελαν να ακούσουν τις σκέψεις των μητέρων όσων αφορά τις αντιλήψεις τους για την αποτελεσματικότητα τους ως γονείς.

Στις μητέρες που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στάλθηκαν πακέτα με ερωτηματολόγια τα οποία έπρεπε να συμπληρώσουν όταν το βρέφος ήταν 6 μηνών. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: το «Ερωτηματολόγιο Πληροφοριών Ιστορικού-BIQ», η «Κλίμακα Conner's για τη Βαθμολόγηση της διαταραχής ΔΕΠ-Υ ενηλίκων-CAARS», η «Κλίμακα Αξιολόγησης της Ικανότητας του Γονέα-PSOC», η «Κλίμακα Γονεϊκών Αντιλήψεων και Συμπεριφοράς απέναντι στο βρέφος-PACOTIS», το «Ερωτηματολόγιο Χαρακτηριστικών Βρέφους-ICQ», το «Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Στήριξης-SSQ6» και το «Σύντομο Εργαλείο Συμπτωμάτων 18- BSI 18».

Η πλειοψηφία των μητέρων της έρευνας παρουσίαζε ήπια συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Σχετικά με την ύπαρξη άλλης διαταραχής, το 11% των μητέρων ανέφερε στο BIQ ότι

είχε παλαιότερα διαγνωστεί με μία ψυχιατρική διαταραχή και ένα 9% ανέφερε ότι παρόλο που δεν είχε διαγνωστεί στο παρελθόν, είχε υποψίες πως έπασχε από κάποια διαταραχή, όπως άγχος, κατάθλιψη, χρήση ουσιών ή μαθησιακές δυσκολίες. Τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των μητέρων βρέθηκε να σχετίζονται περισσότερο με τη συνύπαρξη ψυχολογικής δυσφορίας. Όπως και σε άλλες έρευνες με μητέρες που είχαν κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, είναι λοιπόν πιθανό η συννοσηρότητα αυτή να έχει αντίκτυπο στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στην κλίμακα Ελλειμματικής Προσοχής/προβλήματα μνήμης της CAARS, ένα 20% των μητέρων βαθμολογήθηκε “πάνω από το μέσο όρο”, γεγονός που καταδεικνύει ότι ίσως στην ενήλικη ζωή τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής εμμένουν περισσότερο.

Αντίθετα με τις προσδοκίες τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας δε βρέθηκαν να σχετίζονται με την αυτο-αποτελεσματικότητα. Βρέθηκε όμως σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων δυσφορίας που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες που βρήκαν ότι οι μητέρες με κατάθλιψη έχουν αρνητικότερες αντιλήψεις σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους ως γονείς. Ίσως το γεγονός ότι οι μητέρες στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελούσαν δείγμα χαμηλού κινδύνου ή το γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπήρχε με άλλες διαταραχές (και άρα δε γνωρίζουμε αν η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζεται περισσότερο από τη ΔΕΠ-Υ, το άγχος ή την κατάθλιψη) να εξηγεί τα αποτελέσματα αυτά.

Όπως αναμενόταν, τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των μητέρων αποτελούσαν προγνωστικό δείκτη της ικανοποίησης τους για το γονεϊκό τους ρόλο. Με άλλα λόγια, οι μητέρες με σοβαρότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τον ρόλο τους στην ανατροφή του βρέφους τους. Επιπλέον, όπως υπέθεσαν οι Watkins

και συνεργάτες (2009), τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας προέβλεπαν τις αντιλήψεις των μητέρων σχετικά με την ικανότητα τους να επηρεάσουν το βρέφος τους. Οι μητέρες με σοβαρότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ανέφεραν ότι επηρέαζαν λιγότερο το βρέφος τους με τον τρόπο συμπεριφοράς τους ως γονείς, σε σχέση με τις μητέρες που είχαν λιγότερο έντονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Όπως υποστήριζαν οι ερευνητές οι μητέρες που πιστεύουν ότι οι συμπεριφορές τους ως γονείς είναι λιγότερο σημαντικές για την ανάπτυξη του παιδιού, είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν στο βρέφος τους ένα περιβάλλον γεμάτο ερεθίσματα. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι αναφορικά με το εύρημα αυτό δεν βρέθηκε να επηρεάζει ο παράγοντας της ταυτόχρονης ύπαρξης συμπτωμάτων δυσφορίας. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η ικανότητα της μητέρας επηρεάζεται μόνο από τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και όχι από άλλες διαταραχές.

Όσον αφορά τη σχέση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας με την εχθρότητα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο όσον αφορά τα “δύσκολα” βρέφη. Ακόμα και σε ένα δείγμα χαμηλού κινδύνου, όπως των Watkins και συνεργατών (2009), τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας φαίνεται να σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και την εχθρότητα που η μητέρα εκδηλώνει.

Τέλος, όσον αφορά την κοινωνική στήριξη και αντίθετα με τις προσδοκίες, δεν εντοπίστηκε συσχετισμός μεταξύ των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας με το μέγεθος και την ικανοποίηση της κοινωνικής στήριξης. Αυτό που βρέθηκε μόνο ήταν ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας ανέφεραν ότι είχαν λιγότερη κοινωνική στήριξη. Η υπόθεση αυτή ίσως δεν επιβεβαιώθηκε αφενός γιατί οι μητέρες στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν στην πλειοψηφία έγγαμες και αφετέρου γιατί δεν είχαν τόσο σοβαρά συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής/υπερκινητικότητας.

Η παραπάνω έρευνα κατέδειξε ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας, ακόμα και από ένα υποκλινικό δείγμα, επηρεάζουν τη συμπεριφορά της και τις αντιλήψεις της για τη φροντίδα του βρέφους, από πολύ νωρίς. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η έρευνα των Watkins και συνεργατών (2009), δεν περιλάμβανε μητέρες με έντονα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά ένα υποκλινικό δείγμα, αξίζουν να σημειωθούν ορισμένα ζητήματα. Το γεγονός ότι η έρευνα περιλάμβανε γυναίκες υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και ότι η πλειοψηφία των βρεφών ήταν κορίτσια δεν επιτρέπει γενικεύσεις των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τους Semple, Mash, Ninowski και Benzies (2011) όταν οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ αλληλεπιδρούν με τα βρέφη τους, κάνουν περισσότερο αρνητικές δηλώσεις για την παρορμητικότητα του παιδιού τους, καθοδηγούν και αποδοκιμάζουν περισσότερο τη συμπεριφορά του και αρκετές φορές είναι εξουσιαστικές. Περισσότερα από τα μισά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έχουν τουλάχιστον ένα γονέα με την ίδια διαταραχή. Επομένως, οι αδυναμίες των γονέων στην ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, μπορεί να οφείλονται στα δικά τους συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και όχι μόνο στα συμπτώματα των παιδιών τους που έχουν την ίδια διαταραχή. Βασιζόμενοι λοιπόν σε έρευνες για την ΔΕΠ-Υ που βρήκαν ότι η διαταραχή μπορεί να επηρεάσει το γονεϊκό ρόλο, οι ερευνητές θέλησαν να διαχωρίσουν τα συμπτώματα της μητέρας από αυτά του παιδιού, μελετώντας τη σχέση που έχουν τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας πολύ πριν διαπιστωθεί η ύπαρξη ανάλογων συμπτωμάτων στο παιδί. Εξέτασαν έτσι τη σχέση των συμπτωμάτων της μητέρας με την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπεριφορών προς το βρέφος της. Υπέθεσαν ότι τα συμπτώματα των μητέρων αυτών θα οδηγούσαν σε χαμηλότερα επίπεδα μητρικής ευαισθησίας και υψηλότερα επίπεδα επεμβατικότητας και αρνητικού συναισθήματος.

Στην έρευνα συμμετείχαν 40 μητέρες με ΔΕΠ-Υ μαζί με τα βρέφη τους ηλικίας 3-8 μηνών. Το δείγμα αποτελούταν από μητέρες χαμηλού κινδύνου. Τα βρέφη ήταν στην πλειοψηφία αγόρια.

Οι μητέρες που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα συμπλήρωσαν τη «Σύντομη ανιχνευτική Κλίμακα για τη ΔΕΠ-Υ» και απάντησαν τηλεφωνικά στη «Λίστα Συμπεριφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικες» (ABCA). Η μητρική ευαισθησία, η επεμβατική συμπεριφορά και ο αρνητισμός αξιολογήθηκαν με τις «Ποιοτικές Αξιολογήσεις για την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους στους 3-15 μήνες» (QRPCI). Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους» (IBQ) για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Επιπλέον, οι ερευνητές προγραμμάτισαν τις συναντήσεις στο σπίτι των συμμετεχόντων.

Πραγματοποιήθηκαν τέσσερις μαγνητοσκοπήσεις: μία πεντάλεπτη προκαταρκτική συνέντευξη, μία πεντάλεπτη λήψη όπου η μητέρα τάιζε το βρέφος, μια πεντάλεπτη δομημένη συνθήκη και μια εικοσάλεπτη λήψη ελεύθερου παιχνιδιού. Στην προκαταρκτική συνέντευξη, οι μητέρες έπρεπε να μιλήσουν για τις σκέψεις τους και να περιγράψουν τα συναισθήματα τους, για παράδειγμα σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους τους ή με το αν έγινε κάτι πρόσφατα που μπορεί να επηρεάσει τις επισκέψεις των ερευνητών στο σπίτι (ασθένεια βρέφους κ.α.). Στη συνθήκη ταΐσματος, οι μητέρες μαγνητοσκοπούνταν την ώρα του θηλασμού, όταν τάιζαν με μπιμπερό ή στέρεα τροφή το βρέφος τους, ανάλογα με την ηλικία του βρέφους και τις προτιμήσεις τους. Στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να συμπεριφέρονται φυσικά, όπως θα έκαναν μια καθημερινή μέρα. Στη δομημένη συνθήκη, οι μητέρες έπρεπε να βάλουν το βρέφος να κουνήσουν μία κουδουνίστρα και αν υπήρχε χρόνος να διαβάσουν ένα βιβλίο μαζί. Τέλος, στη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού στις μητέρες δόθηκαν οδηγίες να παίξουν με το βρέφος τους όπως θα έκαναν φυσιολογικά και φυσικά, με ή χωρίς

παιχνίδια. Οι μαγνητοσκοπήσεις κωδικοποιήθηκαν με βάση το QRPCI, από τον κύριο ερευνητή και ένα ανεξάρτητο ερευνητή που δε γνώριζε τα συμπτώματα των μητέρων με ΔΕΠ-Υ, ούτε άλλες πληροφορίες για τις μητέρες.

Σχετικά με την ύπαρξη διαταραχών στις μητέρες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 30% είχε τουλάχιστον μία διάγνωση για ψυχιατρική διαταραχή όπως προέκυψε από «Ερωτηματολόγιο Πληροφοριών Ιστορικού-BIQ». Συγκεκριμένα, το 58% από αυτές, ανέφερε την ύπαρξη κατάθλιψης, το 25% την ύπαρξη διαταραχής άγχους, ενώ μία μητέρα ανέφερε ότι έπασχε και από τις δύο διαταραχές. Από το σύνολο των μητέρων με διαταραχή, το 32% ανέφερε πως έλαβε φαρμακευτική αγωγή την τελευταία περίοδο ή στο παρελθόν και το 23% πως έκανε ψυχοθεραπεία. Από τις μητέρες που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή, 2 έλαβαν αγωγή για ΔΕΠ-Υ στο παρελθόν. Η μία από αυτές τις μητέρες έκανε και ψυχοθεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ. Καμία από τις μητέρες όμως δεν έπαιρνε αγωγή για τη ΔΕΠ-Υ την περίοδο της έρευνας. Όπως προέκυψε από το «Σύντομο Εργαλείο Συμπτωμάτων-BSI-18», 4 μητέρες είχαν κατάθλιψη, 2 αγχώδη διαταραχή, 2 σωματοποιητική διαταραχή και άλλες 2 είχαν γενικό υψηλό σκορ και στις τρεις διαταραχές.

Όσον αφορά τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής/υπερκινητικότητας της μητέρας, αυτά βρέθηκαν να σχετίζονται μόνο με συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Η μητρική ευαισθησία, δηλαδή η ικανότητα της μητέρας να ανταποκρίνεται με συνέπεια και επάρκεια στα καλέσματα του βρέφους της, βρέθηκε να σχετίζεται περισσότερο με το πυρηνικό σύμπτωμα της Ελλειμματικής Προσοχής και όχι τόσο με τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας. Οι μητέρες αυτές, δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν το αντικείμενο ενδιαφέροντος του βρέφους, ενώ έπαιζαν με παιχνίδια που οι ίδιες θεωρούσαν ενδιαφέροντα, αλλά όχι το βρέφος. Συχνά, παρείχαν

στο βρέφος υπερβολικά ερεθίσματα ακόμη και όταν αυτό δυσανασχετούσε ή εκδήλωνε άλλα αρνητικά συναισθήματα.

Ο Semple και οι συνεργάτες του (2011) συμπέραναν ότι η ελλειμματική προσοχή, αλλά όχι τόσο η υπερκινητικότητα, σχετίζεται περισσότερο με δυσκολίες στην αλληλεπίδραση της μητέρας με το βρέφος της. Συγκεκριμένα, η δυσκολία της μητέρας να διατηρήσει την προσοχή της την κάνει περισσότερο αρνητική, παρεμβατική και δεν της επιτρέπει να ερμηνεύσει έγκαιρα τα μηνύματα του βρέφους της. Η μεγαλύτερη επίδραση των συμπτωμάτων Ελλειμματικής Προσοχής σε σύγκριση με τα συμπτώματα υπερκινητικότητας, μπορεί να ερμηνευθεί από τους ακόλουθους παράγοντες. Πρώτον, τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής είναι δυνατόν να εμμένουν όσο το άτομο μεγαλώνει, ενώ η υπερκινητικότητα να μειώνεται σταδιακά. Δεύτερον, ίσως η υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα να έπρεπε να μελετηθεί σαν να αποτελείται από τέσσερις παράγοντες: βιασύνη, έλλειψη προγραμματισμού, έλλειψη διατήρησης και αναζήτηση διέγερσης των αισθήσεων. Είναι πιθανό μόνο ορισμένες από τις παραπάνω διαστάσεις να επηρεάζουν τη μητρική ευαισθησία, κάτι που δεν ήταν εφικτό να μελετηθεί από τη «Λίστα Συμπεριφοράς ΔΕΠ-Υ για ενήλικες-ABCA».

Τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας βρέθηκε να σχετίζονται με περισσότερο αρνητικό συναίσθημα προς το βρέφος, μεγαλύτερες δυσκολίες στη διατήρηση προσοχής και με τις αξιολογήσεις της δύσκολης ιδιοσυγκρασίας του βρέφους τους. Πιο συγκεκριμένα όσο λιγότερο έγκαιρα ανταποκρίνονταν οι μητέρες στα καλέσματα του βρέφους τους, τόσο πιο συχνά αξιολογούσαν τα βρέφη τους ως "δύσκολα". Το εύρημα αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές, δείχνει ότι τα βρέφη που είναι βιολογικά προδιαθετημένα να κληρονομήσουν τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να λαμβάνουν λιγότερο ευαισθητοποιημένη φροντίδα ως αποτέλεσμα της δικής τους δύσκολης ιδιοσυγκρασίας, ανεξάρτητα από το αν η μητέρα τους έχει τη διαταραχή. Από την άλλη

τα βρέφη που έχουν μητέρες με ΔΕΠ-Υ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να λάβουν λιγότερο σταθερή και ευαισθητοποιημένη φροντίδα. Όπως είναι γνωστό από παλαιότερες έρευνες, η κινητικότητα/ενεργητικότητα του βρέφους, σε συνδυασμό με το αρνητικό συναίσθημα και τη δυσκολία διατήρησης της προσοχής, ενδέχεται να συνδέονται με μελλοντική ανάπτυξη συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία. Επιπλέον, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ανικανότητα ορισμένων μητέρων με ΔΕΠ-Υ να ευνοήσουν την ανάπτυξη της αυτορρύθμισης του βρέφους τους, μπορεί να τα θέσει σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για να αναπτύξουν μελλοντικά την ίδια διαταραχή.

Οι Semple και συνεργάτες (2011), τόνισαν ότι πολλές μητέρες με ΔΕΠ-Υ παραμένουν αδιάγνωστες, γεγονός που θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την ανάπτυξη μιας υγιούς και αρμονικής σχέσης μεταξύ μητέρας και βρέφους. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης περιλάμβανε μητέρες χαμηλού κινδύνου. Είναι πιθανό, οι επιδράσεις της διαταραχής να είναι ακόμη σοβαρότερες όταν οι μητέρες προέρχονται από δείγματα υψηλού κινδύνου (χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, έλλειψη ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης κ.α.).

Η παραπάνω έρευνα έδειξε ότι τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής κυρίως, της μητέρας επηρεάζουν από τη βρεφική κιόλας ηλικία, την αλληλεπίδραση με το βρέφος της. Επιπλέον, οι Semple και συνεργάτες (2011), κατέδειξαν ότι πέρα από τη γενετική σχέση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ γονέα και παιδιού, η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει και σε ψυχολογικό επίπεδο την ανάπτυξη του βρέφους και αργότερα του παιδιού. Θεραπευτικές παρεμβάσεις που θα εκπαιδεύσουν τη μητέρα στην ενίσχυση της ευαισθησίας, τη μείωση του αρνητικού συναισθήματος και της παρεμβατικής συμπεριφοράς πρόκειται να φανούν χρήσιμες στη μελέτη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους, όταν η μητέρα έχει ελλειμματική προσοχή με ή χωρίς υπερκινητικότητα (Semple et al., 2011).

4.8 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Ιδιοσυγκρασία του Βρέφους

Ο όρος της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους μελετήθηκε εκτενώς στις έρευνες όπου η μητέρες έπασχαν από κατάθλιψη και διαταραχές άγχους και η σημασία του φαίνεται ακόμα να μην έχει ξεκαθαριστεί πλήρως. Δεν είναι απόλυτα βέβαιο αν ένα “δύσκολο” βρέφος επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας ή αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας κάνουν ένα βρέφος “δύσκολο”.

Ο ρόλος του παράγοντα της ιδιοσυγκρασίας μελετήθηκε εκτενώς και σε μία έρευνα στην οποία επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η σχέση της ιδιοσυγκρασίας με την πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές Auerbach, Berger, Atzavaba-Poria, Arbelle, Cypin, Friedman και Landau (2008) από το Ισραήλ, μελέτησαν διαχρονικά βρέφη που βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ, συλλέγοντας πληροφορίες από τους γονείς τους στα δύο πρώτα χρόνια ζωής.

Οι ερευνητές βασίστηκαν στις απόψεις κάποιων ερευνητών, ότι ορισμένες πτυχές της ιδιοσυγκρασίας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, η ρύθμιση του ελέγχου και των απαγορεύσεων, σχετίζονται άμεσα με τη συγκέντρωση και ρύθμιση της προσοχής. Όσον αφορά την υπερκινητικότητα, αυτή αφορά ένα στοιχείο της ιδιοσυγκρασίας το οποίο ονομάζεται “επίπεδο δραστηριότητας” και για την Rothbart (1989) αποτελεί καθοριστικό χαρακτηριστικό για τη ΔΕΠ-Υ. Από τους πρώτους κιάλας μήνες ζωής μπορεί να εμφανιστούν ατομικές διαφορές στο επίπεδο δραστηριότητας των βρεφών. Σύμφωνα

με τους Auerbach και συνεργάτες (2008), ένα άλλο χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας που έχει συσχετισθεί από ορισμένους ερευνητές με τη ΔΕΠ-Υ, είναι ο θυμός. Παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίστηκαν σε κάποιες μελέτες από τις μητέρες τους ως γκρινιάρικα και φασαριόζικα βρέφη που έκλαιγαν πολύ. Επίσης, οι ερευνητές προτού ξεκινήσουν την έρευνα τους επεσήμαναν ότι: α) οι γονείς τείνουν να βαθμολογούν διαφορετικά τα βρέφη τους στις κλίμακες ιδιοσυγκρασίας, με τις μητέρες να αξιολογούν τα βρέφη τους με βάση την ανατροφή, ενώ οι πατέρες με βάση το παιχνίδι και β) η ΔΕΠ-Υ έχει ισχυρή κληρονομική βάση (Auerbach et al., 2008).

Οι συμμετέχοντες ήταν 58 αγόρια, 36 από τα οποία ήταν βρέφη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ μελλοντικά, ενώ 22 βρέφη αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Στην έρευνα συμμετείχαν επίσης 56 μητέρες και 57 πατέρες. Οι συμμετέχοντες μιλούσαν εβραϊκά και ήταν είτε ντόπιοι Ισραηλίτες, είτε μετανάστες. Οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την ιδιοσυγκρασία όταν το βρέφος ήταν 7, 12 και 25 μηνών. Οι ερευνητές προσέγγισαν τους γονείς μετά τη γέννηση του βρέφους στο μαιευτήριο και τους ενημέρωσαν σχετικά με την έρευνα. Σε όσους πατέρες δέχθηκαν, τους δόθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο προκειμένου να διερευνηθεί αν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Οι πατέρες έπρεπε να είχαν τουλάχιστον 7 συμπτώματα προκειμένου να επιλεγθούν για την έρευνα, ενώ οι πατέρες από την ομάδα ελέγχου έπρεπε να έχουν από τρία συμπτώματα και κάτω προκειμένου να επιλεγθούν. Δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά την ηλικία, τη μόρφωση των γονέων και τον αριθμό των παιδιών που είχαν. Επίσης δεν υπήρχαν διαφορές στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις μητέρες που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για τη ΔΕΠ-Υ στις δύο ομάδες.

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε στους 7 και 12 μήνες το «Ερωτηματολόγιο Ιδιοσυγκρασίας Βρέφους-IBQ», το οποίο βασίζεται στον ορισμό

που έδωσε για την ιδιοσυγκρασία η Rothbart (1998). Οι γονείς έπρεπε να δηλώσουν σε κλίμακα 7 επιπέδων τη συχνότητα εμφάνισης κάποιων συμπεριφορών του βρέφους τους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Το εργαλείο αυτό αξιολογούσε: α) το επίπεδο δραστηριότητας, β) τη δυσφορία στις απαγορεύσεις (θυμό), γ) τη δυσφορία σε νέα ερεθίσματα (φόβος), δ) τη διάρκεια προσανατολισμού (ενδιαφέρον), ε) το γέλιο και το χαμόγελο (ευχαρίστηση), στ) την ικανότητα ηρεμίας και δύο ακόμα διαστάσεις από την αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου το 1998, ζ) την αλλαγή της προσοχής και η) την αντιληπτική ευαισθησία. Επιπλέον, για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας στους 25 μήνες, χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Νηπίων-TBAQ», το οποίο περιλάμβανε 120 στοιχεία που μελετούν: α) το επίπεδο δραστηριότητας, β) το θυμό, γ) την κατάλληλη επικέντρωση της προσοχής, δ) τον έλεγχο των παρορμήσεων, ε) το ενδιαφέρον/επιμονή, στ) το φόβο για αντικείμενα, η) την αντιληπτική ευαισθησία, ζ) την ευχαρίστηση, ι) τη λύπη, κ) την κοινωνική φοβία και λ) την ικανότητα ηρεμίας. Η διάσταση του ‘έλεγχου της προσοχής’, η οποία ενδιέφερε τους ερευνητές αποτελούταν από: α) την κατάλληλη επικέντρωση της προσοχής, β) τον έλεγχο των παρορμήσεων και γ) το ενδιαφέρον. Οι γονείς έπρεπε να αξιολογήσουν τις αντιδράσεις του νηπίου τους τον τελευταίο μήνα, σε κλίμακα 7 επιπέδων.

Οι γονείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ο καθένας ξεχωριστά, σε κάθε ηλικία. Για επτά από τα 58 παιδιά, συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια μόνο ένας από τους δύο γονείς. Στους 7 μήνες, οι γονείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στο χώρο του εργαστηρίου στο Πανεπιστήμιο Ben-Gurion, ενώ στους 12 και στους 25 μήνες τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στο σπίτι των συμμετεχόντων (Auerbach et al., 2008).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι αναφορικά με το "επίπεδο δραστηριότητας": α) τα παιδιά σε κίνδυνο για την ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ αξιολογήθηκαν ως περισσότερο ενεργητικά, από ότι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, σε όλες τις ηλικίες, β) οι μητέρες επίσης αξιολόγησαν τα ίδια παιδιά περισσότερο ενεργητικά, από ότι οι πατέρες, σε όλες τις ηλικίες, γ) το επίπεδο δραστηριότητας αυξανόταν από τους 7 στους 12 μήνες και από τους 12 στους 25. Σχετικά με την "προσοχή", στους 7 μόνο μήνες, τα παιδιά σε κίνδυνο για την ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ, εμφάνισαν λιγότερες σκόπιμες μετατοπίσεις προσοχής, σε σχέση με τα παιδιά της άλλης ομάδας. Σχετικά με τον "έλεγχο" (κατάλληλη μετατόπιση προσοχής και έλεγχος της παρόρμησης), βρέθηκε ότι τα παιδιά που είχαν υψηλές πιθανότητες να αναπτύξουν ΔΕΠ-Υ είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες γενικά για τον έλεγχο, για την κατάλληλη μετατόπιση προσοχής και για τον έλεγχο της παρόρμησης, σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Στο "συναίσθημα" οι Auerbach και συνεργάτες (2008) βρήκαν ότι, τα παιδιά με προδιάθεση ΔΕΠ-Υ βαθμολογήθηκαν ότι είχαν περισσότερο θυμό στους 12 και 25 μήνες και μάλιστα ο θυμός αυξανόταν με την ηλικία, δηλαδή από τους 7 έως τους 12 μήνες και από τους 12 ως τους 25 μήνες. Η "λύπη" που αξιολογήθηκε στους 25 μόνο μήνες, ήταν σε υψηλότερα επίπεδα στα παιδιά με πιθανότητα για ανάπτυξη ΔΕΠ-Υ, παρά στα παιδιά εκτός κινδύνου. Ενδιαφέροντα ήταν και τα αποτελέσματα για το "φόβο", αφού οι πατέρες της ομάδας ελέγχου βαθμολόγησαν τα παιδιά τους ως λιγότερο φοβισμένα στους 7 και στους 12 μήνες, από ότι οι πατέρες της ομάδας με επικινδυνότητα για ΔΕΠ-Υ. Ο φόβος αυξανόταν γενικά και για τις δύο ομάδες από τους 7-12 μήνες και μειωνόταν από τους 12 ως τους 25 μήνες. Για την διάσταση της "ευχαρίστησης" και της "αντιληπτικής ευαισθησίας" διαφορές βρέθηκαν μόνο αναφορικά με την ηλικία. Η ευχαρίστηση ήταν υψηλότερη στους 7 παρά στους 25

μήνες. Η αντιληπτική ευαισθησία αυξανόταν από τους 7-12 μήνες και μειωνόταν από τους 12-25 μήνες.

Συμπερασματικά επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις των ερευνητών ότι αρκετές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας σχετίζονται με κάποιο τρόπο με την εκδήλωση ΔΕΠ-Υ των βρεφών αργότερα. Τα παιδιά με προδιάθεση για ΔΕΠ-Υ στην έρευνα των Auerbach και συνεργατών (2008), είχαν υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας και θυμού, περισσότερες δυσκολίες στη συγκέντρωση προσοχής, στον έλεγχο των παρορμήσεων και γενικά στον έλεγχο, σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Ειδικά για το επίπεδο δραστηριότητας, τα παιδιά με προδιάθεση ΔΕΠ-Υ είχαν υψηλότερα επίπεδα σε όλες τις ηλικίες. Άρα οι διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας που αφορούν την αυτορρύθμιση και την αντιδραστικότητα, σχετίζονται με τον κίνδυνο για την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ. Διαφορές ανάμεσα στις πληροφορίες των μητέρων και των πατέρων βρέθηκαν μόνο όσον αφορά το επίπεδο δραστηριότητας, καθώς οι μητέρες έβλεπαν τα βρέφη τους περισσότερο ενεργητικά από ότι οι πατέρες.

Σε γενικές γραμμές, η παραπάνω έρευνα αποτελεί μία από τις λίγες μελέτες που επιχειρήσαν να ρίξουν φως στον τρόπο που η ΔΕΠ-Υ αναπτύσσεται από τη βρεφική ηλικία.

5. Μεθοδολογία της έρευνας

5.1 Σημαντικότητα και πρωτοτυπία της έρευνας

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας κατέδειξε την ιδιαίτερη σημασία της αρμονικής και συγχρονισμένης αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας και βρέφους. Πληθώρα μελετών έδειξε πως οι μητέρες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή

διαταραχής άγχους, δυσκολεύονται να ανταποκριθούν έγκαιρα και κατάλληλα στα καλέσματα του βρέφους τους. Οι μητέρες στην τελευταία περίπτωση εμφανίζονται περισσότερο ανυπόμονες, βιαστικές και μεταπηδούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, ενώ δυσκολεύονται να δώσουν προσοχή σε λεπτομέρειες που αφορούν τη συμπεριφορά του βρέφους. Ως αποτέλεσμα, δυσχεραίνεται η επικοινωνία και ο «ρυθμικός συγχρονισμός», ο οποίος σύμφωνα με τον Trevarthen (2005), αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της επικοινωνίας μεταξύ μητέρας και βρέφους.

Οι περισσότερες έρευνες που έγιναν ως τώρα μελέτησαν την αλληλεπίδραση αυτή όταν η μητέρα εμφάνιζε συμπτώματα διαταραχής άγχους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Οι μελέτες που διερευνούν την επίδραση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των γονέων όσον αφορά το γονεϊκό τους ρόλο, αλλά και οι μελέτες που ερευνούν την επίδραση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας στο βρέφος της είναι ελάχιστες. Μάλιστα η επίδραση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας στη δυαδική επικοινωνία και αλληλεπίδραση δεν έχει μελετηθεί εκτενώς σε σχέση με τη διωποκειμενική θεωρία. Τέλος, ο ρόλος της ιδιοσυγκρασίας που περιλαμβάνει αρκετές διαστάσεις που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ παραμένει ακόμη ανεξερεύνητος.

Λαμβάνοντας υπόψιν την κληρονομική φύση της ΔΕΠ-Υ, η μελέτη της επιρροής των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ της μητέρας προς το βρέφος της θεωρείται σημαντικότερη για την μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού (ψυχική, γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική). Με τη μελέτη λοιπόν αυτή θα διασαφηνιστούν περαιτέρω οι αναπτυξιακοί παράγοντες που οδηγούν στο να αποκτήσει μελλοντικά το παιδί ΔΕΠ-Υ και άλλες συνοδές διαταραχές. Επιπλέον, η έρευνα πάνω στο ζήτημα της κληρονομικότητας της διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε αποφυγή της εκδήλωσης της διαταραχής μακροπρόθεσμα από το παιδί. Τέλος, η μελέτη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους

όταν η μητέρα παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μπορεί να οδηγήσει υποστηρικτικά στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης και δευτερογενούς πρόληψης.

5.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα πρώτο εγχείρημα, ανάλυσης και περιγραφής του συγχρονισμού μητέρας-βρέφους, όταν η μητέρα εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Στόχος της παρούσας διαχρονικής έρευνας είναι να διερευνήσει τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις βρεφών με τις μητέρες τους που έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε ένα νατουραλιστικό πλαίσιο μέσω της ανάλυσης μεταβλητών χρόνου καθώς και ποιοτικών στοιχείων της αλληλεπίδρασης. Η παρούσα μελέτη θα διερευνήσει την επικοινωνία βρεφών και μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μελετώντας ένα σύνθετο πλαίσιο αλληλεπίδρασης όπου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η ομιλία, η βλεμματική επαφή, οι κινήσεις, οι εκφράσεις, το χιούμορ, τα είδη του παιχνιδιού, η πρωτοβουλία, η ιδιοσυγκρασία και τα είδη συμπεριφοράς.

5.3 Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τα δεδομένα προηγούμενων ερευνών διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- 1) Η συνολική διάρκεια συγχρονισμού των δυάδων που η μητέρες έχουν ΔΕΠ-Υ θα είναι μικρότερη σε σχέση με τη διάρκεια συγχρονισμού των δυάδων που οι μητέρες δεν έχουν διαγνωστεί με τη διαταραχή αυτή.

- 2) Η συνολική διάρκεια επεισοδίου των δυάδων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα είναι μικρότερη σε σύγκριση με τη συνολική διάρκεια επεισοδίου της ομάδας ελέγχου.
- 3) Η συνολική διάρκεια λανθάνουσας περιόδου, δηλαδή ο χρόνος που απαιτείται για να απαντήσει ο ένας συμμετέχοντας στον άλλο, θα είναι μικρότερος στις δυάδες με ΔΕΠ-Υ, από ότι στις δυάδες που οι μητέρες δεν έχουν ΔΕΠ-Υ. Εξαιτίας της παρορμητικότητας τους, οι μητέρες της κλινικής ομάδας θα δυσκολεύονται πιθανότατα να περιμένουν τη σειρά τους για να απαντήσουν στα καλέσματα του βρέφους τους.
- 4) Η συνολική διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών θα είναι μεγαλύτερη στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, από ότι στις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Το αποτέλεσμα αυτό αναμένεται πάλι εξαιτίας της αδυναμίας ελέγχου των παρορμήσεων των μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.
- 5) Η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας θα είναι πιθανότατα μικρότερη στην κλινική ομάδα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.
- 6) Η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους αναμένεται να είναι μικρότερη στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.
- 7) Όσον αφορά τα είδη συμπεριφορών, οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μαζί με τα βρέφη τους, θα εμφανίζουν λιγότερες «διαδοχές συμπεριφοράς», σε σχέση με τις δυάδες όπου οι μητέρες δεν έχουν ΔΕΠ-Υ.
- 8) Αναμένεται επίσης πως η κλινική ομάδα θα εμφανίζει λιγότερο σύνθετα είδη συμπεριφορών από ότι η ομάδα ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται πως η ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα εμφανίζει λιγότερες μονές και πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικού τύπου από ότι η ομάδα ελέγχου.

- 9) Οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα αξιολογήσουν στους 9 μήνες τα βρέφη τους, ως περισσότερο "δύσκολα", σε σχέση με τις μητέρες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Προβλέπεται δηλαδή ότι τα βρέφη της κλινικής ομάδας θα αξιολογηθούν ως έχοντα "αρνητικό συναίσθημα" και άλλες αρνητικές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας (όπως είναι ο φόβος, τα αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας, το κλάμα κτλ.), σε σχέση με τα βρέφη της ομάδας ελέγχου που αναμένεται να αξιολογηθούν ως έχοντα περισσότερο "θετικό συναίσθημα" και θετικές διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας.
- 10) Οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι λιγότερο πιθανό να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για να εμπλακούν σε μια αλληλεπίδραση, από ότι οι μητέρες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.
- 11) Τα βρέφη των μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι λιγότερο πιθανό να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για να εμπλακούν σε μια αλληλεπίδραση, από ότι τα βρέφη των μητέρων χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.
- 12) Μητέρα και βρέφος θα αναλαμβάνουν πρωτοβουλία μαζί για την έναρξη συμπεριφοράς λιγότερες φορές στην κλινική ομάδα, από ότι στην ομάδα ελέγχου.
- 13) Αναφορικά με τα είδη του παιχνιδιού αναμένεται ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, θα αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στο διαπροσωπικό παιχνίδι, στη σύγκλιση ενδιαφέροντος, στο χιούμορ και στον αλληλοσυντονισμό της προσοχής, σε σχέση με τις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.
- 14) Τέλος, αναμένεται ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο αδιάφορο παιχνίδι και στο παράλληλο παιχνίδι σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Με βάση την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία που μελέτησε μητέρες με άλλες διαταραχές (Kaplan et al., 2008; Manian & Bornstein, 2009; Stein et al., 2012; Murray, 1980; Trevarthen, 1998 κ.α.), αναμένεται πως η διποκειμενική επικοινωνία διαταράσσεται και όταν η μητέρα εμφανίζει Ελλειμματική Προσοχή με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και των βρεφών τους, σε αντιδιαστολή με την ομάδα ελέγχου, στην οποία οι μητέρες δεν εμφάνισαν κανένα σύμπτωμα ΔΕΠ-Υ.

Κεντρικό σημείο αποτελεί η έννοια του «συγχρονισμού» και το κατά πόσο μητέρα και βρέφος συγχρονίζονται όταν η πρώτη εμφανίζει συμπτώματα υπερκινητικότητας η/και Ελλειμματικής Προσοχής. Ως ενδεδειγμένη μέθοδος για μελέτες αυτού του είδους θεωρείται η παρατήρηση της αυθόρμητης συμπεριφοράς μητέρας και βρέφους (Adamson & Frick, 2003; Bakeman & Roger, 1997; Neisworth & Bagnato, 2004; Tronick et al., 1978). Στόχος λοιπόν ήταν, καταρχήν ο εντοπισμός μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στη συνέχεια η διερεύνηση της διποκειμενικής σχέσης των μητέρων αυτών με το βρέφος τους. Επιπλέον, διερευνάται ο παράγοντας της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους, εφόσον φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αλληλεπίδραση αυτή (Kaplan et al., 2008).

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι πραγματοποιήθηκε μικροανάλυση μαγνητοσκοπημένων συμπεριφορών μητέρων-βρεφών. Οι δυάδες παρατηρήθηκαν διαχρονικά σε νατουραλιστικό περιβάλλον αφού μαγνητοσκοπήθηκαν στο χώρο του σπιτιού από τους 2 έως τους 9 μήνες μετά τη γέννηση. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία και η ιδιοσυγκρασία του βρέφους, καθώς και ο τύπος της μητέρας (με ή χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ). Στις εξαρτημένες μεταβλητές

συμπεριλήφθηκαν α) η διάρκεια συγχρονισμού, β) η συνολική διάρκεια του επεισοδίου, γ) η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών, δ) η διάρκεια λανθάνουσας συμπεριφοράς, ε) το είδος συμπεριφοράς που παρατηρείται από τους συμμετέχοντες (κίνηση, ομιλία, κοίταγμα και χιούμορ) και στ) το είδος του παιχνιδιού.

5.5 Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 15 μητέρες μαζί με τα βρέφη τους. Από αυτές, 7 μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ενώ οι υπόλοιπες 8 δεν εμφάνισαν συμπτωματολογία της προαναφερθείσας διαταραχής. Και οι επτά μητέρες της κλινικής ομάδας παρουσίαζαν κυρίως συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής. Αξίζει να τονιστεί πως καμία από τις μητέρες δεν είχε λάβει ποτέ επίσημη διάγνωση για ΔΕΠ-Υ, παρόλο που οι περισσότερες αναγνώριζαν στον εαυτό τους πολλά από τα συμπτώματα της διαταραχής, τόσο στην παιδική ηλικία, όσο και στην ενήλικη τους ζωή. Όλες οι μητέρες είχαν ελληνική υπηκοότητα και ήταν όλες έγγαμες. Όλες οι δυνάδες ανήκαν στον πυρηνικό τύπο οικογένειας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, η πλειοψηφία των μητέρων του συνολικού δείγματος είχε τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τέσσερις μητέρες από την κλινική ομάδα και 6 από την ομάδα ελέγχου ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων συγκριτικά για τις δυο ομάδες ($\chi^2(2)=.670, p=.715$).

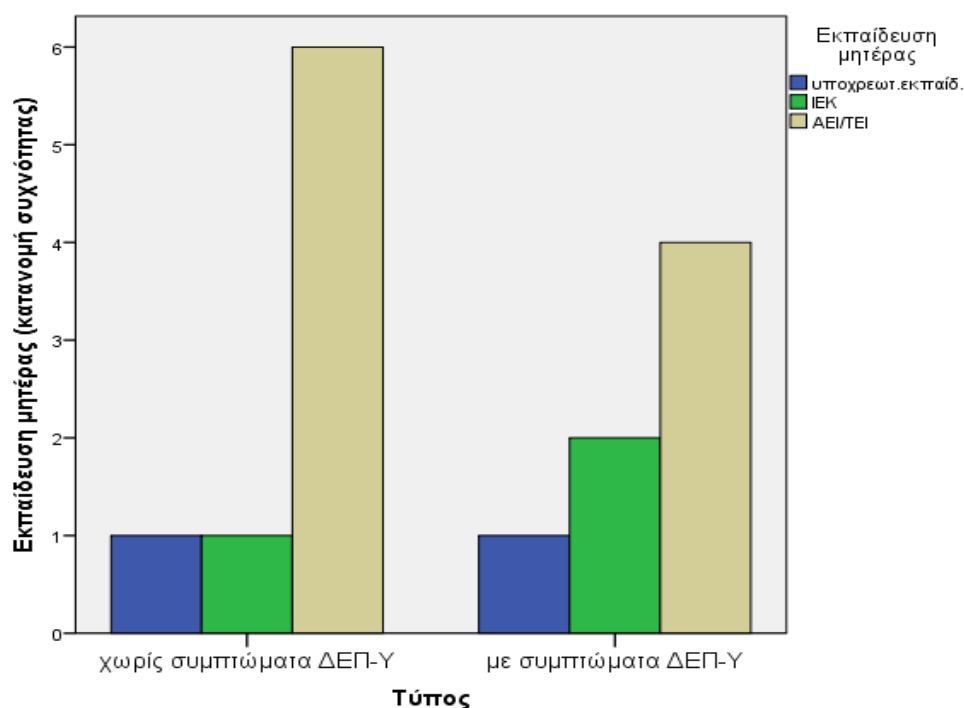
Πίνακας 2

Συχνότητα εμφάνισης μορφωτικού επιπέδου μητέρων

| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | Συχνότητα | | |
|--|------------|-----------|---------------|
| | Σύνολο | ΔΕΠ-Υ | Ομάδα ελέγχου |
| Υποχρεωτική εκπαίδευση | 2 (13,3%) | 1 (14,3%) | 1 (12,5%) |
| Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) | 3 (20%) | 2 (28,6%) | 1 (12,5%) |
| ΑΕΙ ή ΤΕΙ | 10 (66,7%) | 4 (57,1%) | 6 (75%) |

Διάγραμμα 1

Κατανομή συχνότητας για το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ανάμεσα στις δύο ομάδες



Σύμφωνα με τον πίνακα 3, οι περισσότερες μητέρες του συνολικού δείγματος απέκτησαν το πρώτο ή το δεύτερο τους παιδιά και 3 το τρίτο τους παιδιά. Πιο

συγκεκριμένα, στην κλινική ομάδα 1 μητέρα απέκτησε το πρώτο παιδί, 3 μητέρες το δεύτερο και 3 το τρίτο. Τέλος, στην ομάδα ελέγχου 5 μητέρες απέκτησαν το πρώτο παιδί, 3 το δεύτερο και καμία δεν απέκτησε τρίτο παιδί.

Πίνακας 3
Συχνότητα εμφάνισης σειράς γέννησης των μητέρων

| Σειρά γέννησης | Συχνότητα | | |
|----------------|-----------|-----------|---------------|
| | Σύνολο | ΔΕΠ-Υ | Ομάδα ελέγχου |
| Πρωτότοκο | 6 (40%) | 1 (14,3%) | 5 (62,5%) |
| Δευτερότοκο | 6 (40%) | 3 (42,9%) | 3 (37,5%) |
| Υστερότοκο | 3 (20%) | 3 (42,9%) | 0 (0%) |

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4 τα βρέφη της ομάδας ελέγχου είχαν κατά μέσο όρο ηλικία 218 ημέρες.

Πίνακας 4
Ηλικίες των βρεφών της ομάδας ελέγχου στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)

| Ηλικία σε ημέρες | Αριθμός παιδιών | Ποσοστό Συχνότητας |
|------------------|-----------------|--------------------|
| 210 | 2 | 25% |
| 215 | 3 | 37,5% |
| 216 | 2 | 25% |
| 243 | 1 | 12,5% |

Τα βρέφη της κλινικής ομάδας είχαν κατά μέσο όρο ηλικία 226 ημέρες στην αρχή της έρευνας.

Πίνακας 5**Ηλικίες των βρεφών της κλινικής ομάδας στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)**

| Ηλικία σε ημέρες | Αριθμός παιδιών | Ποσοστό |
|-------------------------|------------------------|----------------|
| 213 | 1 | 14,3% |
| 214 | 1 | 14,3% |
| 215 | 1 | 14,3% |
| 216 | 1 | 14,3% |
| 240 | 1 | 14,3% |
| 241 | 1 | 14,3% |
| 245 | 1 | 14,3% |

Όλα τα βρέφη είχαν κατά μέσο όρο ηλικία 222 ημέρες στην αρχή της έρευνας.

Πίνακας 6**Ηλικίες όλων των βρεφών συνολικά στην αρχή της έρευνας (2 μήνες)**

| Ηλικία σε ημέρες | Αριθμός παιδιών | Ποσοστό |
|-------------------------|------------------------|----------------|
| 210 | 2 | 13,3 |
| 213 | 1 | 6,7 |
| 214 | 1 | 6,7 |
| 215 | 4 | 26,7 |
| 216 | 3 | 20,0 |
| 240 | 1 | 6,7 |
| 241 | 1 | 6,7 |
| 243 | 1 | 6,7 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 245 | 1 | 6,7 |
|-----|---|-----|

Από το συνολικό δείγμα τα δύο ήταν κορίτσια και τα υπόλοιπα 13 αγόρια. Τα κορίτσια ανήκαν στην ομάδα ελέγχου, ενώ η ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ περιλάμβανε μόνο αγόρια. Όλα τα βρέφη γεννήθηκαν σε δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές της Ρόδου. Κανένα από αυτά δεν αντιμετώπισε σοβαρό ιατρικό πρόβλημα μετά τη γέννηση.

Η ηλικία των μητέρων της κλινικής ομάδας κυμαινόταν από 27-38 έτη (μέσος όρος ηλικίας 32,5 έτη), ενώ της ομάδας ελέγχου από 26-41 (μέσος όρος ηλικίας 31,8 έτη). Ο μέσος όρος ηλικίας όλων των μητέρων ήταν τα 32,1 έτη.

Πίνακας 7

Ηλικίες των μητέρων των δύο ομάδων στους 2 μήνες

| ΑΑ | Ηλικία (έτη) | Ηλικία (έτη) |
|-----------|-------------------------|-------------------------|
| | ΔΕΠ-Υ | ΤΑ |
| 1 | 33 | 30 |
| 2 | 38 | 34 |
| 3 | 30 | 29 |
| 4 | 35 | 30 |
| 5 | 27 | 31 |
| 6 | 33 | 33 |
| 7 | 32 | 41 |
| 8 | | 26 |

5.6 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

5.6.1 Ανίχνευση μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ

Καθώς στόχος της παρούσας έρευνας ήταν ο εντοπισμός μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ήταν επιτακτική η ανάγκη να βρεθεί το κατάλληλο εργαλείο για την ανίχνευση των συμπτωμάτων αυτών και για τον διαχωρισμό τους από την ομάδα ελέγχου.

Ως κύρια εργαλεία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες χρησιμοποιούνται αρκετά ψυχομετρικά εργαλεία. Από αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα η Conners Adult ADHD- Διαγνωστική Συνέντευξη του Conners, για τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες- "CAADID" και η Diagnostic Interview for ADHD in Adults- Διαγνωστική Συνέντευξη για τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες -"DIVA 2.0". Ως εργαλείο αυτοαναφοράς χρησιμοποιείται η Adult ADHD Self-Report Rating Scale- Κλίμακα αυτοαξιολόγησης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ "ASRS", του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία έχει όμως ανιχνευτικό χαρακτήρα και όχι διαγνωστικό. Άλλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι, η Brown ADD Scale Diagnostic Form-Διαγνωστική Κλίμακα Ελλειμματικής Προσοχής Brown "BADDS", η οποία αξιολογεί μόνο συμπεριφορές που άπτονται της επιτελικής λειτουργικότητας και της απροσεξίας, η Conners Adult ADHD Rating Scale- Κλίμακα αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ των ενηλίκων-"CAARS" που βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR και έχει διαφορετικές εκδοχές για το άτομο που πιθανόν να έχει τη διαταραχή και τα άτομα του περιβάλλοντος του και η Wender Utah Rating Scale-Κλίμακα αξιολόγησης της Utah-"WURS", η οποία περιλαμβάνει συμπτώματα και άλλων διαταραχών που συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ (Pehlivanidis, Spyropoulou, Galanopoulos, Papachristou & Papadimitriou, 2012).

Από τα παραπάνω εργαλεία επιλέχθηκαν η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης ASRS και η Διαγνωστική Συνέντευξη DIVA, καθώς είναι σταθμισμένα σε πολλές γλώσσες και έχουν υψηλά ποσοστά εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

5.6.2 Η «Κλίμακα Αυτο-αξιολόγησης Ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ» (Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist-ASRS-V1.1)

Ως ανιχνευτικό εργαλείο για τον αρχικό εντοπισμό των μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, χορηγήθηκε η Κλίμακα ASRS. Η κλίμακα αυτή δόθηκε στις μητέρες στην αρχή της έρευνας, όταν εκείνες βρίσκονταν ακόμη στο μαιευτήριο και είχαν μόλις γεννήσει.

Η Κλίμακα ASRS, κατασκευάστηκε το 2005 από ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Ν. Υόρκης και του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ (Kessler, Adler, Gruber, Sarawate, Spencer και Van Brunt, 2007), υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization-WHO).

Το εργαλείο αυτό παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα. Είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο χωρίς περιορισμούς, ο χρόνος χορήγησης του είναι πολύ σύντομος (5 λεπτά) και παρουσιάζει υψηλό βαθμό αξιοπιστίας (Cronbach's alpha 0.88). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την εκτίμηση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, αλλά δεν είναι ακόμη σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο η χρήση της κρίθηκε αναγκαία προκειμένου να γίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα μια πρώτη εκτίμηση των συμμετεχόντων στη βάση της σύγκρισης. Για το σκοπό αυτό έγινε μετάφραση από τον ερευνητή από τα αγγλικά στα ελληνικά και από τα ελληνικά στα αγγλικά.

Η «Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ», αποτελείται από 18 ερωτήσεις, που βασίζονται στα κριτήρια του DSM-IV για την ΔΕΠ-Υ και χωρίζεται σε 2 μέρη. Το πρώτο μέρος (Α) αποτελείται από 6 ερωτήσεις που ανιχνεύουν την ελλειμματική προσοχή, ενώ το δεύτερο μέρος (Β) αποτελείται από 12 ερωτήσεις, που εντοπίζουν τα συμπτώματα της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας. Οι απαντήσεις είναι διαβαθμισμένες σε πενταβάθμια Κλίμακα Likert (0=ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά, 4=πολύ συχνά), προκειμένου να σημειωθεί ο βαθμός εμφάνισης κάθε συμπεριφοράς. Οι μητέρες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, είτε μόνες τους, είτε με τη βοήθεια του ερευνητή. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βαθμολογήθηκαν, είτε ως θετικές, είτε ως αρνητικές. Στις θετικές αξιολογήσεις περιλαμβάνονταν απαντήσεις που έλαβαν βαθμολόγηση 3 ή 4 (‘‘συχνά’’ ή ‘‘πολύ συχνά’’). Στις αρνητικές περιλαμβάνονταν οι απαντήσεις που έλαβαν βαθμολόγηση 0 και 1 (‘‘ποτέ’’ ή ‘‘σπάνια’’). Η απάντηση ‘‘μερικές φορές’’ είχε άλλοτε θετικό και άλλοτε αρνητικό χαρακτήρα. Τέσσερις ή παραπάνω βαθμοί με 3 ή 4 στο Α μέρος, έδειχναν πως η μητέρα εμφάνιζε συχνά ή πολύ συχνά, 4 από τα 6 συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής, άρα εμφάνιζε συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής. Αν η μητέρα απαντούσε σε πάνω από τις μισές ερωτήσεις στο Β μέρος «θετικά», είχε και συμπτώματα υπερκινητικότητας. Για τη διευκόλυνση του ερευνητή πάνω στο ερωτηματολόγιο οι θετικές απαντήσεις είναι σημειωμένες με έντονο χρώμα.

5.6.1.2 Η «Διαγνωστική Συνέντευξη της ΔΕΠ-Υ για ενήλικες» (Diagnostic Interview for ADHD in Adults -DIVA 2.0)

Επειδή η κλίμακα ASRS δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο της ΔΕΠ-Υ αλλά περισσότερο ανιχνεύει την ύπαρξη συμπτωμάτων της διαταραχής, χρησιμοποιήθηκε

επιπρόσθετα η διαγνωστική συνέντευξη DIVA. Η συνέντευξη αυτή πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή λίγες μέρες μετά το μαιευτήριο, όταν οι μητέρες επέστρεψαν στο σπίτι..

Η ημιδομημένη συνέντευξη DIVA δημιουργήθηκε αρχικά το 2010 στην Ολλανδία από τους Kooij και Francken. Από έρευνες στην Ισπανία και τη Σουηδία (Petterson , Söderström & Nilsson, 2015. Ramos-Quiroga et al., 2016), προκύπτει ότι η διαγνωστική συνέντευξη DIVA 2.0, είναι αποτελεσματική στο διαχωρισμό ατόμων με ή χωρίς ΔΕΠ-Υ (δείκτης αξιοπιστίας >90%) (Kooij, Boonstra et al., 2008). Ο παραπάνω οδηγός συνέντευξης έχει σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, ωστόσο η στάθμιση στα ελληνικά βρίσκεται σε εξέλιξη από τον ψυχίατρο κ. Αρτέμιο Πεχλιβανίδη. Για τις ανάγκες τις έρευνας πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τον κ Πεχλιβανίδη και χρησιμοποιήθηκε μια πρώτη μεταφρασμένη έκδοση της συνέντευξης.

5.6.1.2.1 Τρόπος Βαθμολόγησης

Στο πρώτο φύλο της συνέντευξης συμπληρώνονται από τον ερευνητή τα δημογραφικά στοιχεία του εξεταζόμενου. Το πρώτο μέρος (A1) περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που σχετίζονται με τα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής σύμφωνα με το κριτήριο A1 του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Στο δεύτερο μέρος (A2) περιλαμβάνονται 9 ερωτήσεις που σχετίζονται με τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, σύμφωνα με το κριτήριο A2 του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Το τρίτο μέρος της συνέντευξης περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις σύμφωνα με τα κριτήρια Β,Γ,Δ και Ε του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, όσον αφορά το κριτήριο Β του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ, αξιολογείται η ύπαρξη μερικών συμπτωμάτων υπερκινητικότητας ή Ελλειμματικής Προσοχής πριν την ηλικία των 7 ετών. Για το κριτήριο Γ αξιολογείται η ύπαρξη των συμπτωμάτων της διαταραχής σε τουλάχιστον

δύο πλαίσια (σχολείο, δουλειά, σπίτι). Για το κριτήριο Δ αξιολογείται το αν τα συμπτώματα της διαταραχής προκάλεσαν σημαντική επιρροή στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή εργασιακή λειτουργικότητα. Τέλος το κριτήριο Ε αξιολογεί το αν τα συμπτώματα οφείλονται σε άλλη διαταραχή, εξετάζει δηλαδή την πιθανότητα συννοσηρότητας (American Psychiatric Association,2000).

Σε κάθε μέρος (1^ο, 2^ο και 3^ο), ο ερευνητής αξιολογεί την παρουσία συμπτωμάτων, τόσο στην ενήλικη ζωή (στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών), όσο και στην παιδική ηλικία (από 5-12 ετών). Οι συμμετέχοντες απαντούν πρώτα στις ερωτήσεις που σχετίζονται με την ενήλικη ζωή και κατόπιν σε αυτές που αφορούν την παιδική ηλικία. Ο ερευνητής πρέπει να σημειώνει σε κάθε ερώτηση αν τα συμπτώματα που περιγράφει ο εξεταζόμενος είναι παρόντα σε διάφορες περιστάσεις. Η βαθμολόγηση της ύπαρξης ενός συμπτώματος ανήκει στην κρίση του ερευνητή, ο οποίος καλείται να αξιολογήσει τη σοβαρότητα του. Οι πληροφορίες στη συνέντευξη DIVA μπορούν να αποκτηθούν και από άλλα στενά μέλη της οικογένειας ως συμπληρωματικές. Επίσης, ιατρικά αρχεία ή πληροφορίες από σημαντικούς άλλους μπορεί να βοηθήσουν καλύτερα στην αξιολόγηση.

Η συνέντευξη διαρκεί περίπου 1 με 1,5 ώρες. Στο τέλος της συνέντευξης ο ερευνητής συμπληρώνει τη φόρμα αξιολόγησης, προκειμένου να βαθμολογήσει κάθε κριτήριο ξεχωριστά. Τόσο για το πρώτο μέρος, όσο και για το δεύτερο μέρος, θα πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον 6 συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής ή/και υπερκινητικότητας προκειμένου να γίνει διάγνωση. Για τα υπόλοιπα κριτήρια ο ερευνητής καλείται να αξιολογήσει με ΝΑΙ ή ΟΧΙ α) αν υπάρχουν σημάδια χρόνιας ύπαρξης συμπτωμάτων και ελλείψεων (κριτήριο Β), β) αν τα συμπτώματα και οι αδυναμίες είναι έκδηλα σε τουλάχιστον δύο τομείς λειτουργικότητας (στην ενήλικη ζωή και στην παιδική ηλικία, κριτήριο Γ και Δ) και γ) αν τα συμπτώματα δε μπορούν

να εξηγηθούν καλύτερα από την ύπαρξη άλλης διαταραχής (κριτήριο E). Στη συνέχεια, συμπληρώνεται αν οι πληροφορίες δόθηκαν μόνο από τον εξεταζόμενο ή και από σημαντικούς άλλους. Στο τέλος, γίνεται η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με βάση τους τρεις υπο-τύπους, τη Συνδυασμένη παρουσία, την Προεξάρχουσα απρόσεκτη παρουσία και την Προεξάρχουσα υπερκινητική/παρορμητική παρουσία (DSM-5, 2013).

Στην παρούσα έρευνα, οι πληροφορίες αποκτήθηκαν μόνο από τις μητέρες. Και οι επτά μητέρες που ανιχνεύτηκαν από την Κλίμακα ASRS, διαγνώστηκαν με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ από τη συνέντευξη DIVA, η οποία βασίζεται επίσης στα κριτήρια του DSM-IV με βάση τα οποία γίνεται η διάγνωση της διαταραχής. Καμία από τις υπόλοιπες οκτώ μητέρες δεν διαγνώστηκαν με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ από τη DIVA

5.6.3 Το «Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους» (Infant Behavior Questionnaire-IBQ-R short form)

Το Infant Behavior Questionnaire IBQ-R short form-Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους-‘‘IBQ-R’’, δόθηκε σε όλες τις μητέρες μετά το πέρας της έρευνας, όταν τα βρέφη ήταν δηλαδή 9 μηνών, προκειμένου να αξιολογήσουν την ιδιοσυγκρασία και τη συμπεριφορά του βρέφους τους.

Το IBQ-R, κατασκευάστηκε το 1981 από τη Mary Rothbart στο Πανεπιστήμιο Όρεγκον των Η.Π.Α. (Rothbart, 1998) και είναι ένα από τα πιο ευρέως διαδεδομένα εργαλεία που βασίζονται στην αυτοπαρατήρηση του βρέφους από τους γονείς. Το 2003 δημοσιεύτηκε από τις Garstein και Rothbart (2003), η αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου IBQ-R, το οποίο σχεδιάστηκε για να αξιολογεί την ιδιοσυγκρασία βρεφών από 3-12 μηνών. Στην αρχή του ερωτηματολογίου ζητούνται δημογραφικά

στοιχεία. Το IBQ-R αποτελείται από 91 ερωτήσεις και αξιολογεί τις ακόλουθες 14 διαστάσεις ιδιοσυγκρασίας του βρέφους.

- 1) **το επίπεδο δραστηριότητας:** η αδρή κινητικότητα, η κίνηση χεριών και ποδιών, το στριφογύρισμα και γενικά η κινητικότητα του βρέφους. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 33R, 34, 35, 39, 54,55 και 70.
- 2) **τη δυσφορία στους περιορισμούς:** η γκρίνια, το κλάμα, η δυσφορία, α) όταν βρίσκεται σε μέρος ή θέση που το περιορίζουν, β) όταν πρόκειται για δραστηριότητες που αφορούν τη φροντίδα, γ) όταν δεν μπορεί να κάνει μια δραστηριότητα που επιθυμεί. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 2, 3R, 21, 52, 53 και 62.
- 3) **τον φόβο:** το ξάφνιασμα ή η δυσφορία του βρέφους σε ξαφνικές αλλαγές που αφορούν τη διέγερση, καινούρια φυσικά αντικείμενα ή κοινωνικά ερεθίσματα. Συγκρατημένη προσέγγιση νέων καταστάσεων. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 22, 76, 77, 78, 87 και 89.
- 4) **το γέλιο και το χαμόγελο:** σε καταστάσεις φροντίδας και παιχνιδιού. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9, 11, 12, 40, 42, 43 και 65.
- 5) **την ικανότητα ηρεμίας:** η μείωση της αναστάτωσης του κλάματος ή της δυσφορίας, όταν το κύριο πρόσωπο φροντίδας χρησιμοποιεί τεχνικές για να το ηρεμήσει. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 81, 82R , 83, 84 R, 85, 86 R και 91 R.

- 6) τη διάρκεια προσανατολισμού:** η προσοχή του βρέφους και/ή η αλληλεπίδραση του με ένα αντικείμενο για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 5, 6, 7, 8, 10 και 25.
- 7) την υψηλή ευχαρίστηση:** ο βαθμός ευχαρίστησης που σχετίζεται με την υψηλή ένταση της διέγερσης, το ποσοστό, την πολυπλοκότητα, την καινοτομία και τη δυσαρμονία. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 16, 44, 45, 46, 47, 48 και 49.
- 8) τη χαμηλή ευχαρίστηση:** ο βαθμός ευχαρίστησης που σχετίζεται με τη χαμηλή ένταση της διέγερσης, το ποσοστό, την πολυπλοκότητα, την καινοτομία και τη δυσαρμονία. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 13, 14, 15, 17, 18, 19 και 67.
- 9) τη μειωμένη αντιδραστικότητα/ το βαθμό αντιμετώπισης της δυσφορίας:** βαθμός επιστροφής από το μέγιστο άκρο της δυσφορίας, ο ενθουσιασμός ή η γενική ζωντάνια, η ευκολία να πέσει για ύπνο. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 36, 37R, 38, 63, 71 και 72R.
- 10) το βαθμό απόλαυσης της τρυφερότητας:** η έκφραση χαράς του βρέφους και η θετική χειραγώγηση του σώματος του από το κράτημα της μητέρας. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 61R, 50R, 51,59, 60R 7και 3R.
- 11) την αντιληπτική ευαισθησία:** ο βαθμός αντίληψης μικρών, χαμηλής ευαισθησίας ερεθισμάτων από το εξωτερικό περιβάλλον. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 20, 27, 28, 29, 30 και 31.
- 12) τη λύπη:** γενική άσχημη διάθεση και δραστηριότητα που σχετίζεται με προσωπική ταλαιπωρία, φυσική κατάσταση, απώλεια αντικειμένου ή

ανικανότητα να πραγματοποιήσει επιθυμητή ενέργεια. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 64, 74, 75, 32, 79 και 80.

13) την προσέγγιση: γρήγορη προσέγγιση, ενθουσιασμός και θετική προσμονή ευχάριστων δραστηριοτήτων. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 23, 24, 68, 69, 88 και 90.

14) τη φωνητική αντιδραστικότητα: ποσότητα φωνοποιήσεων του βρέφους που εμφανίζονται στη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων. Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 26, 41, 56, 57, 58 και 66.

Ο γονέας καλείται να βαθμολογήσει τη συχνότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς του βρέφους κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, κυκλώνοντας τον αριθμό που ταιριάζει. Η βαθμολογία γίνεται σε οκταβάθμια κλίμακα Likert (0-7), όπου η απάντηση "Ποτέ" βαθμολογείται με 1 και η απάντηση "Πάντα" με 7. Η απάντηση "Δεν ισχύει" παίρνει 0 και δείχνει πως η συμπεριφορά δεν παρατηρήθηκε στο διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Το "Δεν ισχύει" (0) είναι διαφορετικό από το "Ποτέ" (1). Το "Ποτέ" χρησιμοποιείται σε περίπτωση που το βρέφος βρέθηκε στη συγκεκριμένη κατάσταση αλλά δεν παρουσίασε τη συμπεριφορά που περιγράφεται κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδα. Για παράδειγμα, εάν το βρέφος χρειάστηκε να περιμένει για φαγητό/ποτό τουλάχιστον μία φορά χωρίς όμως να κλάψει δυνατά, τότε η μητέρα κυκλώνει το (1). Οι αριθμοί λοιπόν αυτοί δείχνουν τη συχνότητα κατά την οποία παρατηρήθηκε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά την τελευταία εβδομάδα

Η βαθμολογία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου γίνεται με τη βοήθεια ενός οδηγού, που περιγράφει αναλυτικά τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε κάθε κλίμακα και τους βαθμούς που παίρνουν.

Οι ερωτήσεις που έχουν το γράμμα R παίρνουν αντίθετη βαθμολογία. Αν παραδείγματος χάρι ο γονέας απάντησε επτά (δηλαδή πολύ συχνά) σε μια ερώτηση, τότε το επτά θα γίνει ένα. Αν απάντησε έξι θα γίνει δύο, αν απάντησε πέντε γίνεται τρία, το τέσσερα παραμένει τέσσερα, το τρία γίνεται πέντε, το δύο γίνεται έξι και το ένα γίνεται επτά.

Όταν μια ερώτηση δεν απαντηθεί ή “δεν ισχύει” δε λαμβάνει καμία βαθμολογία και παίρνει 0. Η βαθμολογία γίνεται αθροιστικά σε κάθε επιμέρους κλίμακα και έπειτα υπολογίζεται ο μέσος όρος του βαθμού αυτού. Δεν υπάρχουν νόρμες για σύγκριση των αποτελεσμάτων, ωστόσο υπάρχουν σε διαθεσιμότητα διάφορες έρευνες οι οποίες περιγράφουν ποιες τιμές είναι χαμηλές, φυσιολογικές ή υψηλές. Στο τέλος υπολογίζονται 3 μεγάλες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας:

- 1) το θετικό συναίσθημα: προκύπτει από τις βαθμολογίες του γέλιου/χαμόγελου, του επιπέδου δραστηριότητας, της αντιληπτικής ευαισθησίας, της προσέγγισης, της φωνητικής αντίδρασης και της μεγάλης ευχαρίστησης.
- 2) το αρνητικό συναίσθημα: προκύπτει από τα άθροισμα των βαθμολογιών της λύπης, της αντίδρασης στους περιορισμούς, του φόβου και της επαναφοράς από τη δυσφορία και
- 3) ο προσανατολισμός/η αυτορρύθμιση: προκύπτει από το άθροισμα της μικρής ευχαρίστησης, της τρυφερότητας, της διάρκειας προσανατολισμού και της ικανότητας ηρεμίας.

Ανάλογα με τη βαθμολογία που θα λάβει κάθε παιδί σε κάθε κατηγορία, μπορούμε να διαπιστωθεί αν ένα βρέφος έχει «δύσκολη» ή «εύκολη» ιδιοσυγκρασία και να γίνουν συγκρίσεις.

Το εργαλείο αυτό επιλέχθηκε για πολλούς λόγους. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε επειδή είναι εύκολα διαθέσιμο και μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα από τις Αραμπατζή και Ζαχαράκη (2000). Επιπλέον, πρόκειται για ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο. Σε έρευνα των Parade και Leerkes (2009), διαπιστώθηκε η εσωτερική αξιοπιστία για τις 14 κλίμακες του IBQ-R, μητέρων αλλά και πατέρων που είχαν βρέφη 6 μηνών. Επίσης υπήρξε υψηλή συμφωνία μεταξύ των βαθμολογητών όσον αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν οι γονείς σε 11 από τις 14 κλίμακες. Επιπλέον, οι Gartstein and Rothbart (2003) βρήκαν πως η εσωτερική συνέπεια για τις κλίμακες ανέρχεται .71 ως .90 (μέσος όρος = .81) και πως η εσωτερική συνέπεια των βαθμολογητών ανέρχεται από .06 ως .75 (μέσος όρος $r = .42$).

Πίνακας 8

Χρονοδιάγραμμα χορήγησης όλων των ψυχομετρικών εργαλείων της έρευνας

| ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ | ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ | ΣΤΟΧΟΣ |
|--|--|---|
| «Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ» (Adult ADHD self-report scale symptom checklist-ASRS-V1.1) | 3-4 μέρες μετά τον τοκετό (στο μαιευτήριο) | Ανίχνευση μητέρων με συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ. |
| «Διαγνωστική συνέντευξη της ΔΕΠ-Υ για ενήλικες» (Diagnostic Interview for ADHD in Adults -DIVA 2.0) | 2 μήνες μετά τον τοκετό (στο σπίτι) | Διάγνωση και περαιτέρω διερεύνηση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στις μητέρες που ανιχνεύθηκαν από την «Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ». |
| «Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους» | 9 μήνες μετά τον τοκετό (στο σπίτι) | Διερεύνηση της ιδιοσυγκρασίας των βρεφών, συμπλήρωση |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| (Infant Behavior Questionnaire-IBQ-R short form) | | ερωτηματολογίου από τις μητέρες. |
|--|--|----------------------------------|

5.7 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από μαιευτικές κλινικές, καθώς και από ιδιώτες μαιευτήρες ιατρούς μεγάλου αστικού κέντρου. Στην ερευνητρια παραχωρήθηκε από τους αρμόδιους των μαιευτικών κλινικών, γραπτή άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι εξήντα επτά γυναίκες που επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία, είχαν γεννήσει πρόσφατα και ελάχιστες επρόκειτο να γεννήσουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Σε όλες τις συμμετέχουσες εξηγήθηκε αρχικά πως θα γίνουν ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν τις ίδιες και το πώς αισθάνονται/αν το τελευταίο διάστημα της εγκυμοσύνης. Για λόγους δεοντολογίας τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Αρχικά, σε κάθε συμμετέχουσα, δόθηκε η «Κλίμακα αυτοαξιολόγησης ASRS» για τον εντοπισμό πιθανής συμπτωματολογίας ΔΕΠ-Υ. Εξήντα επτά μητέρες (N= 67) απάντησαν στην «Κλίμακα αυτοαξιολόγησης ASRS». Από αυτές 20 μητέρες ανιχνεύθηκαν από την παραπάνω κλίμακα ως έχουσες συμπτώματα Υπερκινητικότητας και Ελλειμματικής Προσοχής.

Ένα περίπου μήνα μετά, ο ερευνητής επικοινωνήσε τηλεφωνικά με τις μητέρες και τις ενημέρωσε σχετικά με τη δεύτερη φάση της έρευνας, στην οποία ήταν απαραίτητη και οι συμμετοχή των βρεφών τους. Εξηγήθηκαν οι σκοποί της έρευνας και τη διαδικασία που θα έπρεπε να ακολουθήσουν οι μητέρες μαζί με τα βρέφη τους. Από τις 67 μητέρες, μόνο 16 δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μαζί με τα βρέφη τους. Από τις 16 μητέρες, 1 δεν μπόρεσε να συνεχίσει στην έρευνα, εξαιτίας αλλαγής

μόνιμης κατοικίας. Οι υπόλοιπες 51 αρνήθηκαν να συνεχίσουν, είτε γιατί είχαν και άλλα παιδιά, οπότε ήταν πολύ απασχολημένες, είτε γιατί δε δέχθηκαν να τις επισκεφθεί ο ερευνητής στο σπίτι τους. Δεκαπέντε (N= 15) λοιπόν μητέρες συνολικά δέχθηκαν να συνεχίσουν στην έρευνα μαζί με τα βρέφη τους. Επτά (N=7) από αυτές, είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, ενώ οι υπόλοιπες οκτώ δεν εμφάνισαν παρόμοια συμπτώματα σύμφωνα με την κλίμακα αυτοαξιολόγησης.

Σε συνεργασία με τον ερευνητή προγραμματίστηκαν οι συναντήσεις στο σπίτι των συμμετεχόντων, ανά 2 περίπου μήνες. Ο ερευνητής επισκέφθηκε για πρώτη φορά το σπίτι των μητέρων 2 μήνες μετά τον τοκετό. Όλες οι μητέρες που δέχθηκαν να συνεχίσουν, υπέγραψαν συγκατάθεση, ότι δέχονται να συμμετάσχουν στα επόμενα στάδια της έρευνας. Στις μητέρες αυτές διεξήχθη αρχικά, η «Διαγνωστική Συνέντευξη DIVA», προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή όχι η ύπαρξη συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή. Η διαπίστωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των επτά μητέρων από την «Κλίμακα αυτοαξιολόγησης ASRS», επιβεβαιώθηκε και από τη «Διαγνωστική Συνέντευξη DIVA».

Τα βρέφη μαγνητοσκοπήθηκαν στους 2, στους 4, στους 6 και στους 9 μήνες. Στη μητέρα είχαν δοθεί οδηγίες να έχει ταΐσει, κοιμίσει και καθαρίσει το μωρό, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ξεκούραστο και ζωνρό την ώρα της αλληλεπίδρασης. Η βιντεοκάμερα τοποθετήθηκε σε τρίποδο για μεγαλύτερη σταθερότητα, απέναντι από τους συμμετέχοντες, ώστε να είναι ευδιάκριτα τα πρόσωπα και οι αντιδράσεις τους. Ο ερευνητής, παρότρυνε τη μητέρα να παίξει με το μωρό της όπως θα έκανε συνήθως. Οι δυάδες μαγνητοσκοπήθηκαν στη φάση αυτή, όταν το μωρό ήταν 2 μηνών, για δέκα λεπτά, όταν το βρέφος ήταν 4 μηνών η μαγνητοσκόπηση διήρκεσε 15 λεπτά, στην ηλικία των 6 μηνών οι δυάδες μαγνητοσκοπήθηκαν για είκοσι λεπτά και τέλος στην ηλικία των 9 μηνών, η μαγνητοσκόπηση διήρκεσε τριάντα λεπτά.

Η επιλογή της μαγνητοσκόπησης ανά δύο μήνες, έγινε προκειμένου να παρατηρηθούν οι μεταβολές στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους με βάση τις αλλαγές που παρατηρούνται γνωστικά, σωματικά και ψυχολογικά όσο το βρέφος αναπτύσσεται και κατακτά νέες δεξιότητες και ικανότητες. Οι μαγνητοσκοπήσεις πραγματοποιήθηκαν σε άνετους και φωτεινούς χώρους, καθώς τα σπίτια όλων των συμμετεχόντων ήταν ευρύχωρα και μεγάλα.

Σε κάθε ηλικία, ο ερευνητής επέλεξε να κάνει δύο λήψεις στη διάρκεια μιας εβδομάδας, προκειμένου να συλλεχθούν επαρκή δεδομένα. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 135 βιντεοσκοπήσεις (63 στις μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και 72 στις μητέρες χωρίς συμπτώματα).

Πίνακας 9
Διάρκεια των μαγνητοσκοπήσεων σε κάθε ηλικία

| Ηλικία | Διάρκεια Μαγνητοσκόπησης | Λήψεις |
|---------------|---------------------------------|---|
| 2 μηνών | 10 λεπτά | 2 μέσα στο διάστημα της ίδιας εβδομάδας |
| 4 μηνών | 15 λεπτά | 2 μέσα στο διάστημα της ίδιας εβδομάδας |
| 6 μηνών | 20 λεπτά | 2 μέσα στο διάστημα της ίδιας εβδομάδας |
| 9 μηνών | 30 λεπτά | 2 μέσα στο διάστημα της ίδιας εβδομάδας |

Πίνακας 10**Ηλικίες των βρεφών στη διάρκεια της μαγνητοσκόπησης κάθε μήνα**

| ΠΑΙΔΙ | | 2 μήνες | 4 μήνες | 6 μήνες | 9 μήνες |
|-------|-------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | ΤΑ | 7 εβδομάδες και 5 μέρες | 16 εβδομάδες | 24 εβδομάδες | 32 εβδομάδες |
| 2. | ΤΑ | 8 εβδομάδες και 3 μέρες | 15 εβδομάδες και 4 μέρες | 24 εβδομάδες και 4 μέρες | 32 εβδομάδες και 3 μέρες |
| 3. | ΤΑ | 7 εβδομάδες και 5 μέρες | 16 εβδομάδες | 24 εβδομάδες | 32 εβδομάδες και 4 μέρες |
| 4. | ΤΑ | 7 εβδομάδες και 6 μέρες | 16 εβδομάδες | 23 εβδομάδες και 6 μέρες | 32 εβδομάδες και 1 ημέρα |
| 5. | ΤΑ | 7 εβδομάδες και 5 μέρες | 16 εβδομάδες και 2 μέρες | 24 εβδομάδες και 3 μέρες | 32 εβδομάδες και 2 μέρες |
| 6. | ΔΕΠ-Υ | 8 εβδομάδες | 16 εβδομάδες | 24 βδομάδες | 32 εβδομάδες |
| 7. | ΔΕΠ-Υ | 7 εβδομάδες και 5 μέρες | 16 εβδομάδες και 1 μέρα | 24 εβδομάδες και 2 μέρες | 32 εβδομάδες και 5 μέρες |
| 8. | ΔΕΠ-Υ | 7 εβδομάδες και 3 μέρες | 16 εβδομάδες | 23 εβδομάδες και 5 μέρες | 32 εβδομάδες και 2 μέρες |
| 9. | ΔΕΠ-Υ | 7 εβδομάδες και 6 μέρες | 16 εβδομάδες και 3 μέρες | 23 εβδομάδες και 6 μέρες | 31 εβδομάδες και 5 μέρες |
| 10. | ΔΕΠ-Υ | 7 εβδομάδες και 4 μέρες | 15 εβδομάδες και 5 μέρες | 24 εβδομάδες και 6 μέρες | 31 εβδομάδες και 4 μέρες |
| 11. | ΤΑ | 7 εβδομάδες | 16 εβδομάδες και 5 μέρες | 24 εβδομάδες και 5 μέρες | 31 εβδομάδες και 5 μέρες |
| 12. | ΤΑ | 7 εβδομάδες | 15 εβδομάδες και 6 μέρες | 23 εβδομάδες και 5 μέρες | 32 εβδομάδες και 6 μέρες |
| 13. | ΤΑ | 7 εβδομάδες και 6 μέρες | 16 εβδομάδες και 1 μέρα | 23 εβδομάδες και 6 μέρες | 32 εβδομάδες |
| 14. | ΔΕΠ-Υ | 8 εβδομάδες και 1 ημέρα | 16 εβδομάδες και 3 μέρες | 24 εβδομάδες | 31 εβδομάδες και 6 μέρες |
| 15. | ΔΕΠ-Υ | 8 εβδομάδες και 5 μέρες | 15 εβδομάδες και 1 μέρα | 23 εβδομάδες και 6 μέρες | 32 εβδομάδες |

Μετά το τέλος των βιντεοσκοπήσεων, όταν το βρέφος ήταν 9 μηνών, δόθηκε σε κάθε μητέρα το «Ερωτηματολόγιο Ιδιοσυγκρασίας του βρέφους-IBQ-R short», προκειμένου να αξιολογηθεί η ιδιοσυγκρασία του βρέφους τους. Όλες οι μητέρες ακολούθησαν πιστά τις οδηγίες του ερευνητή και ήταν εξαιρετικά συνεργάσιμες. Η ερευνήτρια στηριζόμενη στο σύστημα κωδικοποίησης που δημιουργήθηκε προέβη στη συνέχεια σε κωδικοποίηση των συμπεριφορών που μαγνητοσκοπήσε με τις διαδικασίες που αναλύονται παρακάτω.

5.8 Ανάλυση Δεδομένων

Κάθε μαγνητοσκόπηση αναλύθηκε με τη βοήθεια του ειδικού ψηφιακού προγράμματος ELAN, προσφέροντας τη δυνατότητα στον ερευνητή, να ελέγξει τη χρονική αλληλουχία των συμπεριφορών μητέρας-βρέφους, καθώς και την ύπαρξη ή μη του συγχρονισμού τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα επιλέχθηκε, καθώς είναι διαθέσιμο εργαλείο για την κωδικοποίηση συμπεριφορών (χρονική διάρκεια και είδος συμπεριφοράς) και την εξαγωγή δεδομένων. Δημιουργήθηκε το 2000 από ειδικούς του Ινστιτούτου Ψυχολογίας Max Planck στην Ολλανδία και χρησιμοποιείται για την επεξεργασία δεδομένων (Brugman & Russel, 2004).

Από τις δεκάλεπτες λήψεις, αναλύθηκαν στο ψηφιακό πρόγραμμα τα 5 μεσαία λεπτά (2 μηνών), από τις δεκαπεντάλεπτες τα 7 μεσαία λεπτά (4 μηνών), από τις εικοσάλεπτες μαγνητοσκοπήσεις τα 10 μεσαία λεπτά (6 μηνών) και από τις τριαντάλεπτες τα 15 μεσαία λεπτά (9 μηνών). Η επιλογή των μεσαίων λεπτών έγινε για να αποφευχθούν επιδράσεις προσαρμογής στα πρώτα λεπτά και κόπωσης στα τελευταία.

Πίνακας 11

Χρονικό διάστημα που αναλύθηκε από τις μαγνητοσκοπήσεις σε κάθε ηλικία

| Ηλικία | Μαγνητοσκόπηση | Κωδικοποίηση |
|---------|----------------|--------------|
| 2 μηνών | 10 λεπτά | 5 λεπτά |
| 4 μηνών | 15 λεπτά | 7 λεπτά |
| 6 μηνών | 20 λεπτά | 10 λεπτά |
| 9 μηνών | 30 λεπτά | 15 λεπτά |

5.8.1 Κωδικοποίηση

Για την μελέτη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους με βάση τη θεωρία της διυποκειμενικότητας, δημιουργήθηκε μετά τη συλλογή των δεδομένων ένα σύστημα κωδικοποίησης, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το βρέφος. Στόχος του παραπάνω συστήματος ήταν, να οριστούν οι συμπεριφορές που μπορούν να θεωρηθούν ως «συγχρονισμός» μεταξύ της μητέρας και του βρέφους της.

Το σύστημα κωδικοποίησης βασίστηκε σε ήδη υπάρχουσες συναφείς έρευνες (Laing et al., 2006) και περιλαμβάνει τέσσερις μεγάλες ομάδες συμπεριφορών: την κίνηση, την ομιλία και το βλέμμα. Ερμηνεύοντας τις προηγούμενες συμπεριφορές κωδικοποιήθηκε και το χιούμορ της μητέρας και του βρέφους ξεχωριστά.

Οι κατηγορίες δηλαδή, δημιουργήθηκαν ώστε να αποτυπώνουν, αν συνδυαστούν και μετρηθούν, τις συμπεριφορές που εκφράζουν τον «συγχρονισμό» μητέρας-βρέφους. Κάθε κατηγορία αφορούσε συμπεριφορές προσανατολισμένες, τόσο προς τον άλλο συμμετέχοντα, όσο και σε αντικείμενα.

Καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε, οι κατηγορίες να είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες.

Το σύστημα κωδικοποίησης που δημιουργήθηκε, εισήχθη στο ψηφιακό πρόγραμμα και κατόπιν ο ερευνητής, εντόπιζε τη συμπεριφορά που εμφανίζεται κάθε στιγμή καθώς και τη χρονική διάρκεια αυτής, τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος. Από την κωδικοποίηση των συμπεριφορών με το παραπάνω πρόγραμμα, προέκυψε ειδικό ψηφιακό αρχείο με βάση το οποίο αποτυπώθηκε η διάρκεια κάθε συμπεριφοράς, καθώς και το είδος της συμπεριφοράς η οποία εμφανιζόταν κάθε φορά. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα να εντοπιστεί πότε κάποιος θεωρείται ο εκκινητής μιας συμπεριφοράς και πότε αυτός που τερματίζει ένα επεισόδιο συγχρονισμού.

5.8.2 Ορισμοί και Κριτήρια Συγχρονισμού

- **Επεισόδιο:** το χρονικό διάστημα από την αρχή έως το τέλος της μαγνητοσκόπησης που κωδικοποιήθηκε σε κάθε ηλικία (π.χ. τα 15 λεπτά που κωδικοποιήθηκαν από τις μαγνητοσκοπήσεις των 4 μηνών). Ξεκινά με το συμμετέχοντα που αρχίζει πρώτος να ενεργεί και τελειώνει με το συμμετέχοντα που δρα τελευταίος. Υπολογίστηκε η συνολική διάρκεια των επεισοδίων για κάθε ηλικία. Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη του επεισοδίου είναι ένας από τους δύο συμμετέχοντες να ξεκινήσει μια συμπεριφορά και ο άλλος να αντιδράσει σε λιγότερο από 3 δευτερόλεπτα. Το χρονικό διάστημα αυτό επιλέχθηκε με βάση τις έρευνες του Fraisse (1982) για το τέμπο και τον ρυθμό μεταξύ δύο αλληλοεπιδρώντων ατόμων. Συμπεριφορές μικρότερης διάρκειας

των 500 χιλιοστών του δευτερολέπτου θεωρήθηκαν ασήμαντες και δεν κωδικοποιήθηκαν.

- **Συγχρονισμός:** ο συγχρονισμός αποτελεί μέρος του επεισοδίου. Είναι το χρονικό διάστημα του επεισοδίου στο οποίο μητέρα και βρέφος ασχολούνται με το ίδιο θέμα. Ξεκινάει όταν και οι δύο συμμετέχοντες αλληλεπιδρούν απασχολούμενοι με το ίδιο θέμα και τελειώνει με το συμμετέχοντα που αλληλεπιδρά τελευταίος. Εάν ένας από τους δύο συμμετέχοντες αλλάξει θέμα ή συμπεριφορά, τότε ο συγχρονισμός τερματίζεται. Συμπεριφορές μικρότερης διάρκειας των 500 χιλιοστών του δευτερολέπτου θεωρήθηκαν ασήμαντες και δεν κωδικοποιήθηκαν. Υπολογίστηκε η συνολική διάρκεια συγχρονισμού για κάθε ηλικία.
- **Αλληλοεπικάλυψη συμπεριφορών:** ονομάστηκε το συνολικό διάστημα στην περίοδο του συγχρονισμού, κατά το οποίο οι συμπεριφορές μητέρας και βρέφους αλληλεπικαλύπτονται. Ενεργούν δηλαδή ταυτόχρονα για το ίδιο θέμα. Υπολογίστηκε ο συνολικός χρόνος αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών για κάθε ηλικία.
- **Λανθάνουσα περίοδος:** η περίοδος εντός του συγχρονισμού στη διάρκεια της οποίας κανένας από τους δύο συμμετέχοντες δεν εμπλέκεται σε καμία συμπεριφορά (περίοδος αδράνειας). Για τη λανθάνουσα περίοδο απαραίτητη προϋπόθεση ήταν πως η μητέρα ή το βρέφος έπρεπε να απαντήσουν σε διάρκεια μικρότερη των 3 δευτερολέπτων. Διαφορετικά το επεισόδιο τερματιζόταν. Υπολογίστηκε η συνολική διάρκεια λανθάνουσας περιόδου για κάθε ηλικία.

- **Διάρκεια Συμπεριφορών Μητέρας:** προέκυψε προσθέτοντας τις διάρκειες κάθε συμπεριφοράς της μητέρας σε κάθε συγχρονισμό. Υπολογίστηκε η συνολική διάρκεια της μητέρας για κάθε ηλικία.
- **Διάρκεια Συμπεριφορών Βρέφους:** υπολογίστηκε ως το άθροισμα της διάρκειας των συμπεριφορών του βρέφους σε κάθε συγχρονισμό και υπολογίστηκε η συνολική διάρκεια βρέφους για κάθε ηλικία ξεχωριστά.

5.8.3 Είδη εναλλαγών σειράς και συμπεριφορών

Κωδικοποίηση έγινε και όσον αφορά τη διαδοχή των συμπεριφορών μέσα στα επεισόδια, δηλαδή τα είδη συμπεριφοράς που διαδέχονταν το ένα το άλλο, όπως επίσης και τον αριθμό των εναλλαγών αυτών, δηλαδή το πόσες φορές έγινε Δράση-Αντίδραση μεταξύ των δύο συμμετεχόντων. Τα είδη εναλλαγών και συμπεριφορών ήταν τα εξής:

- **Απλή Εναλλαγή:** η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση, δηλαδή ο πρώτος συμμετέχοντας δρα και ο άλλος αντιδρά, μία μόνο φορά. Για παράδειγμα, η μητέρα μιλά και το βρέφος παράγει ήχο ή η μητέρα γαργαλάει το βρέφος και το βρέφος γελά. Οι απλές εναλλαγές χωρίστηκαν σε:

α) Απλές Εναλλαγές σε Ίδια Τροπικότητα: η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση όπου ο ένας συμμετέχοντας δρα και ο άλλος απαντά μία μόνο φορά.

Εδώ και οι δύο συμμετέχοντες χρησιμοποιούν το ίδιο είδος συμπεριφορών, για παράδειγμα, η μητέρα μιλά στο βρέφος (ομιλία) και το βρέφος κάνει φωνοποιήσεις (ομιλία).

β) Απλές Εναλλαγές σε Διαφορετική Τροπικότητα: η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση όπου ο ένας συμμετέχοντας δρα και ο άλλος απαντά μία μόνο φορά. Ωστόσο σε αυτή την κατηγορία οι συμπεριφορές είναι διαφορετικές, για παράδειγμα, η μαμά κάνει αστείες γκριμάτσες (χιούμορ) και το βρέφος παράγει χαρούμενους ήχους (ομιλία).

- ο **Πολλαπλές Εναλλαγές**: η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση-Δράση-Αντίδραση. Οι συμμετέχοντες δηλαδή εναλλάσσουν τις συμπεριφορές τους όχι μία, αλλά πολλές φορές. Για παράδειγμα το βρέφος δείχνει ένα αντικείμενο και ως απάντηση η μητέρα φέρνει κοντά το αντικείμενο. Κατόπιν το βρέφος παίζει με το αντικείμενο και περιμένοντας τη σειρά της η μητέρα παίζει επίσης με το αντικείμενο. Οι πολλαπλές εναλλαγές χωρίστηκαν σε:

α) Πολλαπλές Εναλλαγές σε Ίδια Τροπικότητα: η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση-Δράση-Αντίδραση και οι συμμετέχοντες εναλλάσσουν τη συμπεριφορά τους χρησιμοποιώντας το ίδιο είδος συμπεριφορών. Παραδείγματος χάριν, η μητέρα μιλά (ομιλία), το βρέφος κάνει

φωνοποιήσεις (ομιλία), η μητέρα απαντά ξανά με ομιλία (ομιλία) και το βρέφος κάνει βάβισμα (ομιλία).

β) Πολλαπλές Εναλλαγές σε Διαφορετική Τροπικότητα: η αλληλεπίδραση έχει τη μορφή Δράση-Αντίδραση-Δράση-Αντίδραση αλλά εδώ οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν διαφορετικά είδη συμπεριφοράς στις εναλλαγές τους. Για παράδειγμα, η μητέρα γαργαλάει το βρέφος (χιούμορ), το βρέφος κινείται χαρούμενο (κίνηση), η μητέρα το αγγίζει (κίνηση) και στη συνέχεια το βρέφος γελά (ομιλία).

Για τις παραπάνω διαδοχές συμπεριφοράς υπολογίστηκε πόσες φορές εμφανίστηκαν σε κάθε επεισόδιο, απλές εναλλαγές σε ίδια και σε διαφορετική τροπικότητα και πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια και σε διαφορετική τροπικότητα. Αν ένα είδος εναλλαγής δεν εμφανιζόταν έπαιρνε 0 και αν εμφανιζόταν 1. Στο τέλος προστέθηκαν οι συνολικοί αριθμοί της εμφάνισης των εναλλαγών από κάθε επεισόδιο και προέκυψε ένα άθροισμα που έδειχνε πόσες φορές εμφανίστηκε κάθε είδος εναλλαγής σε κάθε ηλικία.

Τα δεδομένα που προέκυψαν από το ψηφιακό πρόγραμμα και τη βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων εισήχθησαν στο SPSS για στατιστική ανάλυση.

5.8.4 Είδη παιχνιδιού

- 1) Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο (indifferent play): οι συμμετέχοντες εμπλέκονται σε διαφορετικές δραστηριότητες ή δεν εμπλέκονται σε καμία δραστηριότητα.

- 2) Παράλληλο παιχνίδι (parallel play): οι συμμετέχοντες παίζουν παράλληλα αλλά με διαφορετικά, μη συσχετιζόμενα παιχνίδια.
- 3) Διαπροσωπικό Παιχνίδι (interpersonal play): οι συμμετέχοντες παίζουν μαζί αλλά χωρίς παιχνίδια.
- 4) Σύγκλιση ενδιαφέροντος (converging play): οι συμμετέχοντες παίζουν με τα ίδια παιχνίδια, αλλά δε μοιράζονται ένα κοινό σκοπό.
- 5) Χιούμορ (humor): οι συμμετέχοντες κάνουν αστεία με σκοπό να προκαλέσουν το γέλιο ή την έκπληξη του άλλου (γαργαλητό, κου-κου-τζα, αλλάζουν τα τραγουδάκια, μεταμφιέζονται κ.α.). Το χιούμορ εμφανίζεται από τον 4^ο μήνα και μετά.
- 6) Αλληλοσυντονισμός της προσοχής (joint attention): μητέρα και βρέφος δρουν συνεργατικά έχοντας ένα κοινό σκοπό ή ένας προσπαθεί να κεντρίσει την προσοχή του άλλου δείχνοντας ή προσφέροντας ένα αντικείμενο αυθόρμητα ή ο ένας προσέχει το αντικείμενο ενδιαφέροντος του άλλου ακολουθώντας το βλέμμα του. Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής εμφανίζεται από τον 6^ο μήνα και μετά.

Πίνακας 12

Συνοπτικός Πίνακας Διαδικασίας Συλλογής Δεδομένων

| Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων |
|---|
| 1) Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας και Δημιουργία Συστήματος Κωδικοποίησης. |
| 2) Χορήγηση «Κλίμακας αυτοαξιολόγησης ASRS»→λίγες μέρες μετά τον τοκετό |
| 3) Χορήγηση «Διαγνωστικής Συνέντευξης DIVA»→ 2 μήνες μετά τον τοκετό |
| 4) Μαγνητοσκοπήσεις→ στους 2,4,6 και 9 μήνες |
| 5) Χορήγηση «Ερωτηματολογίου Ιδιοσυγκρασίας Βρέφους (IBQ)»→ 9 μήνες μετά τον τοκετό |
| 6) Ανάλυση μαγνητοσκοπήσεων με ψηφιακό πρόγραμμα ELAN. |
| 7) Εξαγωγή κωδικοποίησης συμπεριφορών και χρόνων σε excel από το πρόγραμμα ELAN. |
| 8) Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων (ψυχομετρικών εργαλείων και κωδικοποίησης). |

6. Αποτελέσματα

6.1 T τεστ για ανεξάρτητα δείγματα: σύγκριση μεταξύ ομάδων

Προκειμένου να αναζητηθούν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς τις τιμές των μέσων όρων των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα. Παρόλο που το δείγμα είναι μικρό η επιλογή του συγκεκριμένου κριτηρίου έγινε καθώς οι δύο ομάδες είναι ανεξάρτητες, δηλαδή κάθε μετέχοντας

εμφανίζεται μόνο σε μία ομάδα, τα δείγματα έχουν επιλεγεί με τυχαίο τρόπο από τον πληθυσμό από τον οποίο προέρχονται και οι δύο ομάδες προέρχονται από πληθυσμούς με ίσες διασπορές των τιμών της ποσοτικής μεταβλητής. Η επιλογή του συγκεκριμένου κριτηρίου θεωρήθηκε επίσης η καταλληλότερη για λόγους συγκρισιμότητας, όπως επίσης και διότι έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες παρόμοιες έρευνες (Baron-Cohen, 1987; Laing, et al., 2002; Papaeliou & Rescorla, 2011; Papoulidi, Papaeliou & Samartzi, 2017).

6.1.1 Διάρκειες συμπεριφορών των συμμετεχόντων

6.1.1.1 Συνολική διάρκεια συμπεριφορών της μητέρας σε επεισόδιο συντονισμού

Η στατιστική ανάλυση για τα ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη συνολική διάρκεια αλληλεπίδρασης της μητέρας ήταν στατιστικά σημαντική στους 2 μήνες ($t(13)=2.66$ $p=.019$). Οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αλληλεπιδρούσαν για στατιστικά σημαντικά μικρότερο χρονικό διάστημα με τα βρέφη τους, σε σχέση με τις μητέρες χωρίς ΔΕΠ-Υ. Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρουσιάστηκε στους 6 μήνες ($t(13)=2.81$, $p=.019$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ανάμεσα στις δύο ομάδες στους 4 ($t(13)=1.56$, $p=.143$) και στους 9 μήνες ($t(13)=1.53$, $p=.149$).

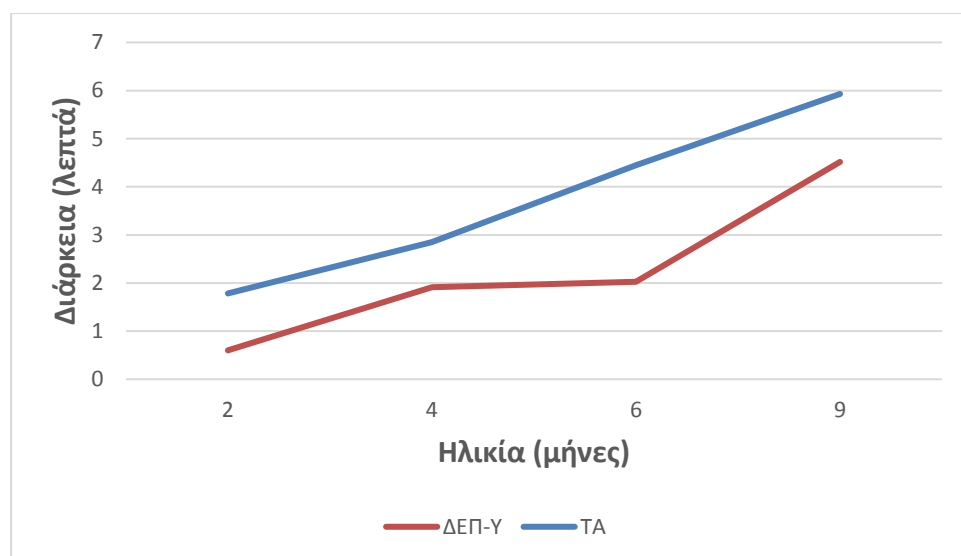
Πίνακας 13 Σύγκριση διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | τ.α | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | τ.α. |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|------------|-----------------------------|-------------|-------------|
|---------------------------|-----------------------------|-------------|------------|-----------------------------|-------------|-------------|

| | ΔΕΠ-Υ | | | | Τ.Α. | |
|---|-------|-------|-------|-----|---------|--------|
| 2 | 0.6 | 36.07 | 35.6 | 1.8 | 107.008 | 61.7 |
| 4 | 1.9 | 114.8 | 75.04 | 2.8 | 170.8 | 64.3 |
| 6 | 2.02 | 121.5 | 114.6 | 4 | 266.9 | 85.2 |
| 9 | 4.5 | 271.0 | 83.2 | 5.9 | 355.7 | 123.09 |

Διάγραμμα 2

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια συμπεριφορών της μητέρας σε επίπεδο συντονισμού



6.1.1.2 Συνολική διάρκεια συμπεριφορών του βρέφους σε επεισόδιο συντονισμού

Όσον αφορά τη διάρκεια συμπεριφοράς των βρεφών δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους 2 μήνες ($t(13)=1.16$, $p=.267$), στους 6 μήνες ($t(6)= -.956$, $p=.376$) και στους 9 μήνες ($t(13)=1.9$, $p=.082$). Στους 4 μήνες και παρόλο που δε

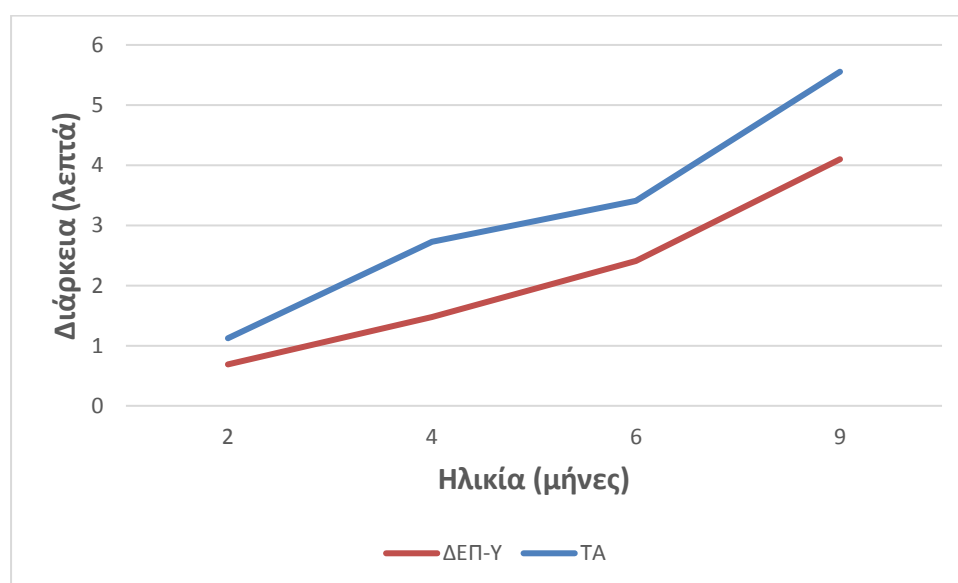
βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα ($t(13)=1.27$, $p=.225$) τα βρέφη των μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αλληλεπιδρούσαν στο μισό περίπου χρονικό διάστημα, σε σχέση με τα βρέφη των μητέρων χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 14 Σύγκριση της διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | τ.α | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | τ.α. |
|----------------|------------------|-------|-------|------------------|-------|--------|
| ΔΕΠ-Υ | | | | Τ.Α. | | |
| 2 | 0.7 | 41.4 | 45.4 | 1.1 | 67.4 | 41.6 |
| 4 | 1.5 | 88.7 | 87.01 | 2.7 | 163.5 | 132.1 |
| 6 | 2.4 | 144.4 | 123.4 | 3.4 | 204.5 | 64.4 |
| 9 | 4.1 | 245.9 | 72.3 | 5.5 | 333.2 | 102.02 |

Διάγραμμα 3

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια του βρέφους σε επίπεδο συντονισμού



6.1.1.3 Συνολική διάρκεια συγχρονισμού μεταξύ των ομάδων

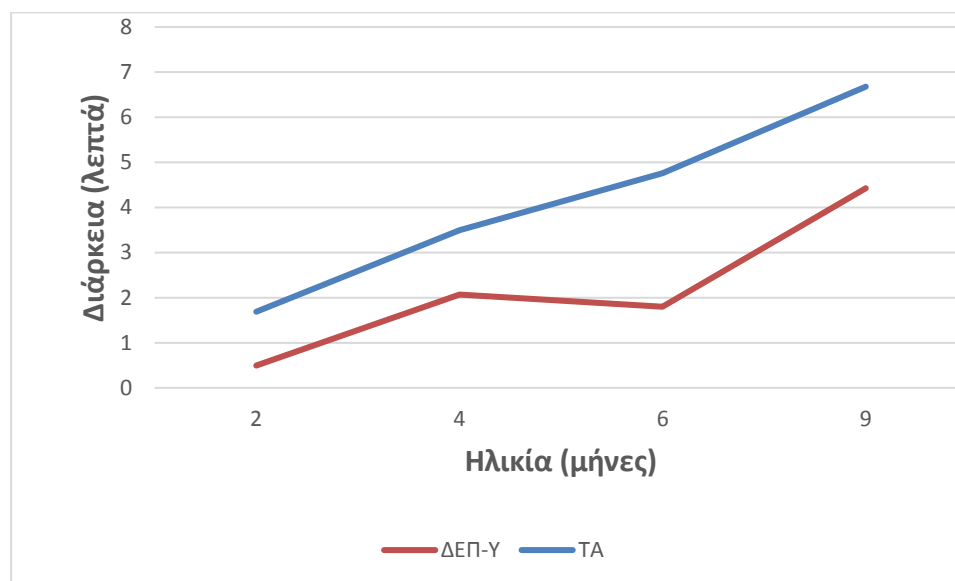
Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν όσον αφορά τη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες ($t(13)=4.53$, $p=.001$). Πιο συγκεκριμένα οι δυάδες με τις μητέρες που είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συγχρονίζονταν σε αυτή την ηλικία για στατιστικά σημαντικά μικρότερο χρόνο, από ότι οι δυάδες όπου οι μητέρες δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ανάμεσα στις δύο ομάδες εντοπίστηκαν και στους 6 μήνες ($t(13)=3.36$, $p=.005$). Πιο αναλυτικά, οι δυάδες με τις μητέρες που είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συγχρονίζονταν για στατιστικά σημαντικά μικρότερο χρόνο, σε σχέση με τις δυάδες όπου οι μητέρες δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους 4 ($t(13)=1.86$, $p=.085$) και στους 9 μήνες ($t(13)=1.9$, $p=.079$).

Πίνακας 15 Σύγκριση διάρκειας συγχρονισμού στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | | |
|-------------------|---------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | | μ.ο. | τ.α | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | τ.α. |
| 2 | 0.5 | 29.7 | 16.9 | 1.7 | 101.2 | 38.5 |
| 4 | 2.06 | 124.1 | 74.01 | 3.5 | 209.2 | 99.7 |
| 6 | 2.6 | 107.7 | 108.7 | 4.7 | 285.3 | 95.8 |
| 9 | 5.3 | 265.5 | 151.4 | 6.6 | 400.6 | 123.4 |

Διάγραμμα 4

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια συγχρονισμού



6.1.1.4 Συνολική Διάρκεια Επεισοδίων μεταξύ των ομάδων

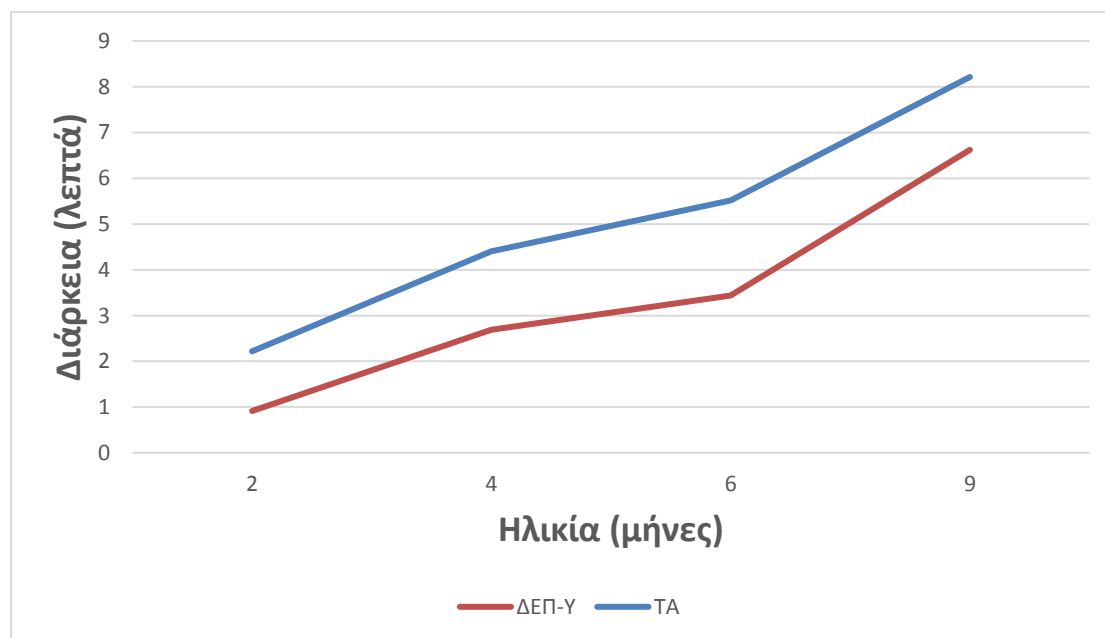
Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων, όσον αφορά τη συνολική διάρκεια του επεισοδίου στους 2 μήνες ($t(13)=2.434, p=.030$). Οι δυάδες στις οποίες οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είχαν περίπου 2.5 φορές μικρότερη διάρκεια επεισοδίου σε σχέση με τις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους 4 μήνες ($t(13)=1.57, p=.141$), στους 6 μήνες ($t(13)=1.99, p=.067$) και στους 9 μήνες ($t(13)=1.31, p=.211$). Σε γενικές γραμμές όμως η ομάδα ελέγχου υπερείχε στη διάρκεια επεισοδίου από την κλινική ομάδα.

Πίνακας 16 Σύγκριση διάρκειας επεισοδίου στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
|-------------------|---------------------|-------|-------|------|-------|
| | | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. |
| 2 | 0.9 | 54.8 | 50.2 | 2.2 | 133.1 |
| 4 | 2.7 | 133.1 | 70.8 | 4.4 | 161.2 |
| 6 | 3.4 | 206.3 | 136.9 | 5.5 | 330.9 |
| 9 | 6.6 | 397.3 | 125.2 | 8.2 | 492.8 |

Διάγραμμα 5

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια επεισοδίων



6.1.1.5 Συνολική διάρκεια Λανθάνουσας Περιόδου μεταξύ των ομάδων

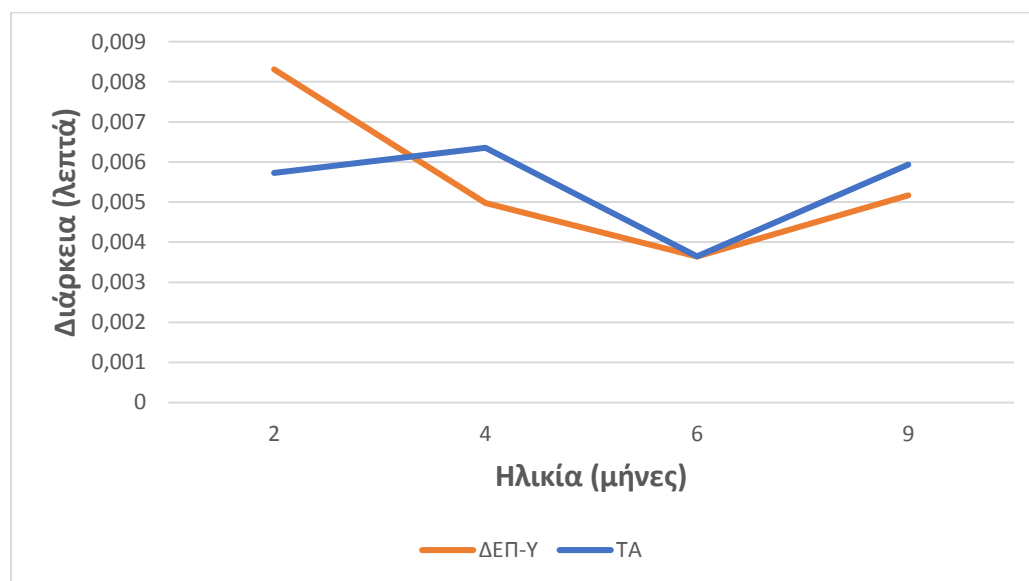
Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στις δύο ομάδες στους 2 μήνες ($t(13) = -.438$, $p = .669$), στους 6 μήνες ($t(13) = 0.004$, $p = .997$) και στους 9 μήνες ($t(13) = .394$, $p = .700$). Στους 4 μήνες παρόλο που δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα ($t(13) = .914$, $p = .378$) οι δυάδες με τις μητέρες που είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είχαν περίπου τρεις φορές μικρότερη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου, σε σχέση με τις δυάδες όπου οι μητέρες δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 17 Σύγκριση διάρκειας λανθάνουσας περιόδου στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | | |
|-------------------|---------------------|-------|------|-------|------|------|
| | | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. | |
| 2 | 0.008 | 0.5 | 0.99 | 0.005 | 0.3 | 0.79 |
| 4 | 0.004 | 0.29 | 0.31 | 0.013 | 0.8 | 1.41 |
| 6 | 0.003 | 0.21 | 0.11 | 0.003 | 0.21 | 0.21 |
| 9 | 0.005 | 0.31 | 0.20 | 0.005 | 0.35 | 0.22 |

Διάγραμμα 6

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου



6.1.1.6 Συνολική διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς μεταξύ των ομάδων

Η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης των συμπεριφορών των δυάδων ήταν στατιστικά σημαντική στους 9 μήνες ($t(13)= 3.257, p=.006$). Οι δυάδες στις οποίες οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, αλληλεπικάλυπταν τις συμπεριφορές τους για στατιστικά σημαντικά μικρότερο χρόνο, σε σχέση με τις δυάδες όπου οι μητέρες δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια της αλληλοεπικάλυψης των συμπεριφορών μητέρας-βρέφους στους 2 μήνες ($t(13)=.224, p=.826$). Παρόλο που δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους 4 μήνες ($t(13)=1.981, p=.069$) οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αλληλεπικάλυπταν τη συμπεριφορά τους για μισό περίπου χρονικό διάστημα, σε σχέση με τις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Τέλος, παρόλο που δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα, στους

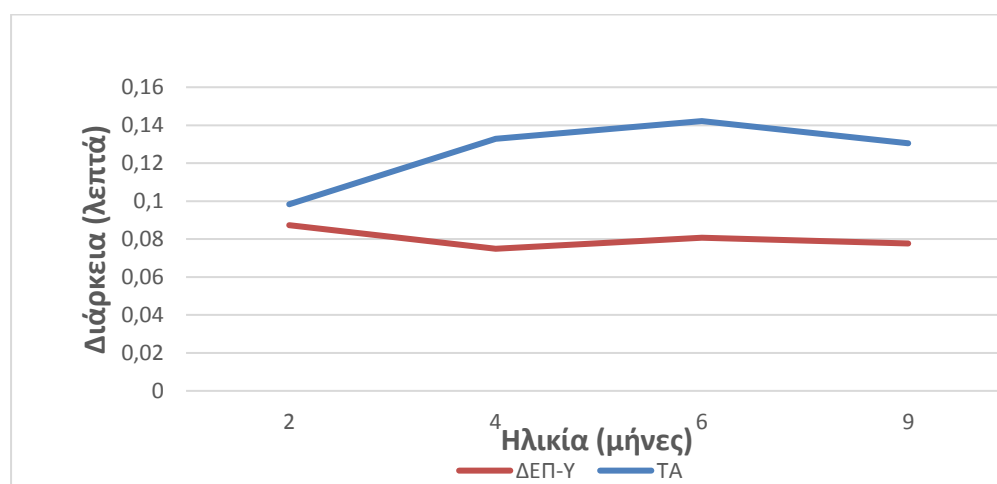
6 μήνες ($t(13)=1.76$, $p=.102$) φαίνεται ότι η διάρκεια αλληλεπικάλυψης συμπεριφορών στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ήταν περίπου η μισή, σε σχέση με τις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Πίνακας 18 Σύγκριση διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | | |
|----------------|------------------|-------|------|------|------|------|
| | | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. | |
| 2 | 0.08 | 5.23 | 7.42 | 0.09 | 5.9 | 3.6 |
| 4 | 0.07 | 4.49 | 3.44 | 0.13 | 7.97 | 3.34 |
| 6 | 0.08 | 4.84 | 5.11 | 0.14 | 8.53 | 2.81 |
| 9 | 0.07 | 4.66 | 1.45 | 0.13 | 7.83 | 2.17 |

Διάγραμμα 7

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης



6.1.2 Είδη συμπεριφορών μητέρας-βρέφους

6.1.2.1 Μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα

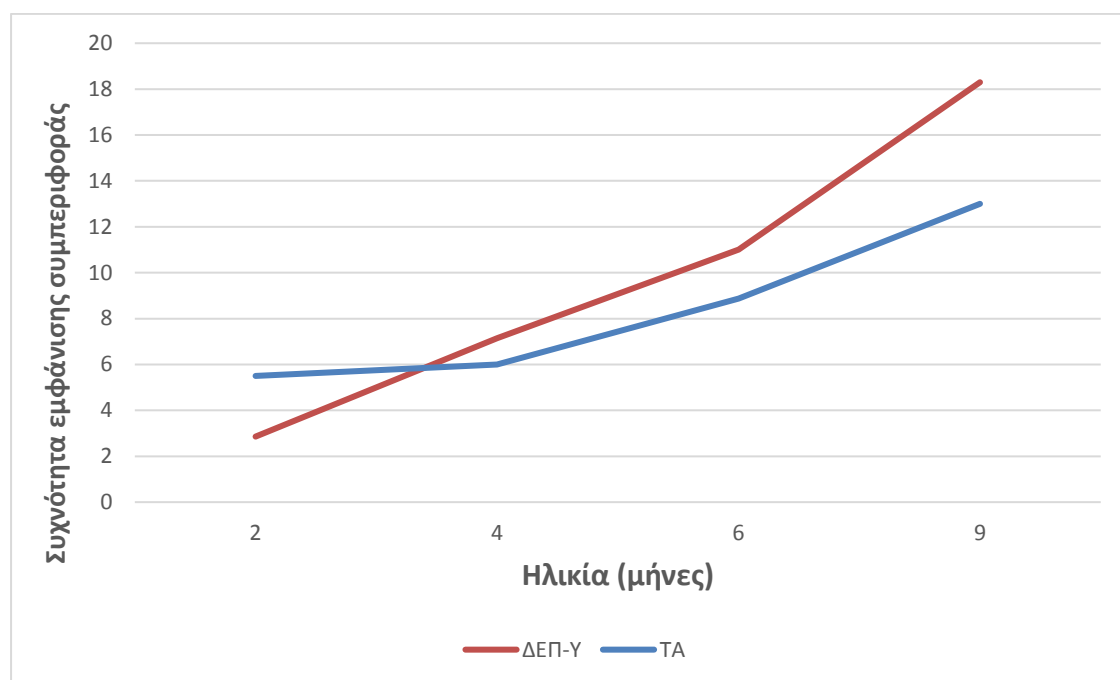
Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου, όσον αφορά τις μονές εναλλαγές ίδιας τροπικότητας στους 2 μήνες ($t(13)=1.66$, $p=.121$), στους 4 μήνες ($t(13)= -0.734$, $p=.474$) στους 6 μήνες ($t(13)=-1.28$, $p=.221$), και στους 9 μήνες ($t(13)= -1.66$, $p=.121$).

Πίνακας 19 Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης μονών εναλλαγών ίδιας τροπικότητας στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
|-------------------|-------|------|-------|------|
| | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
| 2 | 2.85 | 1.67 | 5.5 | 3.9 |
| 4 | 7.14 | 3.07 | 6.00 | 2.9 |
| 6 | 11.00 | 3.6 | 8.9 | 2.9 |
| 9 | 18.3 | 6.8 | 13.00 | 5.6 |

Διάγραμμα 8

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την εμφάνιση των μονών εναλλαγών σε ίδια τροπικότητα



6.1.2.2 Μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις μονές εναλλαγές διαφορετικού τύπου ανάμεσα στις δύο ομάδες στους 2 μήνες ($t(13)=.343$, $p=.738$), στους 4 μήνες ($t(13)=.110$, $p=.914$) ,στους 6 μήνες ($t(13)=.349$, $p=.733$) και στους 9 μήνες ($t(13)= -.025$, $p=.980$).

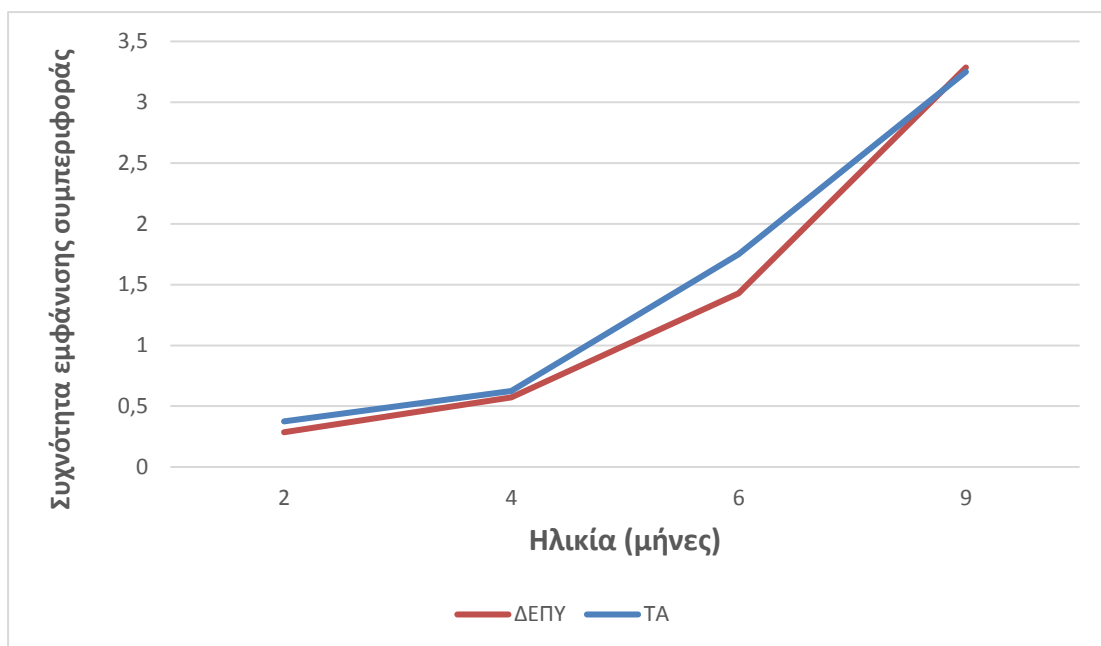
Πίνακας 20 Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης μονών εναλλαγών διαφορετικής τροπικότητας στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. |
|----------------|------|-----|------|------|
|----------------|------|-----|------|------|

| | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
|---|-------|------|------|------|
| 2 | 0.28 | 0.48 | 0.37 | 0.51 |
| 4 | 0.57 | 0.78 | 0.62 | 1.06 |
| 6 | 1.42 | 1.39 | 1.7 | 2.05 |
| 9 | 3.28 | 2.75 | 3.25 | 2.76 |

Διάγραμμα 9

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα



6.1.2.3 Πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα

Όσον αφορά τα είδη συμπεριφορών μεταξύ μητέρας και βρέφους, στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν σχετικά με τις πολλαπλές εναλλαγές ίδιου τύπου στους 2 μήνες ($t(9)=3.085$, $p=.012$). Πιο συγκεκριμένα, οι δυάδες στις οποίες οι μητέρες

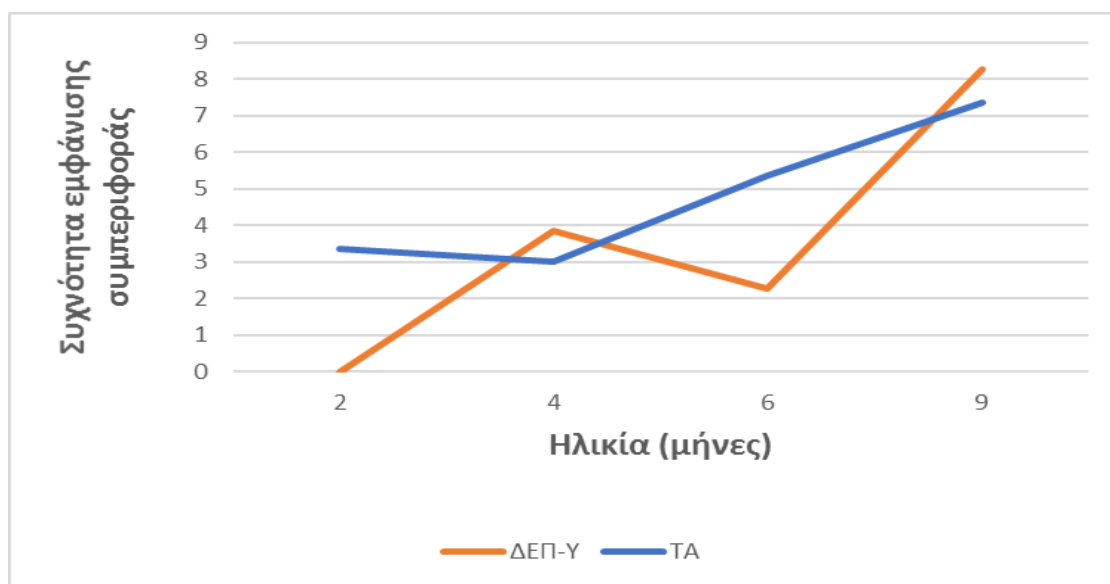
είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιούσαν στατιστικά σημαντικά λιγότερες πολλαπλές εναλλαγές ίδιου τύπου στην ηλικία των 2 μηνών, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για τις πολλαπλές εναλλαγές ίδιου τύπου στους 6 μήνες ($t(13)=2.791$, $p=.015$) με τις δυάδες στις οποίες οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ να χρησιμοποιούν στατιστικά σημαντικά λιγότερες πολλαπλές εναλλαγές ίδιου τύπου, σε σχέση με τις δυάδες στις οποίες οι μητέρες δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 4 ($t(13)= -.301$, $p=.768$) και στους 9 μήνες ($t(13)= -.209$, $p=.838$).

Πίνακας 21 Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης πολλαπλών εναλλαγών ίδιας τροπικότητας στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Συχνότητα | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | | |
|-------------------|-----------|-------|------|-----------|------|------|
| | | μ.ο. | τ.α | Συχνότητα | μ.ο. | τ.α. |
| 2 | 1 | 0.3 | 0.76 | 2.5 | 3.12 | 2.47 |
| 4 | 3.4 | 3.5 | 2.2 | 3.4 | 3.2 | 1.9 |
| 6 | 3 | 2.00 | 1.3 | 4.8 | 5.6 | 3.2 |
| 9 | 8 | 8.1 | 7.1 | 7.6 | 7.5 | 4.7 |

Διάγραμμα 10

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα



6.1.2.4 Πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα

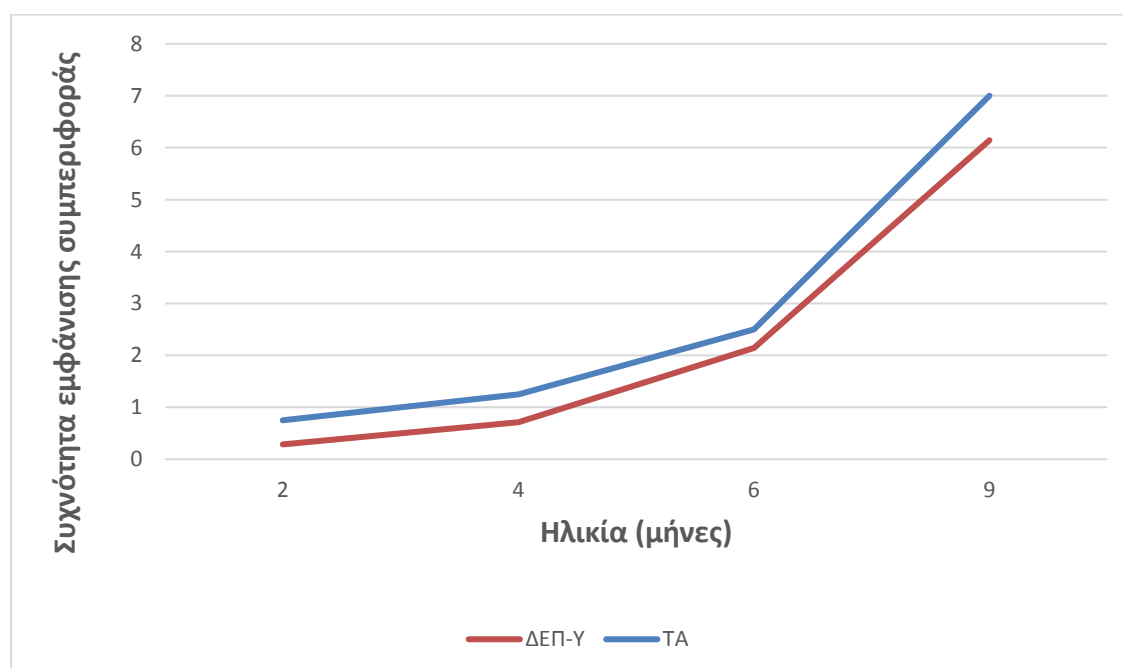
Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στις πολλαπλές εναλλαγές ίδιας τροπικότητας στους 2 μήνες ($t(10)=1.13$, $p=.283$). Ωστόσο, φαίνεται ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούσαν το είδος αυτών των εναλλαγών στο ένα τρίτο των περιπτώσεων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στους 4 μήνες αν και δεν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα ($t(13)=.779$, $p=.450$) οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούσαν περίπου τις μισές εναλλαγές διαφορετικού τύπου, σε σχέση με τις δυάδες που δεν είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου στους 6 μήνες ($t(13)=.207$, $p=.839$) και στους 9 μήνες ($t(13)=.279$, $p=.784$).

Πίνακας 22 Σύγκριση συχνότητας εμφάνισης πολλαπλών εναλλαγών διαφορετικής τροπικότητας στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
|-------------------|-------|------|------|------|
| | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. |
| 2 | 0.28 | 0.48 | 0.75 | 1.03 |
| 4 | 0.71 | 1.11 | 1.25 | 1.49 |
| 6 | 2.1 | 4.37 | 2.5 | 2.07 |
| 9 | 6.1 | 7.3 | 7.00 | 4.37 |

Διάγραμμα 11

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικής τροπικότητας



Πίνακας 23 Διαφορές αριθμού εναλλαγών στις διαφορετικές ομάδες και ηλικίες

| Ηλικία (μήνες) | Μονή – Ίδια τροπικότητα | | Μονή — Διαφορετική τροπικότητα | | Πολλαπλή – Ίδια τροπικότητα | | Πολλαπλή – Διαφορετική τροπικότητα | |
|-------------------|----------------------------|------|--------------------------------------|-----|--------------------------------|------------|--|------------|
| | ΔΕΠ-Υ | ΤΑ | ΔΕΠ-Υ | ΤΑ | ΔΕΠ-Υ | ΤΑ | ΔΕΠ-Υ | ΤΑ |
| 2 | 2.9 | 5.5 | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 3.1 | 0.3 | 0.8 |
| 4 | 7.1 | 6.0 | 0.6 | 0.6 | 3.6 | 3.3 | 0.7 | 1.3 |
| 6 | 11.0 | 8.9 | 1.4 | 1.8 | 2.0 | 5.6 | 2.1 | 2.5 |
| 9 | 18.3 | 13.0 | 3.3 | 3.3 | 8.1 | 7.5 | 6.1 | 7.0 |

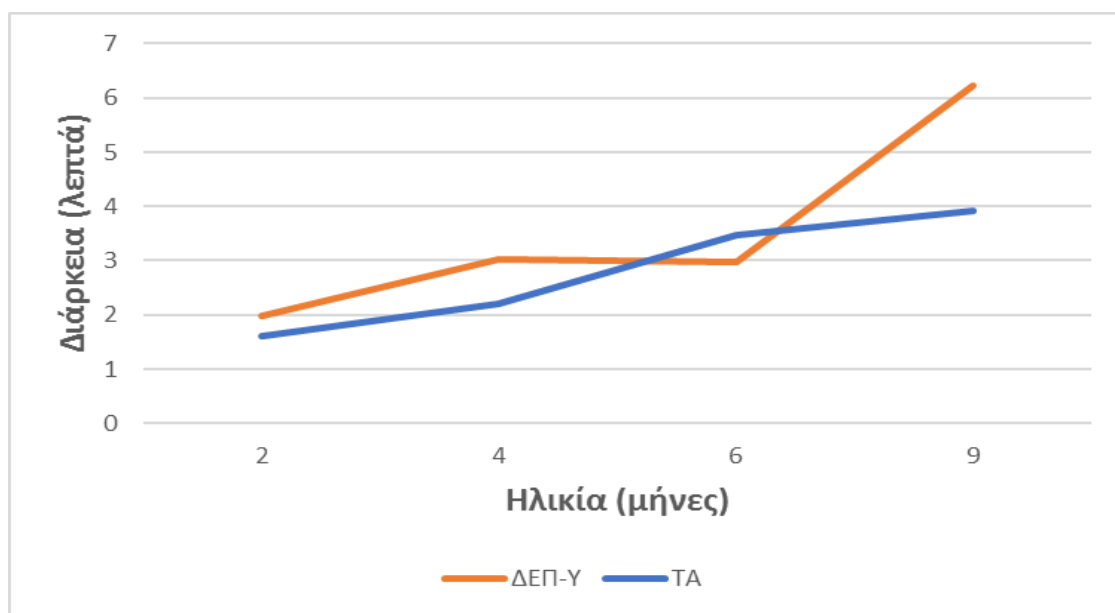
6.1.3 Είδη παιχνιδιού

6.1.3.1 Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου στους 2 μήνες ($t(9) = -0.710$, $p = .496$), στους 4 μήνες ($t(13) = -0.902$, $p = .383$), στους 6 μήνες ($t(13) = 0.495$, $p = .629$) και στους 9 μήνες ($t(13) = -2.05$, $p = .061$) παρόλο που υπήρχε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά.

Διάγραμμα 12

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο

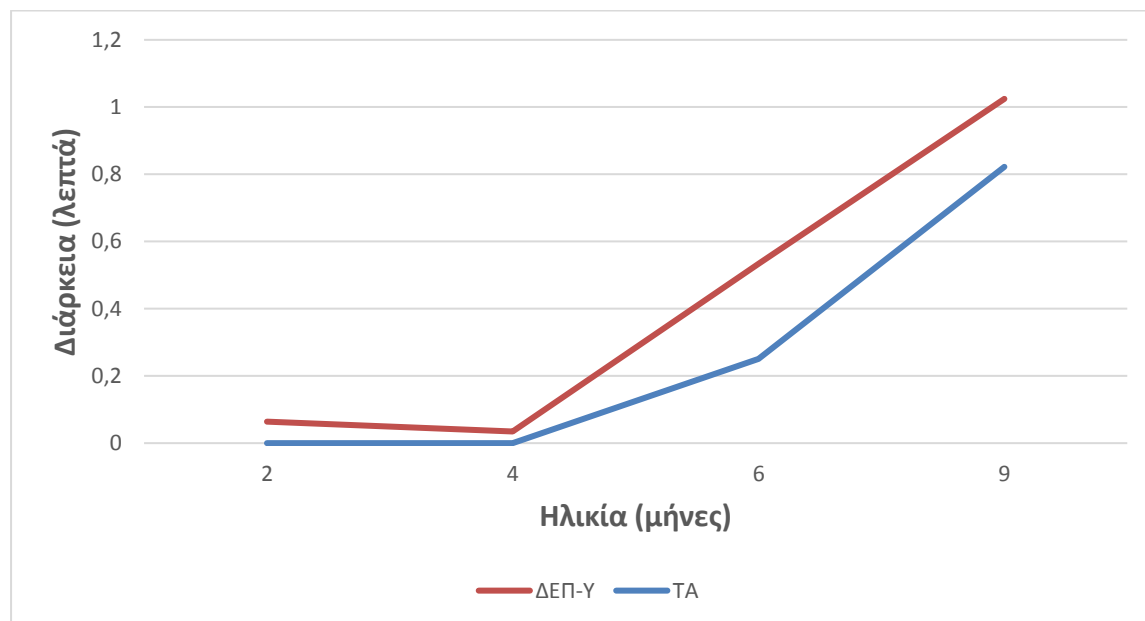


6.1.3.2 Παράλληλο παιχνίδι

Όσον αφορά τον τύπο του παράλληλου παιχνιδιού, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες στους 2 ($t(6) = -1.00$, $p = .356$), και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.00$, $p = .356$). Στους 6 μήνες και ενώ δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(13) = -1.006$, $p = .333$), οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αφιέρωναν περίπου το διπλάσιο χρόνο στο παράλληλο παιχνίδι, σε σχέση με τις δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Τέλος δεν εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις δύο ομάδες στους 9 μήνες ($t(13) = -0.280$, $p = .784$).

Διάγραμμα 13

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια παράλληλου παιχνιδιού στις διάφορες ηλικίες

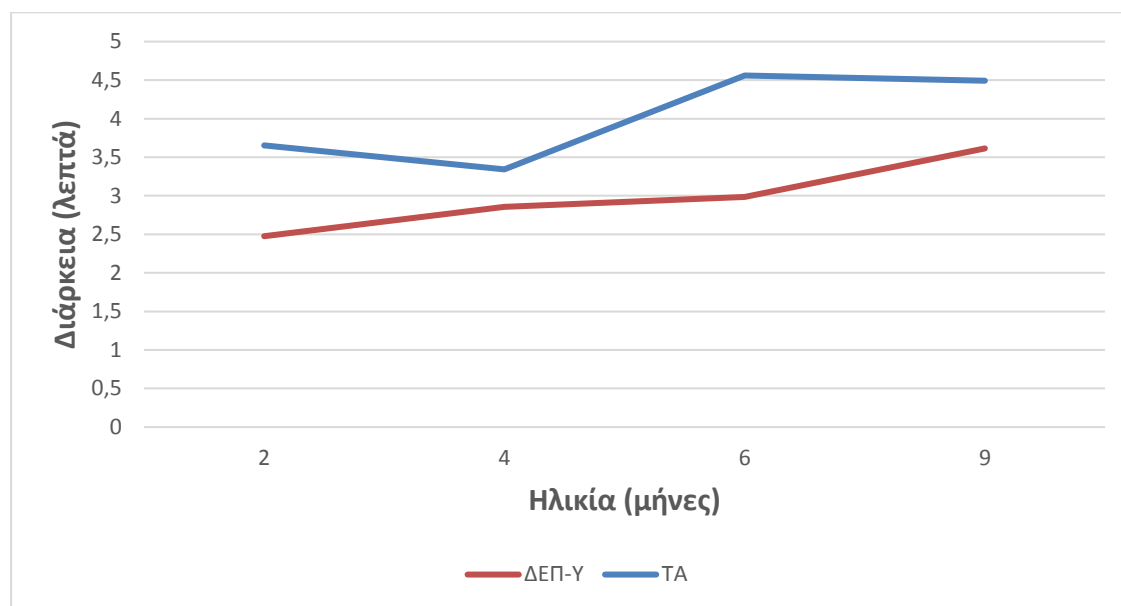


6.1.3.4 Διαπροσωπικό παιχνίδι

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το διαπροσωπικό παιχνίδι ανάμεσα στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου στους 2 μήνες ($t(13)=1.84$, $p=.089$), στους 4 μήνες ($t(13)=.388$, $p=.704$), στους 6 μήνες ($t(13)=1.806$, $p=.094$) και στους 9 μήνες ($t(13)=.874$, $p=.398$).

Διάγραμμα 14

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια διαπροσωπικού παιχνιδιού

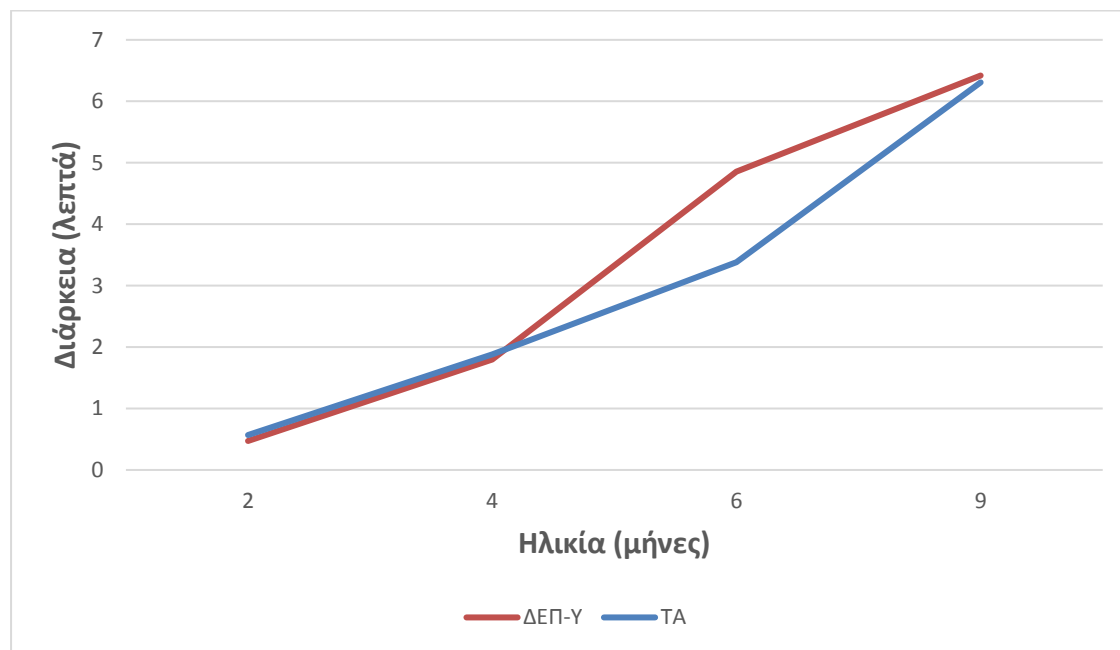


6.1.3.5 Σύγκλιση ενδιαφέροντος

Η σύγκλιση ενδιαφέροντος δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου στους 2 μήνες ($t(13)=.160$, $p=.876$), στους 4 μήνες ($t(13)=.076$, $p=.941$), στους 6 μήνες ($t(11)= -.1301$, $p=.220$) και στους 9 μήνες ($t(13)= -.080$, $p=.938$).

Διάγραμμα 15

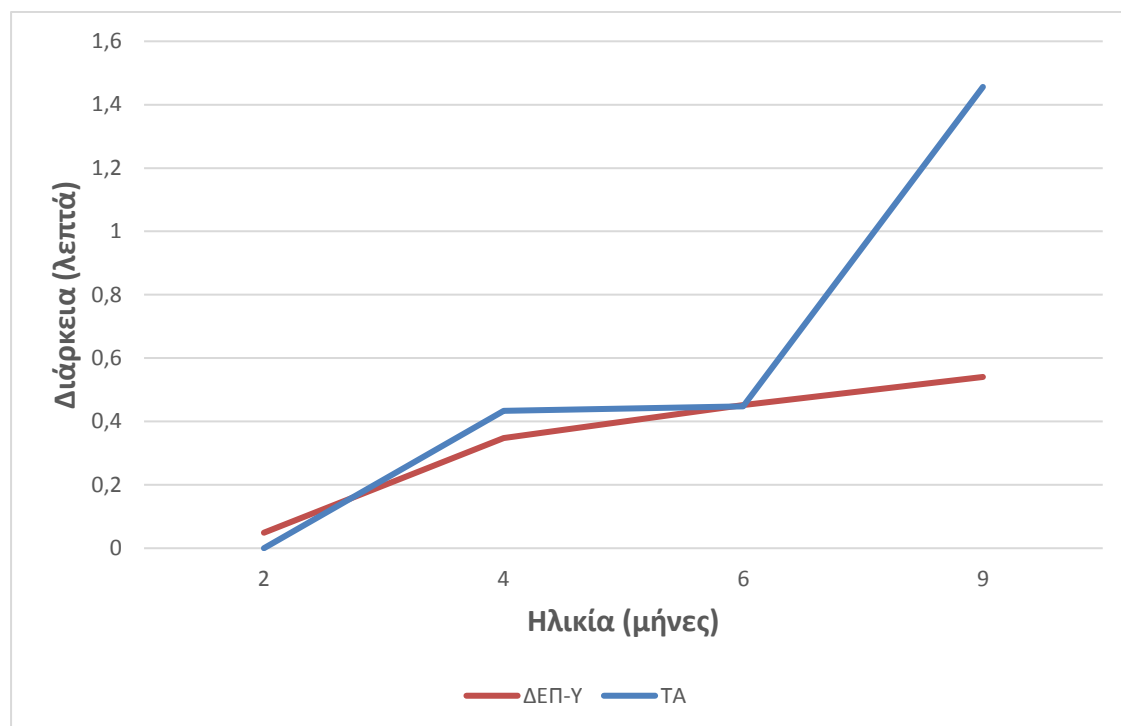
Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια σύγκλισης ενδιαφέροντος



6.1.3.6 Χιούμορ

Όσον αφορά το χιούμορ, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους 2 μήνες ($t(6) = -1.65$, $p = .150$) καθώς καμία από τις δύο ομάδες δεν το χρησιμοποίησε σε αυτή την ηλικία. Στους 4 ($t(13) = .228$, $p = .823$) και στους 6 μήνες ($t(13) = -.015$, $p = .989$) δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στους 9 μήνες και παρόλο που δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($t(13) = 1.31$, $p = .210$), η κλινική ομάδα χρησιμοποιούσε το χιούμορ περίπου τις μισές φορές από ότι η ομάδα ελέγχου.

Διάγραμμα 16
Συνολική διάρκεια χιούμορ στις διάφορες ηλικίες

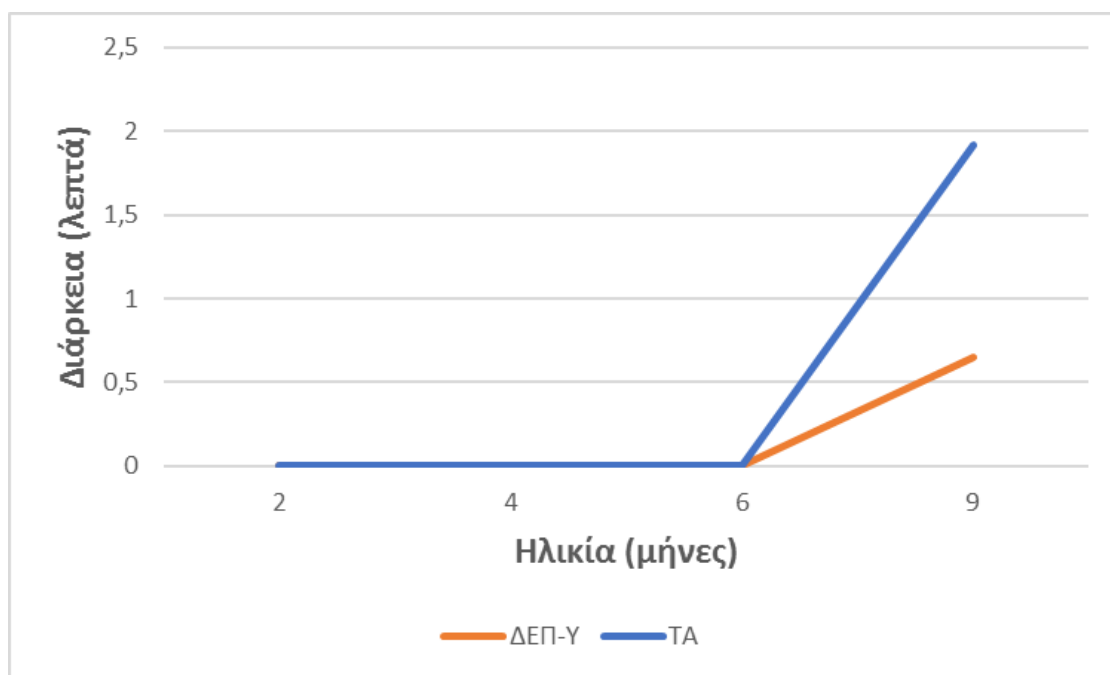


6.1.3.7 Αλληλοσυντονισμός προσοχής

Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής εμφανίστηκε μόνο στους 9 μήνες και στις δύο ομάδες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στους 9 μήνες ($t(13)=2.3$, $p=0.4$) με τις δυάδες που είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ να αλληλοσυντονίζουν την προσοχή τους περίπου τρεις φορές λιγότερο από την ομάδα ελέγχου.

Διάγραμμα 17

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τη συνολική διάρκεια αλληλοσυντονισμού της προσοχής



Πίνακας 24

Σύγκριση διάρκειας των ειδών παιχνιδιού στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | μ.ο. | | τ.α. | | μ.ο. | τ.α. |
|---|------------------|--------|-------|-------|--------|-------|------|
| | | ΔΕΠ-Υ | Τ.Α. | ΔΕΠ-Υ | Τ.Α. | | |
| Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο | | | | | | | |
| 2 | 1.6 | 119.5 | 29.1 | 2 | 96.4 | 86.58 | |
| 4 | 2.6 | 181.00 | 0.71 | 2.6 | 132.13 | 126.6 | |
| 6 | 3.3 | 178.4 | 93.4 | 3.2 | 208.00 | 131.1 | |
| 9 | 5 | 373.9 | 164.5 | 5.01 | 235.00 | 93.1 | |
| Παράλληλο παιχνίδι | | | | | | | |
| 2 | 0.06 | 3.84 | 10.16 | 0 | 0 | 0 | |
| 4 | 0 | 2.07 | 5.5 | 0.03 | 0 | 0 | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|------|--------|--------|------|--------|--------|
| 6 | 0.3 | 32.03 | 33.02 | 0.5 | 15.04 | 32.3 |
| 9 | 0.8 | 61.5 | 81.12 | 0 | 49.3 | 85.6 |
| Διαπροσωπικό παιχνίδι | | | | | | |
| 2 | 2.5 | 148.5 | 66.5 | 3.6 | 219.3 | 80.4 |
| 4 | 4.03 | 171.5 | 121.05 | 2.3 | 200.6 | 162.5 |
| 6 | 3.8 | 179.15 | 65.32 | 3.8 | 273.63 | 123.8 |
| 9 | 4.4 | 216.86 | 98.64 | 3.6 | 269.52 | 129.72 |
| Σύγκλιση ενδιαφέροντος | | | | | | |
| 2 | 0.9 | 28.31 | 52.05 | 0.15 | 34.08 | 82.01 |
| 4 | 1.3 | 108 | 98.19 | 2.3 | 112.8 | 139.5 |
| 6 | 4.04 | 291.3 | 87.7 | 4.09 | 202.8 | 168 |
| 9 | 6 | 385.1 | 120.88 | 6.8 | 378.5 | 191.5 |
| Χιούμορ | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 0.2 | 20.8 | 29.3 | 0.6 | 26.04 | 53.1 |
| 6 | 0.6 | 27.08 | 30.57 | 0.3 | 26.8 | 33.02 |
| 9 | 0.8 | 32.4 | 40.8 | 1.2 | 87.3 | 102.9 |
| Αλληλοσυντονισμός προσοχής | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 1.2 | 39.2 | 37.3 | 1.4 | 115.08 | 81.5 |

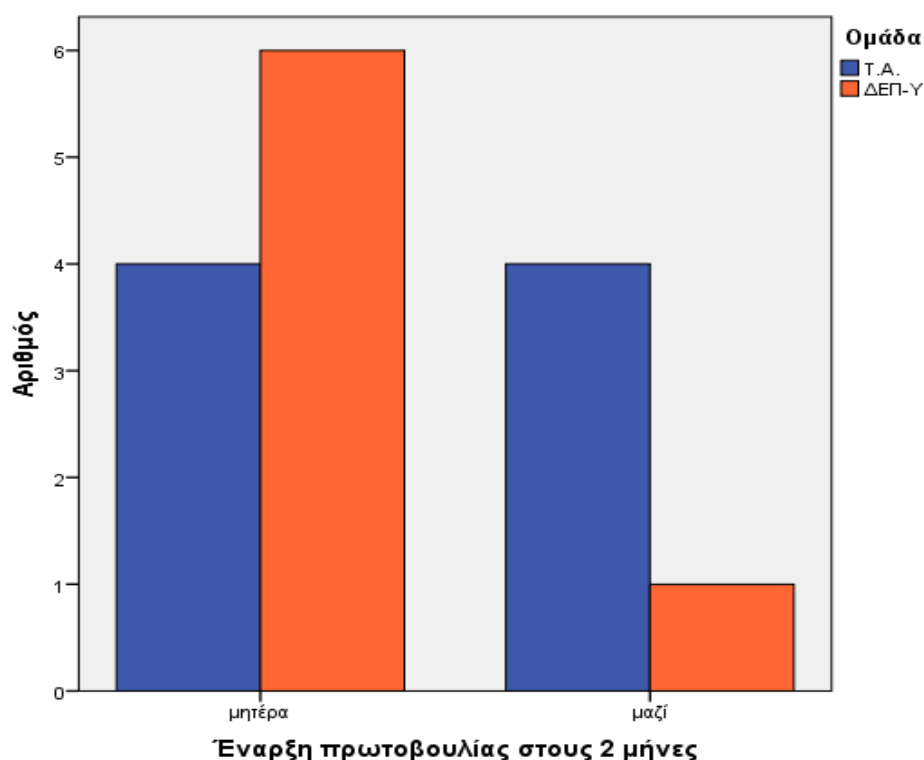
6.1.4 Έναρξη Συμπεριφοράς

Το t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά την έναρξη συμπεριφορών από τους συμμετέχοντες συνολικά στους 2 μήνες ($t(13)=1.508$, $p=.156$). Παρόλα αυτά οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ήταν συνολικά πιθανό να ξεκινήσουν μια αλληλεπίδραση τις μισές περίπου φορές, από ότι η ομάδα ελέγχου. Οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ

ξεκινούσαν περισσότερες φορές μια συμπεριφορά από ότι οι μητέρες της ομάδας ελέγχου. Στην ηλικία αυτή τόσο τα βρέφη της κλινικής ομάδας, όσο και της ομάδας ελέγχου δεν πήραν καμία πρωτοβουλία για να ξεκινήσουν μια συμπεριφορά. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου ξεκινούσα μαζί μια πρωτοβουλία περισσότερες φορές από ότι οι συμμετέχοντες της κλινικής ομάδας.

Διάγραμμα 18

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 2 μήνες

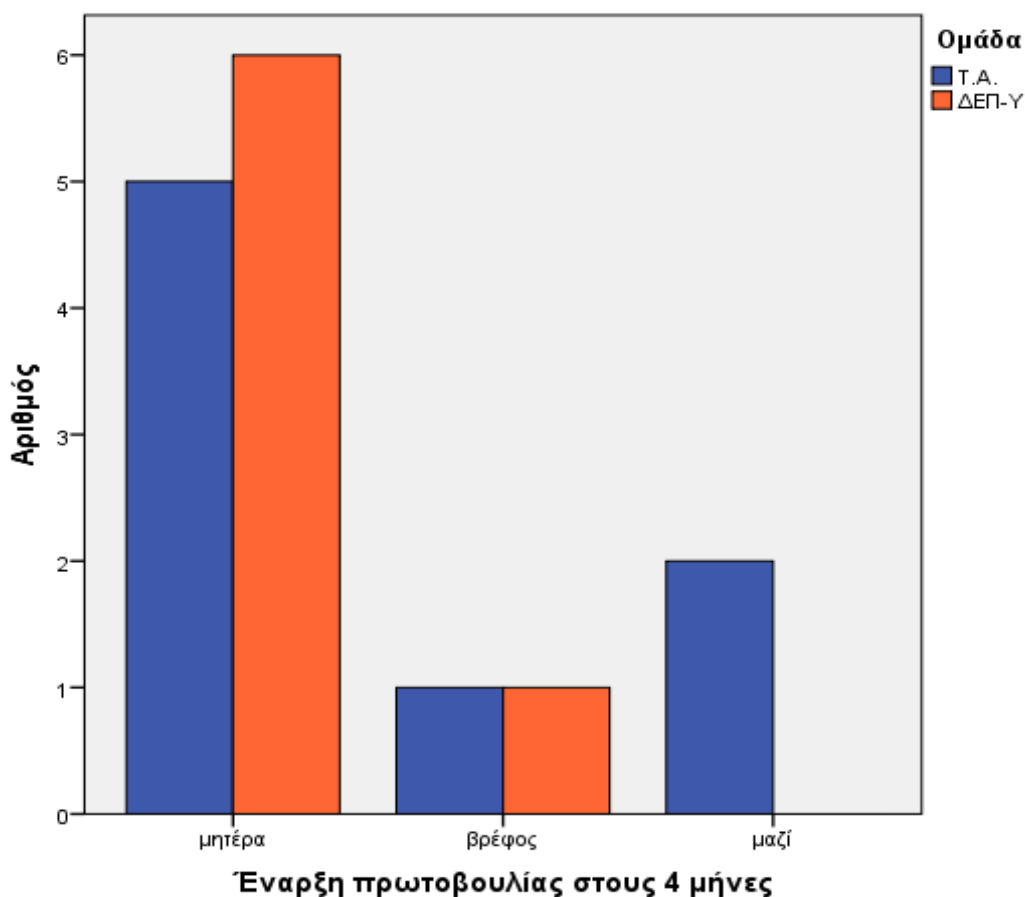


Αν και δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους 4 μήνες ($t(10)=1.36$, $p=.204$), η ομάδα ελέγχου ξεκινούσε συνολικά μια αλληλεπίδραση 4,5 φορές περισσότερο, από ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, οι

μητέρες με ΔΕΠ-Υ έπαιρναν περισσότερες πρωτοβουλίες σε σχέση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου. Όσον αφορά τα βρέφη δεν υπήρξαν διαφορές. Τέλος, μόνο η έναρξη πρωτοβουλίας και από τους δύο συμμετέχοντες μαζί παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

Διάγραμμα 19

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 4 μήνες

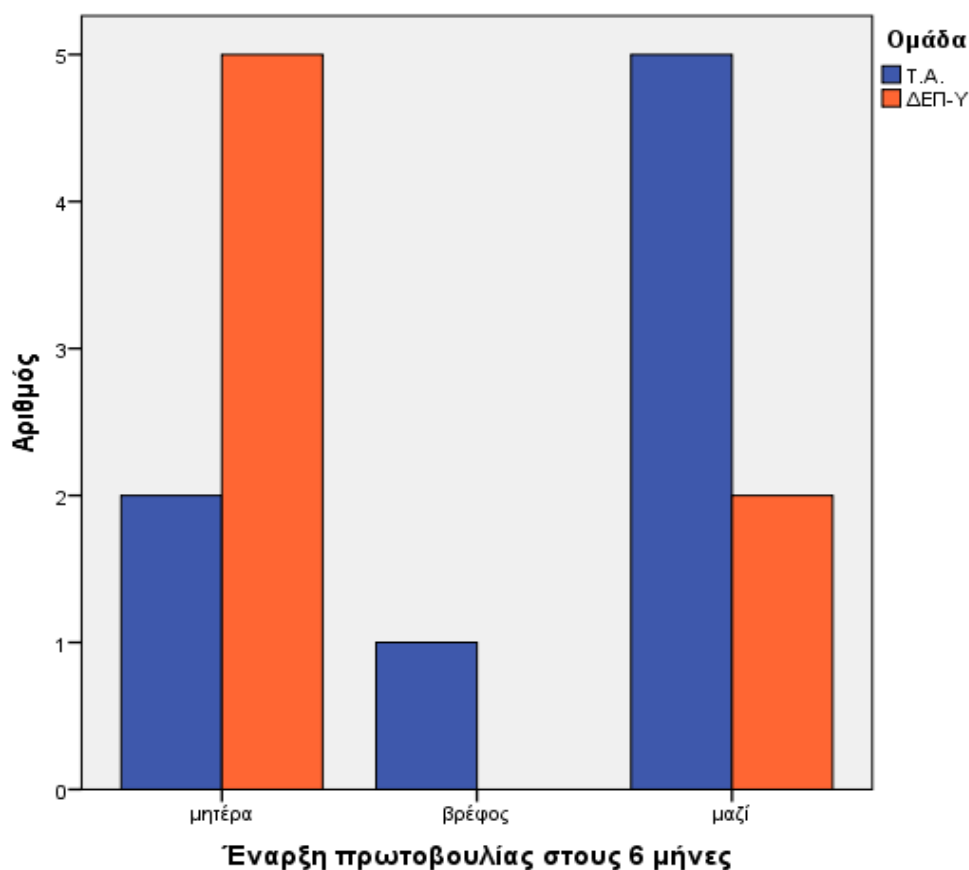


Παρόλο που δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους 6 μήνες ($t(13)=1.64$, $p=.124$), η ομάδα ελέγχου έκανε έναρξη συμπεριφορών 2,5 περίπου φορές

περισσότερο από ότι η κλινική ομάδα. Πιο αναλυτικά, οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έπαιρναν περισσότερες πρωτοβουλίες από ότι οι μητέρες της ομάδας ελέγχου. Μόνο τα βρέφη της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν έναρξη συμπεριφοράς ενώ αυτό δεν παρατηρήθηκε για κανένα βρέφος της κλινικής ομάδας. Τέλος, οι δύο συμμετέχοντες έπαιρναν πρωτοβουλία μαζί για να ξεκινήσουν μια συμπεριφορά περισσότερες φορές στην ομάδα ελέγχου, παρά στην κλινική ομάδα.

Διάγραμμα 20

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 6 μήνες

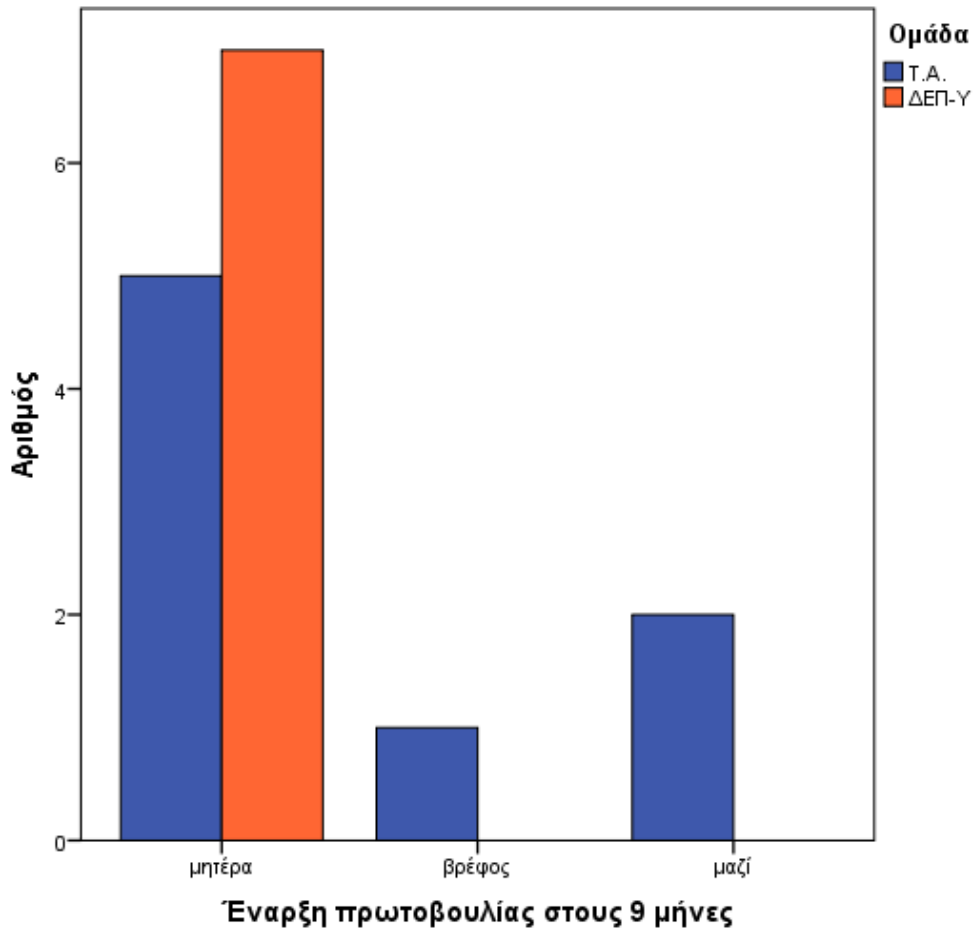


Τέλος, αν και δε βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, στους 9 μήνες ($t(7)=1.93$, $p=.095$), στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ δεν παρατηρήθηκε έναρξη συμπεριφοράς ούτε από το βρέφος, αλλά ούτε και από τους δύο συμμετέχοντες μαζί.

Επιπλέον και σε αυτή την ηλικία οι μητέρες της κλινικής ομάδας έπαιρναν περισσότερες πρωτοβουλίες σε σχέση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου.

Διάγραμμα 21

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τον αριθμό της έναρξης πρωτοβουλίας στους 9 μήνες



Πίνακας 25

Έναρξη πρωτοβουλίας στις διαφορετικές ομάδες

| Ηλικία | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|---------|-------|------|------|------|
| (μήνες) | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| 2 | 0.29 | 0.76 | 1.00 | 1.07 |
| 4 | 0.63 | 0.91 | 0.14 | 0.38 |
| 6 | 1.38 | 0.91 | 0.57 | 0.97 |
| 9 | 0 | 0 | 0.63 | 0.91 |

6.1.5 Διαστάσεις της Ιδιοσυγκρασίας

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά τις 14 διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: επίπεδο δραστηριότητας ($t(13)=.402$, $p=.694$), αντίδραση στους περιορισμούς ($t(13)=.753$, $p=.465$), φόβος ($t(13)= -1.08$, $p=.298$), διάρκεια προσανατολισμού ($t(13)=.612$, $p=.551$), χαμόγελο/γέλιο ($t(13)=.1.37$, $p=.191$), υψηλή ευχαρίστηση ($t(13)= -.470$, $p=.646$), χαμηλή ευχαρίστηση ($t(13)= -1.28$, $p=.222$), ικανότητα ηρεμίας ($t(13)= -1.87$, $p=.083$), αντιδραστικότητα/βαθμός αντιμετώπισης δυσφορίας ($t(13)=.073$, $p=.943$), τρυφερότητα ($t(13)=.156$, $p=.878$), αντιληπτική ευαισθησία ($t(13)=.052$, $p=.960$), λύπη ($t(13)= -1.9$, $p=.075$), προσέγγιση ($t(13)= -1.12$, $p=.283$) και φωνητική αντίδραση ($t(13)=.787$, $p=.446$).

Πίνακας 26

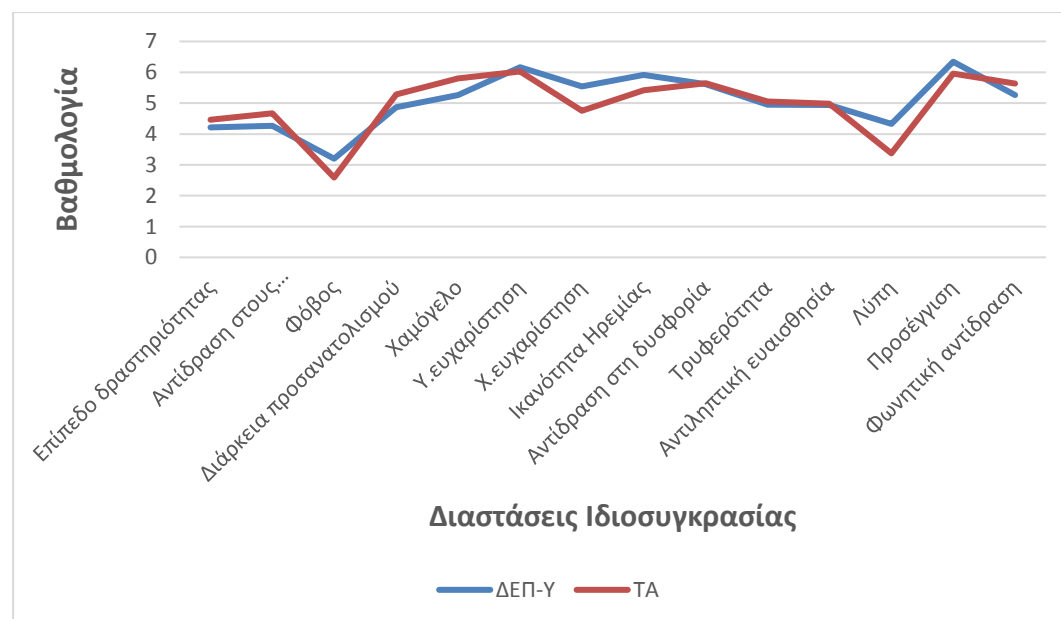
Σύγκριση βαθμολογίας των 14 διαστάσεων ιδιοσυγκρασίας στις δύο ομάδες

| | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. |
|------------------------------|-------|------|------|-------|
| | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
| Επίπεδο δραστηριότητας | 4.21 | 1.37 | 4.46 | 0.996 |
| Αντίδραση στους περιορισμούς | 4.26 | 1.31 | 4.67 | 0.730 |
| Φόβος | 3.19 | 0.93 | 2.59 | 1.20 |

| | | | | |
|---|------|-------|------|-------|
| Διάρκεια προσανατολισμού | 4.86 | 1.30 | 5.28 | 1.32 |
| Χαμόγελο/γέλιο | 5.26 | 0.92 | 5.80 | 0.572 |
| Υψηλή ευχαρίστηση | 6.16 | 0.61 | 6.02 | 0.547 |
| Χαμηλή ευχαρίστηση | 5.53 | 1.006 | 4.75 | 1.32 |
| Ικανότητα ηρεμίας | 5.91 | 0.636 | 5.41 | 0.385 |
| Αντιδραστικότητα/ βαθμός αντιμετώπισης δυσφορίας | 5.61 | 0.88 | 5.64 | 0.515 |
| Τρυφερότητα | 4.95 | 1.4 | 5.05 | 1.01 |
| Αντιληπτική ευαισθησία | 4.93 | 1.18 | 4.97 | 1.67 |
| Λύπη | 4.33 | 0.907 | 3.37 | 0.993 |
| Προσέγγιση | 6.34 | 0.506 | 5.95 | 0.789 |
| Φωνητική αντίδραση | 5.25 | 0.967 | 5.63 | 0.887 |

Διάγραμμα 22

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις αξιολογήσεις των μητέρων σχετικά με τις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους στους 9 μήνες



Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τις τρεις μεγάλες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: θετικό συναίσθημα ($t(13)=.313$, $p=.759$), αρνητικό συναίσθημα ($t(13)= -.985$, $p=.343$) και προσανατολισμό/ αυτορρύθμιση ($t(13)= -1.47$, $p=.163$).

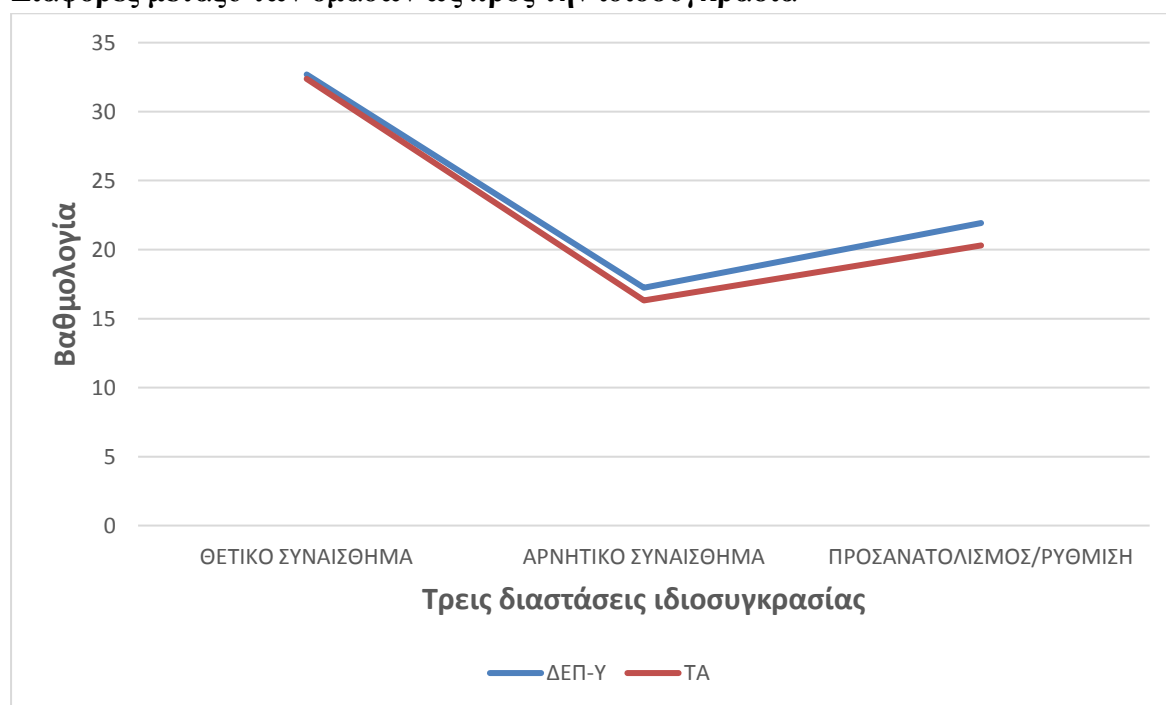
Πίνακας 27

Σύγκριση των βαθμολογιών των τριών ευρύτερων διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας στις δύο ομάδες

| | μ.ο. | τ.α | μ.ο. | τ.α. |
|----------------------------------|-------|------|------|------|
| | ΔΕΠ-Υ | | Τ.Α. | |
| Θετικό Συναίσθημα | 32.2 | 4.64 | 32.9 | 3.65 |
| Αρνητικό Συναίσθημα | 17.4 | 1.97 | 16.3 | 2.41 |
| Προσανατολισμός/ Αυτορρύθμιση | 21.9 | 2.08 | 20.5 | 1.67 |

Διάγραμμα 23

Διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς την ιδιοσυγκρασία



6.2 T-test εξαρτημένου δείγματος: διαφορές μεταβλητών ανάμεσα στις ηλικίες μεταξύ της ίδιας ομάδας

Προκειμένου να μελετηθούν οι αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών μέσα στην ίδια ομάδα επιλέχθηκε το t-τεστ για εξαρτημένα δείγματα. Οι αναλύσεις

πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστά για την ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και ξεχωριστά για την ομάδα ελέγχου.

6.2.1 Δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ

6.2.1.1 Μεταβλητές του χρόνου

6.2.1.1.1 Διαφορές της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(7) = -2.94$, $p = .021$) ανάμεσα στους 2 μήνες και στους 4 μήνες, ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -2.73$, $p = .029$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -1.51$, $p = .173$), όσον αφορά τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στην ομάδα ελέγχου. Παρόλα αυτά παρατηρήθηκε αύξηση της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας από τους 2 στους 4, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες.

Πίνακας 28 Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|-----------------|---------|-------|--------|--------|
| 2*4 | 107.008 | 61.71 | 170.87 | 64.37 |
| 4*6 | 170.87 | 64.37 | 266.8 | 85.26 |
| 6*9 | 266.8 | 85.2 | 355.7 | 123.09 |

5.2.1.1.2 Διαφορές της διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους ανάλογα με την ηλικία

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -1.86$, $p = .105$) και ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -.904$, $p = .396$). Ωστόσο η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στους 6 μήνες διέφερε στατιστικά σημαντικά ($t(7) = -3.20$, $p = .015$) από τη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στους 9 μήνες. Η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους αυξανόταν όσο μεγάλωνε η ηλικία.

Πίνακας 29 Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|-------|-------|--------|
| 2*4 | 67.4 | 41.7 | 163.5 | 132.1 |
| 4*6 | 163.5 | 132.1 | 204.5 | 64.4 |
| 6*9 | 204.5 | 64.4 | 333.3 | 102.02 |

6.2.1.1.3 Διαφορές της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού ανάμεσα στις ηλικίες

Στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη συνολική διάρκεια συγχρονισμού εντοπίστηκαν ανάμεσα στους 2 μήνες και στους 4 μήνες ($t(7) = -3.37$, $p = .012$). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -2.099$, $p = .074$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -2.44$, $p = .045$). Συνολικά η διάρκεια συγχρονισμού της ομάδας ελέγχου παρουσίασε σταθερή αύξηση με την πάροδο της ηλικίας.

Πίνακας 30 Διαφορές στη διάρκεια συγχρονισμού ανά ηλικία

| Ηλικίες | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|---------|------|------|------|------|
|---------|------|------|------|------|

(μήνες)

| | | | | |
|------------|--------|-------|--------|--------|
| 2*4 | 101.26 | 38.52 | 209.82 | 99.73 |
| 4*6 | 209.82 | 99.73 | 285.37 | 95.88 |
| 6*9 | 285.37 | 95.88 | 400.66 | 123.35 |

6.2.1.1.4 Διαφορές της συνολικής διάρκειας επεισοδίου ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -2.77$, $p = .028$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -1.28$, $p = .242$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -3.005$, $p = .020$) όσον αφορά τη συνολική διάρκεια των επεισοδίων της ομάδας ελέγχου. Η διάρκεια επεισοδίου παρουσίασε αύξηση με την αύξηση της ηλικίας.

Πίνακας 31 Διαφορές στη διάρκεια επεισοδίου ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 2*4 | 133.1 | 70.8 | 264.2 | 137.3 |
| 4*6 | 264.2 | 137.3 | 331 | 104.5 |
| 6*9 | 331 | 104.5 | 492.9 | 152.3 |

6.2.1.1.5 Διαφορές της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(7) = -.864$, $p = .416$) όσον αφορά τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες, στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = 1.17$, $p = .280$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -1.84$

, $p=.107$). Η λανθάνουσα περίοδος αυξήθηκε από τους 2 στους 4 μήνες, μειώθηκε από τους 4 στους 6 και αυξήθηκε ξανά από τους 6 στους 9 μήνες.

Πίνακας 32 Διαφορές στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|--------|-------|--------|
| 2*4 | 0.343 | 0.179 | 0.798 | 0.1.41 |
| 4*6 | 0.798 | 0.1.41 | 0.219 | 0.213 |
| 6*9 | 0.219 | 0.213 | 0.354 | 0.226 |

6.2.1.1.6 Διαφορές της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών στις διάφορες ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7)=-1.06$, $p=.323$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7)=-.311$, $p=.765$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7)=.453$, $p=.664$). Η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών παρουσίασε αύξηση από τον 2^ο στον 4^ο και από τον 4^ο στον 6^ο μήνα, αλλά μειώθηκε στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 33 Διαφορές στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|------|------|------|------|
|--------------------|------|------|------|------|

| | | | | |
|------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 5.9 | 3.6 | 7.9 | 3.34 |
| 4*6 | 7.9 | 3.34 | 8.53 | 2.81 |
| 6*9 | 8.53 | 2.81 | 7.83 | 2.17 |

6.2.1.2 Είδη συμπεριφορών μητέρας-βρέφους

6.2.1.2.1 Διαφορές των μονών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -0.424$, $p = 0.685$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -2.00$, $p = 0.089$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -2.1$, $p = 0.073$). Ωστόσο, ο αριθμός των μονών εναλλαγών αυξανόταν με την ηλικία.

6.2.1.2.2 Διαφορές των μονών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -0.509$, $p = 0.626$) και ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -1.4$, $p = 0.208$). Τέλος, μη στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα της ομάδας ελέγχου βρέθηκε ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -1.2$, $p = 0.280$). Το είδος αυτών των εναλλαγών αυξανόταν με την ηλικία με εξαίρεση την ηλικία των 9 μηνών που παρέμεινε σχεδόν ίδιος αριθμός με την ηλικία των 6 μηνών.

6.2.1.2.3 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -0.104$, $p = 0.920$), αλλά και ούτε μεταξύ 4 και 6 μηνών ($t(7) = -1.7$, $p = 0.137$). Επιπλέον, μη στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα παρατηρήθηκε και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -0.875$, $p = 0.410$). Οι πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα αυξάνονταν με την ηλικία.

6.2.1.2.4 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = 0.734$, $p = 0.487$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -1.23$, $p = 0.257$) και μεταξύ 6 και 9 μηνών ($t(7) = -2.5$, $p = 0.043$). Όσο αυξανόταν η ηλικία, τόσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα.

Πίνακας 34 Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--|------|------|-------|------|
| Μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα | | | | |
| 2*4 | 6.00 | 4.00 | 6.00 | 3.00 |
| 4*6 | 6.00 | 3.0 | 9.00 | 3.00 |
| 6*9 | 9.00 | 3.00 | 13.00 | 5.6 |

Μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα

| | | | | |
|------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 0.38 | 0.52 | 0.63 | 1.06 |
| 4*6 | 0.63 | 1.06 | 3.3 | 2.8 |
| 6*9 | 3.3 | 2.8 | 3.2 | 2.8 |

Πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα

| | | | | |
|------------|-----|-----|------|------|
| 2*4 | 3.1 | 2.5 | 3.3 | 1.9 |
| 4*6 | 3.3 | 1.9 | 5.6 | 3.2 |
| 6*9 | 5.6 | 3.2 | 8.00 | 4.72 |

Πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα

| | | | | |
|------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 0.75 | 1.03 | 1.3 | 1.5 |
| 4*6 | 1.3 | 1.5 | 2.5 | 2.07 |
| 6*9 | 2.5 | 2.07 | 7.00 | 4.4 |

6.2.1.3 Είδη παιχνιδιού

6.2.1.3.1 Διαφορές της διάρκειας απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -1.031$, $p = .337$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -2.53$, $p = .039$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -.464$, $p = .657$) όσον αφορά τη διάρκεια της απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο της ομάδα ελέγχου. Σε γενικές γραμμές όμως η διάρκεια αυτού του είδους παιχνιδιού αυξανόταν με την ηλικία.

6.2.1.3.2 Διαφορές της διάρκειας του παράλληλου παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους 4 με τους 6 μήνες $t(7) = -1.31$, $p = .229$ και ανάμεσα στους 6 με τους 9 μήνες $t(7) = -1.31$, $p = .231$. Το παράλληλο παιχνίδι δεν εμφανίστηκε καθόλου στους 2 και στους 4 μήνες αλλά σε γενικές γραμμές παρουσίασε αύξηση με την ηλικία.

6.2.1.3.3 Διαφορές της διάρκειας του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στους 2 με 4 τους μήνες ($t(7) = .297$, $p = .775$), ανάμεσα στους 4 με τους 6 μήνες ($t(7) = -1.08$, $p = .313$) και ανάμεσα στους 6 με 9 τους μήνες ($t(7) = .081$, $p = .938$). Το διαπροσωπικό παιχνίδι μειώθηκε από τους 2 στους 4 μήνες, αυξήθηκε από τους 4 στους 6 και αυξήθηκε ξανά από τους 6 στους 9 μήνες.

6.2.1.3.4 Διαφορές της διάρκειας της σύγκλισης ενδιαφέροντος ανάμεσα στις ηλικίες

Οι διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -1.4$, $p = .206$), στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7) = -1.302$, $p = .234$), αλλά και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7) = -2.24$, $p = .060$) δεν ήταν στατιστικά σημαντικές όσον αφορά τη σύγκλιση ενδιαφέροντος. Η σύγκλιση ενδιαφέροντος παρουσίασε αύξηση με την ηλικία.

6.2.1.3.5 Διαφορές της διάρκειας του χιούμορ ανάμεσα στις ηλικίες

Όπως ήταν αναμενόμενο το χιούμορ δεν εμφανίστηκε στους 2 μήνες. Μη στατιστικά σημαντικές ήταν οι διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7) = -$

1.4 , $p=.206$), στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7)=-.035$, $p=.973$) και στους 6 και στους 9 μήνες ($t(7)=-1.52$, $p=.171$). Η διάρκεια του χιούμορ μειώθηκε από τους 2 στους 4 μήνες αλλά παρουσίασε αύξηση από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες.

6.2.1.3.6 Διαφορές της διάρκειας του αλληλοσυντονισμού της προσοχής ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(7)=-1.8$, $p=.121$) και ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(7)=-1.2$, $p=.268$). Τέλος, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(7)=-0.522$, $p=.617$) όσον αφορά τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες. Η διάρκεια αλληλοσυντονισμού της προσοχής αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου, με εξαίρεση από τον 2^ο στον 4^ο μήνα όπου παρουσιάστηκε μείωση του αλληλοσυντονισμού της προσοχής.

Πίνακας 35 Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο | | | | |
| 2*4 | 96.4 | 86.6 | 132.13 | 126.6 |
| 4*6 | 132.13 | 126.6 | 207.9 | 131.16 |
| 6*9 | 207.9 | 131.16 | 235 | 93.2 |
| Παράλληλο παιχνίδι | | | | |
| 2*4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4*6 | 0 | 0 | 15.05 | 32.3 |
| 6*9 | 15.05 | 32.3 | 49.3 | 85.7 |
| Διαπροσωπικό παιχνίδι | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|--------|
| 2*4 | 219.3 | 80.4 | 200.6 | 162.5 |
| 4*6 | 200.6 | 162.5 | 273.6 | 123.8 |
| 6*9 | 273.6 | 123.8 | 269.5 | 129.72 |
| Σύγκλιση ενδιαφέροντος | | | | |
| 2*4 | 34.08 | 82.01 | 112.8 | 139.5 |
| 4*6 | 112.8 | 139.5 | 202.9 | 168 |
| 6*9 | 202.9 | 168 | 378.5 | 191.5 |
| Χιούμορ | | | | |
| 2*4 | 0 | 0 | 26.04 | 53.1 |
| 4*6 | 26.04 | 53.1 | 27.00 | 33.02 |
| 6*9 | 27 | 33.02 | 87.4 | 102.91 |
| Αλληλοσυντονισμός προσοχής | | | | |
| 2*4 | 0 | 0 | 32.8 | 52.6 |
| 4*6 | 32.8 | 52.6 | 87.2 | 141.6 |
| 6*9 | 87.2 | 141.6 | 115.08 | 81.5 |

6.2.1.4 Έναρξη συμπεριφοράς

Όσον αφορά το συμμετέχοντα που έπαιρνε πρωτοβουλία στην ομάδα ελέγχου, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = 0.704$, $p = .504$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -1.53$, $p = .170$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = 2.4$, $p = .048$). Η έναρξη πρωτοβουλίας μειώθηκε από το 2^ο στον 4^ο μήνα, αυξήθηκε από τον 4^ο στον 6^ο και μειώθηκε ξανά από τον 6^ο στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 36 Διαφορές στην έναρξη πρωτοβουλίας ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 1.00 | 1.07 | 0.63 | .916 |
| 4*6 | 0.63 | .916 | 1.4 | .916 |
| 6*9 | 1.4 | .916 | 0.63 | .916 |

6.2.2 Δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ

6.2.2.1 Μεταβλητές του χρόνου

6.2.2.1.1 Διαφορές της διάρκειας της συμπεριφοράς της μητέρας ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -2.02, p = .089$) και ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -.121, p = .907$). Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -3.74, p = .010$). Η διάρκεια συμπεριφοράς των μητέρων της κλινικής ομάδας αυξανόταν με την ηλικία.

Πίνακας 37 Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 2*4 | 36.07 | 36.00 | 114.8 | 75.04 |
| 4*6 | 114.8 | 75.04 | 121.6 | 114.7 |

| | | | | |
|------------|-------|-------|--------|------|
| 6*9 | 121.6 | 114.7 | 271.00 | 83.3 |
|------------|-------|-------|--------|------|

6.2.2.1.2 Διαφορές της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.06$, $p = .330$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -1.032$, $p = .342$) αλλά και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = .920$, $p = .393$) όσον αφορά τη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στην κλινική ομάδα. Η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους παρουσίασε αύξηση από τον 2^ο έως τον 4^ο μήνα, στον 6^ο μήνα μηδενίστηκε και αυξήθηκε ξανά στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 38 Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|-------|--------|-------|
| 2*4 | 41.32 | 45.41 | 88.7 | 87.01 |
| 4*6 | 88.7 | 87.01 | 144.4 | 123.4 |
| 6*9 | 144.4 | 123.4 | 246.00 | 72.34 |

6.2.2.1.4 Διαφορές της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού ανάμεσα στις ηλικίες

Όσον αφορά τη διάρκεια συγχρονισμού δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -2.77$, $p = .032$), ανάμεσα στους 4

και τους 6 μήνες ($t(6) = .774$, $p = .469$), καθώς και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -2.73$, $p = .034$). Η διάρκεια συγχρονισμού αυξήθηκε από το 2^ο στον 4^ο μήνα, μειώθηκε από τον 4^ο στον 6^ο και αυξήθηκε ξανά από τον 6^ο στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 39 Διαφορές στη διάρκεια συγχρονισμού ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| 2*4 | 29.7 | 16.9 | 124.19 | 74.01 |
| 4*6 | 124.19 | 74.01 | 107.7 | 108.8 |
| 6*9 | 107.7 | 108.8 | 265.5 | 151.3 |

6.2.2.1.5 Διαφορές της συνολικής διάρκειας επεισοδίων ανάμεσα στις ηλικίες

Η συνολική διάρκεια επεισοδίων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.81$, $p = .120$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -.716$, $p = .501$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -3.11$, $p = .021$). Σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκε αύξηση της διάρκειας των επεισοδίων με την ηλικία.

Πίνακας 40 Διαφορές στη διάρκεια επεισοδίων ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|--------|-------|--------|
| 2*4 | 54.8 | 50.22 | 161.2 | 113.4 |
| 4*6 | 161.2 | 113.4 | 206.3 | 137.00 |
| 6*9 | 206.3 | 137.00 | 397.3 | 125.24 |

6.2.2.1.6 Διαφορές της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια λανθάνουσας περίοδο ανάμεσα στις διάφορες ηλικίες της κλινικής ομάδας, δηλαδή ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6)=.641$, $p=.545$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6)=.713$, $p=.502$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6)= - 1.33$, $p=.231$). Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου μειωνόταν από τον 2^ο στον 4^ο και από τον 4^ο στον 6^ο μήνα, αλλά παρουσίασε αύξηση από τον 6^ο έως τον 9^ο μήνα.

Πίνακας 41 Διαφορές στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 2*4 | 0.5 | 0.991 | 0.3 | 0.315 |
| 4*6 | 0.3 | 0.315 | 0.218 | 0.112 |
| 6*9 | 0.218 | 0.112 | 0.310 | 0.207 |

Πίνακας 42 Σύγκριση διάρκειας συμπεριφορών μεταξύ μητέρων και βρεφών στις δύο ομάδες

| Ηλικία (μήνες) | Διάρκεια (λεπτά) | t | p | Διάρκεια (λεπτά) | t | p |
|-------------------|---------------------|---|------|---------------------|--------|---|
| ΔΕΠ-Υ | | | Τ.Α. | | | |
| Μητέρα | Βρέφος | | | Μητέρα | Βρέφος | |

| | | | | | | | | |
|----------|------|-----|------|-------|-----|-----|-----|-------|
| 2 | 0.6 | 0.7 | -0.7 | 0.517 | 1.8 | 1.1 | 3.1 | 0.017 |
| 4 | 1.9 | 1.5 | 0.9 | 0.378 | 2.8 | 2.7 | 0.2 | 0.879 |
| 6 | 2.02 | 2.4 | -0.7 | 0.315 | 4 | 3.4 | 2.8 | 0.027 |
| 9 | 4.5 | 4.1 | 1.3 | 0.233 | 5.9 | 5.6 | 0.7 | 0.485 |

6.2.2.1.7 Διαφορές της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης της συμπεριφοράς ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6)=.209$, $p=.841$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6)= -.134$, $p=.898$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6)=.116$, $p=.911$). Η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης μειώθηκε από τον 2^ο στον 4^ο μήνα, αυξήθηκε από τον 4^ο στον 6^ο και μειώθηκε ξανά από τον 6^ο στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 43 Διαφορές στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 5.23 | 7.42 | 4.49 | 3.44 |
| 4*6 | 4.49 | 3.44 | 4.84 | 5.11 |
| 6*9 | 4.84 | 5.11 | 4.66 | 1.45 |

6.2.2.2 Είδη συμπεριφοράς

6.2.2.2.1 Διαφορές των μονών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Οι μονές εναλλαγές ίδιου τύπου στους 2 μήνες διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τις μονές εναλλαγές ίδιου τύπου στους 4 μήνες ($t(6) = -4.2$, $p = .006$). Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -1.84$, $p = .114$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -4.00$, $p = .057$), όσον αφορά τις μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα της κλινικής ομάδας. Σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκε αύξηση στον αριθμό αυτού του είδους των εναλλαγών με την ηλικία.

6.2.2.2.2 Διαφορές των μονών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -0.68$, $p = .522$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -2.12$, $p = .078$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -1.6$, $p = .162$). Παρόλα αυτά οι μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα παρουσίασαν αύξηση με την ηλικία.

6.2.2.2.3 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών στην ίδια τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -3.09$, $p = .021$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = 1.7$, $p = .148$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -2.00$, $p = .092$). Οι εναλλαγές αυτές

αυξήθηκαν από τους 2 στους 4 μήνες, μειώθηκαν από τους 4 στους 6 και αυξήθηκαν ξανά από τους 6 στους 9 μήνες.

6.2.2.2.4 Διαφορές των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα ανάμεσα στις ηλικίες

Όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικού τύπου δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.44, p = .200$) και ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -1.109, p = .310$). Τέλος, η διαφορά ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -3.2, p = .018$) ήταν οριακά μη στατιστικά σημαντική. Οι εναλλαγές αυτές αυξήθηκαν με την ηλικία.

Πίνακας 44 Διαφορές των ειδών συμπεριφοράς στις διάφορες ηλικίες

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|---|-------|------|-------|------|
| Μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα | | | | |
| 2*4 | 2.8 | 1.6 | 7.1 | 3.07 |
| 4*6 | 7.1 | 3.07 | 11.00 | 3.6 |
| 6*9 | 11.00 | 3.6 | 18.2 | 6.8 |
| Μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα | | | | |
| 2*4 | 0.28 | 0.48 | 0.57 | 0.78 |
| 4*6 | 0.57 | 0.78 | 1.42 | 1.39 |
| 6*9 | 1.42 | 1.39 | 3.2 | 2.8 |
| Πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα | | | | |
| 2*4 | 0.28 | 0.76 | 3.6 | 2.2 |
| 4*6 | 3.6 | 2.2 | 2.00 | 1.3 |
| 6*9 | 2.00 | 1.3 | 8.1 | 7.1 |
| Πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα | | | | |

| | | | | |
|------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 0.3 | 0.5 | 0.71 | 1.11 |
| 4*6 | 0.71 | 1.11 | 2.1 | 4.4 |
| 6*9 | 2.1 | 4.4 | 6.14 | 7.3 |

6.2.2.3 Είδη παιχνιδιού

6.2.2.3.1 Διαφορές απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -2.21$, $p = .068$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = .054$, $p = .959$) αλλά ούτε και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες, όσον αφορά την απουσία εμπλοκής του επικοινωνιακού συντρόφου. Η απουσία εμπλοκής αυξήθηκε από το 2^ο στον 4^ο μήνα, μειώθηκε από τον 4^ο στον 6 και αυξήθηκε πάλι από τον 6^ο στον 9^ο μήνα.

6.2.2.3.2 Διαφορές του παράλληλου παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το παράλληλο παιχνίδι ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = .378$, $p = .718$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -2.2$, $p = .068$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -.923$, $p = .392$). Η διάρκεια του παράλληλου παιχνιδιού αυξανόταν, όσο αυξανόταν και η ηλικία.

6.2.2.3.2 Διαφορές του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές του διαπροσωπικού παιχνιδιού ανάμεσα στους 2 με τους 4 μήνες ($t(6) = -.47$, $p = .655$), ανάμεσα στους 4 με τους 6 μήνες ($t(6) = -.123$, $p = .906$) και ανάμεσα στους 6 με τους 9 μήνες ($t(6) = -.901$, $p = .403$). Το διαπροσωπικό παιχνίδι αυξανόταν σε διάρκεια, όσο αυξανόταν και η ηλικία.

6.2.2.3.3 Διαφορές της σύγκλισης ενδιαφέροντος ανάμεσα στις ηλικίες

Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά της σύγκλισης ενδιαφέροντος ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -6.1$, $p = .001$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.7$, $p = .150$), αλλά ούτε και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -1.74$, $p = .132$). Η διάρκεια αυτού του παιχνιδιού μειώθηκε από τους 2 στους 4 μήνες, αλλά παρουσίασε σταθερή αύξηση στις υπόλοιπες ηλικίες.

6.2.2.3.4 Διαφορές του χιούμορ ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το χιούμορ ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.7$, $p = .135$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -.343$, $p = .743$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -.236$, $p = .822$). Όσο αυξανόταν η ηλικία, τόσο μεγάλωνε και η διάρκεια του χιούμορ.

6.2.2.3.5 Διαφορές του αλληλοσυντονισμού της προσοχής ανάμεσα στις ηλικίες

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -1.5$,

$p=.189$), ανάμεσα στους 4 και τους 6 μήνες ($t(6) = -1.3$, $p=.246$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = -0.427$, $p=.684$). Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής παρουσίασε αύξηση με την πάροδο της ηλικίας.

Πίνακας 45 Διαφορές στη διάρκεια των ειδών παιχνιδιού ανά ηλικία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|---|---------|--------|---------|--------|
| Απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο | | | | |
| 2*4 | 119.5 | 29.15 | 181.008 | 70.94 |
| 4*6 | 181.008 | 70.94 | 178.4 | 93.43 |
| 6*9 | 178.4 | 93.43 | 373.9 | 164.6 |
| Παράλληλο παιχνίδι | | | | |
| 2*4 | 3.84 | 10.16 | 2.07 | 5.5 |
| 4*6 | 2.07 | 5.5 | 32.03 | 33.02 |
| 6*9 | 32.03 | 33.02 | 61.5 | 81.12 |
| Διαπροσωπικό παιχνίδι | | | | |
| 2*4 | 148.6 | 66.5 | 171.5 | 121.05 |
| 4*6 | 171.5 | 121.05 | 179.1 | 65.32 |
| 6*9 | 179.1 | 65.32 | 216.9 | 98.64 |
| Σύγκλιση ενδιαφέροντος | | | | |
| 2*4 | 28.3 | 52.05 | 0.108 | 98.1 |
| 4*6 | 0.108 | 98.1 | 291.3 | 87.7 |
| 6*9 | 291.3 | 87.7 | 385.1 | 120.9 |
| Χιούμορ | | | | |
| 2*4 | 3.00 | 4.7 | 20.9 | 29.3 |
| 4*6 | 20.9 | 29.3 | 27.08 | 30.6 |
| 6*9 | 27.08 | 30.6 | 32.4 | 40.8 |

Αλληλοσυντονισμός προσοχής

| | | | | |
|------------|-------|-------|-------|-------|
| 2*4 | 4.8 | 6.84 | 20.77 | 29.8 |
| 4*6 | 20.77 | 29.8 | 31.22 | 39.12 |
| 6*9 | 31.22 | 39.12 | 39.2 | 37.33 |

6.2.2.4 Έναρξη πρωτοβουλίας

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το συμμετέχοντα που έπαιρνε πρωτοβουλία στην κλινική ομάδα ανάμεσα στους 2 και στους 4 μήνες ($t(6) = -0.420$, $p = .689$), ανάμεσα στους 4 και στους 6 μήνες ($t(6) = -1.00$, $p = .356$) και ανάμεσα στους 6 και στους 9 μήνες ($t(6) = 1.6$, $p = .172$). Η έναρξη πρωτοβουλίας παρουσίασε αυξομειώσεις καθώς μειώθηκε από το 2^ο στον 4^ο, αυξήθηκε από τον 4^ο στον 6 και μηδενίστηκε από τον 6^ο στον 9^ο μήνα.

Πίνακας 46 Διαφορές όσον αφορά το συμμετέχοντα που έπαιρνε πρωτοβουλία

| Ηλικίες (μήνες) | μ.ο. | τ.α. | μ.ο. | τ.α. |
|--------------------|------|------|------|------|
| 2*4 | 0.29 | .756 | 0.14 | .378 |
| 4*6 | 0.14 | .378 | 0.57 | .976 |
| 6*9 | 0.57 | .976 | 0 | 0 |

6.3 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Για την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών επιλέχθηκε ο δείκτης Pearson r καθώς πληρούνται οι προϋποθέσεις της κανονικής κατανομής και της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών.

6.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και των τριών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας

6.3.1.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση εντοπίστηκε μεταξύ της διάρκειας της συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες και της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες. Επιπλέον, η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 4 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 6 μήνες.

Πίνακας 47

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες συμπεριφοράς της μητέρας στις διάφορες ηλικίες

| | $\Delta M2$ | $\Delta M4$ | $\Delta M6$ | $\Delta M9$ |
|-------------|-------------|----------------|-------------|---------------|
| $\Delta M2$ | | | | 0.598* |
| $\Delta M4$ | 0.294 | | 0.212 | 0.392 |
| $\Delta M6$ | 0.272 | 0.717** | | 0.290 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

* ΔM =διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας

Όσον αφορά τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ της διάρκειας της συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες και της διάστασης του αρνητικού συναίσθηματος. Πιο αναλυτικά, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα του βρέφους στους 9 μήνες, σύμφωνα με τις αυτοαξιολογήσεις της μητέρας στο ερωτηματολόγιο ιδιοσυγκρασίας.

Πίνακας 48

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|------------|-----------|----------------|--------------|
| ΔΜ2 | -0.198 | -0.610* | 0.112 |
| ΔΜ4 | 0.049 | -0.427 | -0.113 |
| ΔΜ6 | -0.265 | -0.193 | -0.375 |
| ΔΜ9 | -0.138 | -0.274 | -0.139 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

*ΘΑ=θετικό συναίσθημα, ΑΣ=αρνητικό συναίσθημα, ΑΥΤΟΡ=αυτορρύθμιση

6.3.1.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους και των τριών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας σε καμία από τις ηλικίες.

Πίνακας 49

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες συμπεριφοράς του βρέφους στις διάφορες ηλικίες

| | $\Delta B2$ | $\Delta B4$ | $\Delta B6$ | $\Delta B9$ |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| $\Delta B2$ | | | | |
| $\Delta B4$ | -0.187 | | | |
| $\Delta B6$ | 0.416 | -0.225 | | |
| $\Delta B9$ | 0.209 | 0.100 | -0.300 | |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

Πίνακας 50

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | $\Theta\Sigma$ | $A\Sigma$ | $AΥΤΟΡ$ |
|-------------|----------------|-----------|---------|
| $\Delta B2$ | - 0.287 | -0.404 | 0.248 |
| $\Delta B4$ | - 0.215 | -0.359 | -0.270 |
| $\Delta B6$ | -0.359 | -0.119 | 0.222 |
| $\Delta B9$ | - 0.012 | -0.213 | -0.217 |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.1.3 Συσχετίσεις της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Η συνολική διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά και με θετική κατεύθυνση, με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 6 και στους 9 μήνες. Επομένως, όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού της δυάδας στους 6 και στους 9 μήνες και το αντίστροφο. Στατιστικά σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση της συνολικής

διάρκειας συγχρονισμού στους 6 μήνες, με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες και με τη συνολική διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Τέλος, εντοπίστηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού στους 9 μήνες και της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού στους 4 μήνες.

Πίνακας 51

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες του συγχρονισμού στις διάφορες ηλικίες

| | Σ2 | Σ4 | Σ6 | Σ9 |
|-----------|---------------|----------------|---------------|-----------|
| Σ2 | | | | |
| Σ4 | 0.423 | | | |
| Σ6 | 0.590* | 0.717** | | |
| Σ9 | 0.519* | 0.545** | 0.523* | |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

***Σ=η διάρκεια του συγχρονισμού**

Η συνολική διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες βρέθηκε να σχετίζεται μόνο με την παράμετρο της ιδιοσυγκρασίας που αφορά το αρνητικό συναίσθημα. Η αλληλεπίδραση ήταν στατιστικά σημαντικά σημαντική, αλλά με αρνητική κατεύθυνση. Όσο μεγαλύτερη δηλαδή ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες, τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία που δόθηκε από τη μητέρα για το αρνητικό συναίσθημα του βρέφους στους 9 μήνες.

Πίνακας 52

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια του συγχρονισμού και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|-----------|-----------|----------------|--------------|
| Σ2 | -0.15 | -0.488 | -0.003 |
| Σ4 | 0.14 | -0.553* | -0.128 |
| Σ6 | 0.30 | -0.368 | -0.157 |
| Σ9 | 0.452 | -1.07 | 0.045 |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.1.4 Συσχετίσεις της συνολικής διάρκειας του επεισοδίου με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες του επεισοδίου στις διάφορες ηλικίες.

Πίνακας 53

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες του επεισοδίου στις διάφορες ηλικίες

| | E2 | E4 | E6 | E9 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| E2 | | | | |
| E4 | 0.184 | | | |
| E6 | 0.406 | 0.196 | | |
| E9 | 0.511 | 0.339 | 0.399 | |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

***E=η διάρκεια του επεισοδίου**

Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής διάρκειας του επεισοδίου στους 2 μήνες και του αρνητικού συναισθήματος.

Πίνακας 54

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια του επεισοδίου και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|-----------|-----------|----------------|--------------|
| E2 | -0.304 | -0.627* | 0.108 |
| E4 | -0.121 | -0.495 | -0.153 |
| E6 | -0.331 | -0.368 | -0.175 |
| E9 | -0.014 | -0.243 | -0.35 |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.1.5 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες και η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 6 μήνες.

Πίνακας 55

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες της λανθάνουσας περιόδου στις διάφορες ηλικίες

| | Λ2 | Λ4 | Λ6 | Λ9 |
|-----------|-----------|---------------|---------------|-----------|
| Λ2 | | | | |
| Λ4 | 0.024 | | | |
| Λ6 | 0.222 | 0.172 | | |
| Λ9 | -0.75 | 0.615* | 0.519* | |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

***Λ= διάρκεια λανθάνουσας περιόδου**

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, στους 2, στους 4, στους 6 και στους 9 μήνες.

Πίνακας 56

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|----|--------|--------|-------|
| Λ2 | -0.082 | -0.270 | 0.356 |
| Λ4 | 0.223 | -0.348 | 0.096 |
| Λ6 | -0.287 | -0.436 | 0.063 |
| Λ9 | 0.390 | -0.094 | 0.197 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.1.6 Συσχετίσεις της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς στις διάφορες ηλικίες.

Πίνακας 57

Συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς στις διάφορες ηλικίες

| | A2 | A4 | A6 | A9 |
|----|--------|--------|-------|----|
| A2 | | | | |
| A4 | -0.279 | | | |
| A6 | 0.224 | -0.025 | | |
| A9 | 0.066 | 0.373 | 0.365 | |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

*A= διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών

Οι τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας δεν συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια αλληλεπικάλυψης συμπεριφοράς σε καμία από τις ηλικίες.

Πίνακας 58

Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|-----------|-----------|-----------|--------------|
| A2 | -0.204 | -0.271 | 0.296 |
| A4 | 0.057 | -0.386 | -0.196 |
| A6 | -0.265 | -0.131 | -0.245 |
| A9 | -0.196 | -0.349 | -0.411 |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.1.7 Συσχετίσεις των ειδών συμπεριφοράς με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στις μονές εναλλαγές διαφορετικής τροπικότητας στους 6 μήνες και στις μονές εναλλαγές ίδιας τροπικότητας στους 9 μήνες. Οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες. Οι μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 4 μήνες σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά και με αρνητική κατεύθυνση με τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 2 και στους 4 μήνες. Επιπλέον, οι μονές εναλλαγές διαφορετικού τύπου στους 4 μήνες σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές διαφορετικού τύπου στους 9 μήνες. Τέλος, οι πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικού τύπου στους 4 και στους

6 μήνες σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικού τύπου στους 9 μήνες.

Πίνακας 59

Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη συμπεριφορών στις διάφορες ηλικίες

| | ΜΙ2 | ΜΙ4 | ΜΙ6 | ΜΙ9 |
|------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| ΜΙ2 | | | | |
| ΜΙ4 | 0.355 | | | |
| ΜΙ6 | 0.37 | -0.125 | | |
| ΜΙ9 | 0.98 | -0.70 | 0.154 | |
| | ΜΔ2 | ΜΔ4 | ΜΔ6 | ΜΔ9 |
| ΜΙ2 | -0.105 | -0.250 | -0.399 | -0.099 |
| ΜΙ4 | 0.513 | -0.314 | -0.138 | 0.063 |
| ΜΙ6 | -0.104 | 0.149 | 0.028 | -0.439 |
| ΜΙ9 | -0.299 | -0.363 | -0.598* | -0.329 |
| | ΠΙ2 | ΠΙ4 | ΠΙ6 | ΠΙ9 |
| ΜΙ2 | 0.570* | 0.015 | 0.596* | 0.121 |
| ΜΙ4 | -0.097 | 0.362 | -0.146 | 0.327 |
| ΜΙ6 | -0.322 | 0.327 | 0.120 | -0.233 |
| ΜΙ9 | -0.050 | -0.076 | -0.91 | 0.433 |
| | ΠΔ2 | ΠΔ4 | ΠΔ6 | ΠΔ9 |
| ΜΙ2 | -0.82 | -0.167 | -0.349 | 0.151 |
| ΜΙ4 | -0.560* | -0.537* | -0.501 | 0.306 |
| ΜΙ6 | 0.290 | -0.217 | 0.120 | -0.350 |
| ΜΙ9 | -0.272 | 0.092 | 0.063 | 0.061 |
| | ΜΔ2 | ΜΔ4 | ΜΔ6 | ΜΔ9 |
| ΜΔ2 | | | | |
| ΜΔ4 | -0.482 | | | |
| ΜΔ6 | 0.170 | 0.209 | | |
| ΜΔ9 | -0.239 | 0.520* | -0.069 | |
| | ΠΙ2 | ΠΙ4 | ΠΙ6 | ΠΙ9 |
| ΜΔ2 | -0.188 | 0.441 | -0.319 | 0.178 |
| ΜΔ4 | -0.242 | -0.260 | 0.041 | -0.494 |

| | | | | |
|------------|--------|--------|--------|--------|
| ΜΔ6 | -0.323 | 0.216 | -0.249 | 0.049 |
| ΜΔ9 | 0.009 | -0.251 | -0.094 | -0.263 |

| | ΠΔ2 | ΠΔ4 | ΠΔ6 | ΠΔ9 |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| ΜΔ2 | -0.117 | -0.355 | 0.015 | -0.255 |
| ΜΔ4 | 0.489 | -0.060 | -0.170 | -0.074 |
| ΜΔ6 | 0.258 | -0.127 | 0.347 | -0.032 |
| ΜΔ9 | 0.189 | 0.041 | -0.186 | 0.003 |

| | ΠΙ2 | ΠΙ4 | ΠΙ6 | ΠΙ9 |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| ΠΙ2 | | | | |
| ΠΙ4 | 0.355 | | | |
| ΠΙ6 | 0.037 | -0.125 | | |
| ΠΙ9 | 0.098 | -0.070 | 0.154 | |

| | ΠΔ2 | ΠΔ4 | ΠΔ6 | ΠΔ9 |
|------------|------------|---------------|----------------|------------|
| ΠΔ2 | | | | |
| ΠΔ4 | 0.131 | | | |
| ΠΔ6 | 0.381 | 0.356 | | |
| ΠΔ9 | 0.452 | 0.524* | 0.685** | |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

***ΜΙ=μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα, ΜΔ=μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα, ΠΙ=πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα, ΠΔ=πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα**

Όσον αφορά τις συσχετίσεις των ειδών συμπεριφοράς με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στις μονές εναλλαγές ίδιας τροπικότητας στους 4 μήνες με το αρνητικό συναίσθημα. Οι πολλαπλές εναλλαγές ίδιας τροπικότητας στους 6 και οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 2 μήνες, αλληλεπιδρούσαν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με το αρνητικό συναίσθημα. Στους 9 μήνες, οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το αρνητικό συναίσθημα. Τέλος, οι

πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 9 μήνες, σχετίζονταν αρνητικά με το θετικό συναίσθημα.

Πίνακας 60

Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη συμπεριφοράς και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|-----|----------------|----------------|--------|
| ΜΙ2 | -0.129 | -0.165 | -0.128 |
| ΜΙ4 | 0.110 | 0.536* | -0.357 |
| ΜΙ6 | -0.166 | -0.421 | 0.303 |
| ΜΙ9 | 0.199 | 0.283 | 0.243 |
| ΜΔ2 | 0.382 | 0.427 | -0.418 |
| ΜΔ4 | 0.009 | -0.416 | 0.385 |
| ΜΔ6 | 0.014 | -0.026 | -0.047 |
| ΜΔ9 | -0.145 | -0.196 | 0.007 |
| ΠΙ2 | -0.226 | -0.173 | -0.221 |
| ΠΙ4 | 0.067 | 0.137 | -0.464 |
| ΠΙ6 | -0.391 | -0.572* | -0.192 |
| ΠΙ9 | 0.431 | 0.594* | -0.345 |
| ΠΔ2 | 0.110 | -0.631* | 0.354 |
| ΠΔ4 | -0.351 | -0.292 | -0.079 |
| ΠΔ6 | -0.221 | -0.099 | -0.175 |
| ΠΔ9 | -0.565* | -0.460 | -0.069 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.1.8 Συσχετίσεις των ειδών του παιχνιδιού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

Η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 2 μήνες παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την απουσία εμπλοκής στους 4 μήνες και με την απουσία εμπλοκής στους 6 μήνες. Η απουσία εμπλοκής στους 2 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος, αλλά και με το χιούμορ

στους 9 μήνες, στο οποίο η συσχέτιση είχε αρνητική κατεύθυνση. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική, με αρνητικό πρόσημο, ήταν η αλληλεπίδραση μεταξύ της απουσίας εμπλοκής στους 2 μήνες και του αλληλοσυντονισμού της προσοχής στους 9 μήνες. Η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 6 μήνες, αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με το παράλληλο παιχνίδι στους 9 μήνες, αλλά και με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες. Τέλος, στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με αρνητικό πρόσημο, βρέθηκε ανάμεσα στην απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 9 μήνες και στον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες.

Το παράλληλο παιχνίδι στους 2 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 2 μήνες. Ακόμη, το παράλληλο παιχνίδι στους 6 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 6 μήνες.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στο διαπροσωπικό παιχνίδι στους 4 μήνες και στο διαπροσωπικό παιχνίδι στους 9 μήνες. Η σχέση ανάμεσα στο διαπροσωπικό παιχνίδι στους 6 μήνες και στη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 6 μήνες και στους 9 μήνες, ήταν στατιστικά σημαντική αλλά με αρνητικό πρόσημο. Το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 4 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες και με αρνητική κατεύθυνση. Τέλος, το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 6 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά και με αρνητικό πρόσημο, με το χιούμορ στους 4 μήνες.

Η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 2 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 4 μήνες. Στους 4 μήνες, η σύγκλιση ενδιαφέροντος σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 6 μήνες. Στους 9 μήνες εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σύγκλισης ενδιαφέροντος με το χιούμορ στους 4 μήνες.

Όσον αφορά το χιούμορ στους 9 μήνες αυτό συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες.

Πίνακας 61 Συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη του παιχνιδιού

| | ΑΕ2 | ΑΕ4 | ΑΕ6 | ΑΕ9 |
|------------|---------------|----------------|------------|----------------|
| ΑΕ2 | | | | |
| ΑΕ4 | 0.574* | | | |
| ΑΕ6 | 0.539* | 0.479 | | |
| ΑΕ9 | 0.055 | 0.258 | -0.229 | |
| | Π2 | Π4 | Π6 | Π9 |
| ΑΕ2 | 0.141 | 0.166 | -0.259 | -0.233 |
| ΑΕ4 | -0.153 | 0.394 | -0.208 | -0.088 |
| ΑΕ6 | -0.237 | -0.194 | -0.233 | -0.531* |
| ΑΕ9 | 0.298 | 0.361 | -0.012 | -0.083 |
| | Δ2 | Δ4 | Δ6 | Δ9 |
| ΑΕ2 | -0.241 | -0.138 | -0.426 | -0.280 |
| ΑΕ4 | -0.028 | 0.124 | 0.076 | 0.145 |
| ΑΕ6 | -0.102 | 0.503 | -0.244 | 0.292 |
| ΑΕ9 | -0.210 | -0.280 | 0.315 | 0.053 |
| | ΣΕ2 | ΣΕ4 | ΣΕ6 | ΣΕ9 |
| ΑΕ2 | -0.371 | -0.263 | -0.120 | 0.631* |
| ΑΕ4 | -0.346 | -0.506 | -0.501 | -0.022 |
| ΑΕ6 | -0.123 | -0.550* | -0.443 | 0.289 |
| ΑΕ9 | -0.199 | 0.123 | -0.112 | -0.397 |
| | Χ2 | Χ4 | Χ6 | Χ9 |
| ΑΕ2 | 0.120 | 0.315 | 0.214 | -0.593* |
| ΑΕ4 | 0.156 | -0.208 | 0.468 | -0.271 |
| ΑΕ6 | -0.057 | 0.115 | 0.145 | -0.044 |
| ΑΕ9 | | | | |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
| ΑΕ2 | 0.118 | -0.315 | -0.454 | -0.520* |
| ΑΕ4 | -0.078 | -0.392 | -0.507 | -0.358 |
| ΑΕ6 | 0.017 | -0.432 | -0.484 | -0.177 |
| ΑΕ9 | 0.036 | 0.213 | 0.018 | -0.593* |

| | Π2 | Π4 | Π6 | Π9 |
|-----------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Π2 | | | | |
| Π4 | -0.071 | | | |
| Π6 | -0.195 | -0.195 | | |
| Π9 | -0.188 | -0.188 | 0.341 | |
| | Δ2 | Δ4 | Δ6 | Δ9 |
| Π2 | -0.050 | 0.183 | -0.070 | 0.013 |
| Π4 | -0.037 | -0.312 | 0.002 | 0.178 |
| Π6 | 0.192 | -0.158 | -0.015 | -0.301 |
| Π9 | 0.182 | -0.344 | 0.176 | -0.454 |
| | ΣΕ2 | ΣΕ4 | ΣΕ6 | ΣΕ9 |
| Π2 | -0.057 | -0.182 | 0.136 | 0.057 |
| Π4 | -0.129 | 0.024 | 0.112 | -0.173 |
| Π6 | 0.166 | 0.412 | -0.108 | 0.132 |
| Π9 | -0.269 | 0.482 | -0.092 | -0.147 |
| | Χ2 | Χ4 | Χ6 | Χ9 |
| Π2 | 0.352 | -0.155 | -0.243 | -0.207 |
| Π4 | -0.110 | -0.155 | 0.194 | -0.167 |
| Π6 | 0.446 | 0.064 | -0.376 | -0.014 |
| Π9 | 0.006 | -0.003 | 0.380 | -0.097 |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
| Π2 | 0.680** | 0.286 | 0.134 | -0.110 |
| Π4 | -0.121 | -0.042 | -0.158 | -0.225 |
| Π6 | 0.137 | 0.170 | 0.536* | -0.027 |
| Π9 | -0.246 | -0.189 | 0.258 | 0.138 |
| | Δ2 | Δ4 | Δ6 | Δ9 |
| Δ2 | | | | |
| Δ4 | 0.117 | | | |
| Δ6 | 0.346 | 0.020 | | |
| Δ9 | 0.316 | 0.525* | 0.366 | |
| | ΣΕ2 | ΣΕ4 | ΣΕ6 | ΣΕ9 |
| Δ2 | -0.476 | 0.087 | -0.396 | -0.063 |
| Δ4 | 0.108 | -0.734** | -0.358 | -0.307 |
| Δ6 | 0.060 | 0.144 | -0.617* | -0.651** |
| Δ9 | -0.070 | -0.347 | -0.488 | -0.444 |
| | Χ2 | Χ4 | Χ6 | Χ9 |
| Δ2 | 0.062 | -0.076 | -0.110 | 0.243 |
| Δ4 | 0.169 | -0.144 | 0.120 | 0.471 |
| Δ6 | -0.120 | -0.611* | 0 | 0.132 |
| Δ9 | -0.251 | -0.391 | -0.060 | 0.225 |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |

| | | | | |
|------------|------------|----------------|----------------|----------------|
| Δ2 | -0.227 | -0.132 | 0.497 | 0.440 |
| Δ4 | 0.386 | -0.258 | -0.247 | 0.244 |
| Δ6 | -0.326 | 0.411 | 0.480 | 0.194 |
| Δ9 | 0.136 | -0.169 | 0.099 | 0.162 |
| | ΣΕ2 | ΣΕ4 | ΣΕ6 | ΣΕ9 |
| ΣΕ2 | | | | |
| ΣΕ4 | -0.084 | | | |
| ΣΕ6 | 0.169 | 0.281 | | |
| ΣΕ9 | -0.070 | 0.077 | 0.204 | |
| | Χ2 | Χ4 | Χ6 | Χ9 |
| ΣΕ2 | -0.139 | -0.038 | -0.301 | -0.306 |
| ΣΕ4 | -0.271 | -0.108 | -0.151 | -0.267 |
| ΣΕ6 | -0.108 | 0.289 | -0.049 | 0.119 |
| ΣΕ9 | -0.025 | 0.549* | -0.169 | -0.430 |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
| ΣΕ2 | 0.252 | 0.646** | 0.045 | 0.139 |
| ΣΕ4 | -0.381 | 0.296 | 0.658** | 0.074 |
| ΣΕ6 | 0.028 | 0.079 | -0.219 | 0.124 |
| ΣΕ9 | 0.169 | -0.064 | -0.046 | -0.162 |
| | Χ2 | Χ4 | Χ6 | Χ9 |
| Χ2 | | | | |
| Χ4 | 0.158 | | | |
| Χ6 | -0.369 | -0.132 | | |
| Χ9 | 0.063 | -0.113 | -0.177 | |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
| Χ2 | 0.386 | -0.011 | -0.054 | -0.291 |
| Χ4 | 0.113 | -0.350 | -0.286 | -0.297 |
| Χ6 | -0.328 | -0.504 | -0.412 | 0.003 |
| Χ9 | -0.148 | 0.080 | -0.075 | 0.747** |
| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
| ΑΠ2 | | | | |
| ΑΠ4 | 0.047 | | | |
| ΑΠ6 | 0.003 | 0.484 | | |
| ΑΠ9 | -0.248 | 0.158 | 0.284 | |

*p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001

Όσον αφορά τη συσχέτιση των τριών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας με τα είδη του παιχνιδιού, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην απουσία

εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 4 μήνες και στο αρνητικό συναίσθημα. Η απουσία εμπλοκής στους 6 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και με αρνητική κατεύθυνση με την αυτορρύθμιση. Στατιστικά σημαντική σχέση με αρνητικό πρόσημο, εντοπίστηκε μεταξύ του παράλληλου παιχνιδιού στους 9 μήνες και του θετικού συναισθήματος. Η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 6 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την αυτορρύθμιση. Τέλος, στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αρνητικού πρόσημου, παρατηρήθηκε ανάμεσα στον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες και στο αρνητικό συναίσθημα.

Πίνακας 62

Συσχετίσεις των ειδών παιχνιδιού με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας

| | ΘΣ | ΑΣ | ΑΥΤΟΡ |
|------------|----------------|----------------|----------------|
| ΑΕ2 | 0.208 | 0.092 | 0.045 |
| ΑΕ4 | 0.134 | 0.641** | -0.133 |
| ΑΕ6 | 0.147 | 0.205 | -0.531* |
| ΑΕ9 | 0.088 | 0.388 | 0.462 |
| Π2 | -0.038 | -0.267 | 0.476 |
| Π4 | 0.475 | 0.461 | 0.422 |
| Π6 | -0.319 | 0.020 | -0.240 |
| Π9 | -0.584* | -0.120 | -0.044 |
| Δ2 | -0.191 | 0.011 | -0.242 |
| Δ4 | 0.029 | 0.137 | -0.386 |
| Δ6 | -0.066 | 0.256 | -0.176 |
| Δ9 | 0.141 | 0.293 | -0.283 |
| ΣΕ2 | 0.347 | -0.002 | -0.055 |
| ΣΕ4 | -0.412 | -0.374 | 0.124 |
| ΣΕ6 | 0.015 | -0.473 | 0.630* |
| ΣΕ9 | -0.007 | -0.353 | -0.085 |
| Χ2 | 0.007 | 0.129 | 0.268 |
| Χ4 | 0.348 | -0.082 | -0.059 |
| Χ6 | -0.238 | 0.195 | -0.239 |
| Χ9 | 0.117 | -0.156 | 0.067 |
| ΑΠ2 | 0.118 | -0.001 | 0.107 |

| | | | |
|------------|--------|----------------|--------|
| ΑΠ4 | 0.152 | -0.187 | 0.270 |
| ΑΠ6 | -0.380 | -0.304 | -0.142 |
| ΑΠ9 | -0.287 | -0.523* | -0.025 |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συγχρονισμού

6.3.2.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη του παιχνιδιού

Στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση, αρνητικής κατεύθυνσης, παρατηρήθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες και στην απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 9 μήνες. Η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και με το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 2 μήνες, αλλά και με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες. Στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση αρνητικής κατεύθυνσης εντοπίστηκε επίσης ανάμεσα στη συνολική διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες και στην απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 4 μήνες. Στους 6 μήνες, η συνολική διάρκεια συγχρονισμού αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 6 μήνες. Η διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες, σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και με θετική κατεύθυνση με το χιούμορ, αλλά και με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στην ίδια ηλικία.

Πίνακας 63

Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη του παιχνιδιού

| | Σ2 | Σ4 | Σ6 | Σ9 |
|------------|-----------|----------------|-----------|-----------|
| ΑΕ2 | -0.284 | -0.035 | -0.029 | 0.003 |
| ΑΕ4 | -0.389 | -0.635* | -0.435 | -0.241 |

| | | | | |
|-----|----------------|--------|---------------|---------------|
| ΑΕ6 | -0.213 | 0.077 | -0.043 | 0.156 |
| ΑΕ9 | -0.542* | -0.363 | -0.261 | -0.259 |
| Π2 | -0.232 | -0.070 | -0.050 | -0.218 |
| Π4 | -0.077 | -0.347 | -0.327 | 0.235 |
| Π6 | -0.160 | 0.274 | 0.159 | -0.252 |
| Π9 | 0.140 | -0.146 | 0.078 | -0.243 |
| Δ2 | 0.524* | 0.226 | 0.416 | 0.152 |
| Δ4 | -0.157 | -0.034 | -0.143 | 0.112 |
| Δ6 | 0.242 | -0.191 | 0.335 | 0.029 |
| Δ9 | 0.139 | -0.149 | -0.155 | 0.264 |
| ΣΕ2 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| ΣΕ4 | 0.266 | 0.327 | 0.421 | -0.263 |
| ΣΕ6 | 0.051 | 0.097 | -0.215 | -0.120 |
| ΣΕ9 | 0.051 | 0.348 | 0.164 | 0.631* |
| Χ2 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| Χ4 | 0.062 | 0.471 | 0.114 | 0.315 |
| Χ6 | -0.110 | -0.445 | -0.328 | 0.214 |
| Χ9 | 0.442 | 0.158 | 0.120 | 0.593* |
| ΑΠ2 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| ΑΠ4 | ---- | ---- | ---- | ---- |
| ΑΠ6 | 0.371 | 0.387 | 0.552* | -0.454 |
| ΑΠ9 | 0.747** | 0.202 | 0.314 | 0.520* |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.2.2 Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη της συμπεριφοράς

Στατιστικά σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση μεταξύ της συνολικής διάρκειας συγχρονισμού στους 2 μήνες με τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες, με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες και στις πολλαπλές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες. Η

διάρκεια συγχρονισμού στους 6 μήνες αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες, με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα τους 2 μήνες, καθώς και με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες.

Πίνακας 64

Συσχετίσεις διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη της συμπεριφοράς

| | Σ2 | Σ4 | Σ6 | Σ9 |
|------------|----------------|---------------|----------------|-----------|
| ΜΙ2 | 0.660** | 0.387 | 0.529* | 0.473 |
| ΜΙ4 | -0.257 | -0.117 | -0.168 | -0.102 |
| ΜΙ6 | -0.157 | 0.430 | 0.265 | -0.116 |
| ΜΙ9 | -0.088 | -0.221 | -0.053 | 0.141 |
| ΜΔ2 | -0.128 | 0.120 | -0.077 | -0.055 |
| ΜΔ4 | -0.057 | 0.019 | 0.030 | -0.127 |
| ΜΔ6 | -0.264 | 0.046 | -0.196 | -0.196 |
| ΜΔ9 | 0.042 | -0.212 | -0.370 | -0.370 |
| ΠΙ2 | 0.693** | 0.145 | 0.541* | 0.480 |
| ΠΙ4 | -0.303 | 0.511 | 0.093 | 0.167 |
| ΠΙ6 | 0.659** | 0.529* | 0.811** | 0.273 |
| ΠΙ9 | -0.163 | -0.156 | -0.135 | 0.354 |
| ΠΔ2 | 0.425 | 0.388 | 0.104 | 0.111 |
| ΠΔ4 | 0.287 | -0.128 | 0.018 | -0.011 |
| ΠΔ6 | 0.026 | -0.127 | -0.179 | -0.361 |
| ΠΔ9 | 0.342 | 0.063 | -0.003 | -0.220 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.3 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας

6.3.3.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τη διάρκεια συγχρονισμού

Στους 2 μήνες, η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 4 μήνες και στη διάρκεια συγχρονισμού στους 4, στους 6 και στους 9 μήνες. Στους 6 μήνες η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες. Τέλος, στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 και στους 9 μήνες.

Πίνακας 65

Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τη διάρκεια συγχρονισμού

| | ΔΜ2 | ΔΜ4 | ΔΜ6 | ΔΜ9 |
|-----------|----------------|----------------|---------------|---------------|
| Σ2 | 0.874** | 0.358 | 0.517* | 0.544* |
| Σ4 | 0.324 | 0.825** | 0.126 | 0.414 |
| Σ6 | 0.318 | 0.649** | 0.509 | 0.245 |
| Σ9 | 0.427 | 0.594* | -0.009 | 0.528* |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.3.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς της μητέρας με τα είδη του παιχνιδιού

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αρνητικής κατεύθυνσης, εντοπίστηκε ανάμεσα στην απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 9 μήνες, με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 6 και στους 9 μήνες. Το παράλληλο παιχνίδι στους 9 μήνες, σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας

στους 6 μήνες. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε επίσης ανάμεσα στο χιούμορ στους 9 μήνες, και στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 και στους 9 μήνες. Τέλος, ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 και στους 9 μήνες.

Πίνακας 66

Συσχετίσεις διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας με τα είδη του παιχιδιού

| | $\Delta M2$ | $\Delta M4$ | $\Delta M6$ | $\Delta M9$ |
|------------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| ΑΕ2 | -0.378 | 0.062 | -0.103 | -0.468 |
| ΑΕ4 | -0.389 | -0.372 | -0.115 | -0.386 |
| ΑΕ6 | -0.172 | 0.224 | -0.131 | -0.038 |
| ΑΕ9 | -0.445 | -0.425 | -0.570* | -0.533* |
| Π2 | -0.284 | -0.020 | -0.209 | -0.468 |
| Π4 | -0.133 | -0.419 | -0.405 | 0.001 |
| Π6 | -0.204 | 0.206 | 0.002 | 0.045 |
| Π9 | 0.140 | -0.044 | 0.544* | 0.112 |
| Δ2 | 0.271 | 0.245 | 0.469 | 0.398 |
| Δ4 | -0.098 | 0.298 | -0.027 | 0.167 |
| Δ6 | 0.131 | -0.174 | 0.274 | -0.082 |
| Δ9 | 0.157 | -0.146 | -0.302 | 0.122 |
| ΣΕ2 | -0.036 | -0.062 | -0.084 | -0.074 |
| ΣΕ4 | 0.246 | -0.036 | 0.126 | 0.217 |
| ΣΕ6 | 0.218 | -0.044 | -0.143 | 0.267 |
| ΣΕ9 | 0.090 | 0.183 | 0.108 | -0.183 |
| Χ2 | -0.411 | 0.294 | -0.272 | -0.332 |
| Χ4 | -0.063 | 0.437 | 0.118 | 0.031 |
| Χ6 | -0.059 | -0.281 | 0.349 | 0.154 |
| Χ9 | 0.564* | 0.396 | 0.140 | 0.634* |
| ΑΠ2 | -0.429 | 0.037 | -0.408 | -0.488 |
| ΑΠ4 | -0.007 | -0.125 | 0.013 | -0.225 |
| ΑΠ6 | 0.192 | 0.116 | 0.207 | 0.095 |
| ΑΠ9 | 0.786** | 0.293 | 0.458 | 0.679** |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.3.3 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφορά της μητέρας με τα είδη συμπεριφοράς

Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες και στις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες. Στους 6 μήνες, η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας αλληλεπιδρούσε στατιστικά σημαντικά με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και στους 6 μήνες και με τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 2, στους 4, στους 6 και στους 9 μήνες. Τέλος, η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 9 μήνες.

Πίνακας 67

Συσχετίσεις διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας με τα είδη συμπεριφοράς

| | $\Delta M2$ | $\Delta M4$ | $\Delta M6$ | $\Delta M9$ |
|------------|---------------|-------------|----------------|---------------|
| MI2 | 0.505 | 0.213 | 0.136 | 0.441 |
| MI4 | -0.332 | -0.149 | -0.403 | -0.288 |
| MI6 | -0.249 | 0.257 | -0.079 | -0.037 |
| MI9 | -0.216 | -0.137 | 0.016 | 0.090 |
| MΔ2 | -0.265 | 0.115 | -0.085 | -0.205 |
| MΔ4 | 0.114 | -0.040 | -0.196 | -0.159 |
| MΔ6 | -0.273 | -0.119 | -0.037 | -0.151 |
| MΔ9 | 0.380 | -0.145 | -0.235 | 0.037 |
| PI2 | 0.604* | 0.348 | 0.586* | 0.422 |
| PI4 | -0.387 | 0.506 | -0.138 | 0.243 |
| PI6 | 0.488 | 0.482 | 0.569* | 0.175 |
| PI9 | -0.383 | -0.159 | -0.074 | 0.080 |
| ΠΔ2 | 0.486 | 0.225 | 0.114 | 0.400 |
| ΠΔ4 | 0.325 | 0.239 | 0.556* | 0.312 |
| ΠΔ6 | -0.046 | -0.211 | 0.578* | 0.262 |
| ΠΔ9 | 0.354 | 0.059 | 0.533** | 0.561* |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.4 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους

6.3.4.1 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τη διάρκεια συγχρονισμού

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 2 μήνες και στη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες. Στους 4 μήνες η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Στους 6 μήνες, η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Τέλος, στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 9 μήνες και στη διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες.

Πίνακας 68

Συσχετίσεις διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τη διάρκεια συγχρονισμού

| | ΔB2 | ΔB4 | ΔB6 | ΔB9 |
|-----------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| Σ2 | 0.637* | -0.140 | 0.008 | 0.001 |
| Σ4 | 0.290 | 0.778** | 0.746** | 0.344 |
| Σ6 | -0.179 | -0.309 | -0.381 | -0.235 |
| Σ9 | 0.509 | 0.312 | 0.282 | 0.604* |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.4.2 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τα είδη του παιχνιδιού

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους στους 2 μήνες και του αλληλοσυντονισμού της προσοχής στους 9 μήνες. Στους 4 μήνες, η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες και με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 6 μήνες. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με αρνητικό πρόσημο, βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 4 μήνες και στην απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 4 μήνες. Τέλος, στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίστηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 9 μήνες με την απουσία εμπλοκής από τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 9 μήνες.

Πίνακας 69

Συσχετίσεις διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τα είδη του παιχνιδιού

| | $\Delta B2$ | $\Delta B4$ | $\Delta B6$ | $\Delta B9$ |
|-------------|-------------|----------------|-------------|-----------------|
| $\Delta E2$ | -0.431 | -0.122 | -0.143 | -0.014 |
| $\Delta E4$ | -0.247 | -0.545* | -0.040 | -0.147 |
| $\Delta E6$ | -0.372 | -0.087 | -0.225 | 0.203 |
| $\Delta E9$ | -0.200 | -0.101 | 0.412 | -0.660** |
| $\Delta I2$ | -0.277 | -0.091 | 0.074 | -0.292 |
| $\Delta I4$ | -0.079 | -0.233 | -0.088 | 0.010 |
| $\Delta I6$ | -0.249 | 0.494 | -0.192 | -0.332 |
| $\Delta I9$ | 0.349 | 0.057 | 0.365 | 0.091 |
| $\Delta 2$ | 0.135 | 0.302 | -0.487 | 0.343 |
| $\Delta 4$ | -0.325 | -0.260 | -0.297 | 0.247 |
| $\Delta 6$ | 0.164 | 0.149 | 0.083 | -0.199 |
| $\Delta 9$ | -0.002 | -0.080 | -0.052 | 0.091 |

| | | | | |
|------------|---------------|----------------|--------|--------|
| ΣΕ2 | -0.035 | -0.024 | -0.131 | -0.273 |
| ΣΕ4 | 0.310 | 0.686** | 0.265 | -0.015 |
| ΣΕ6 | 0.366 | -0.138 | 0.220 | 0.170 |
| ΣΕ9 | -0.165 | 0.228 | -0.331 | 0.037 |
| Χ2 | -0.450 | -0.103 | -0.119 | -0.492 |
| Χ4 | -0.199 | 0.072 | -0.151 | 0.194 |
| Χ6 | 0.056 | -0.389 | 0.191 | 0.466 |
| Χ9 | 0.401 | -0.174 | -0.204 | 0.336 |
| ΑΠ2 | -0.490 | -0.150 | -0.135 | -0.376 |
| ΑΠ4 | 0.049 | 0.279 | -0.171 | -0.452 |
| ΑΠ6 | 0.058 | 0.761** | -0.149 | -0.156 |
| ΑΠ9 | 0.616* | 0.071 | -0.233 | 0.496 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.4.3 Συσχετίσεις της διάρκειας συμπεριφοράς του βρέφους με τα είδη συμπεριφοράς

Αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 2 μήνες και στις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 4 μήνες. Η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 4 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες. Τέλος, η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 9 μήνες παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες, αλλά και με τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 4 μήνες.

Πίνακας 70

Συσχετίσεις συνολικής διάρκειας συμπεριφοράς βρέφους με τα είδη συμπεριφοράς

| | ΔΒ2 | ΔΒ4 | ΔΒ6 | ΔΒ9 |
|------------|------------|---------------|------------|------------|
| ΜΙ2 | 0.262 | 0.632* | -0.191 | 0.226 |

| | | | | |
|-----|-----------------|----------------|--------|---------------|
| ΜΙ4 | -0.397 | 0.143 | -0.074 | -0.473 |
| ΜΙ6 | -0.242 | 0.465 | -0.232 | -0.106 |
| ΜΙ9 | -0.080 | -0.041 | -0.230 | 0.164 |
| ΜΔ2 | -0.305 | -0.068 | -0.202 | -0.151 |
| ΜΔ4 | 0.101 | -0.052 | 0.124 | -0.333 |
| ΜΔ6 | -0.292 | -0.093 | 0.062 | 0.011 |
| ΜΔ9 | 0.350 | -0.312 | 0.487 | -0.218 |
| ΠΙ2 | 0.445 | 0.188 | 0.036 | 0.515* |
| ΠΙ4 | -0.705** | 0.390 | -0.482 | 0.170 |
| ΠΙ6 | 0.199 | 0.658** | -0.157 | 0.206 |
| ΠΙ9 | -0.476 | 0.009 | -0.343 | 0.356 |
| ΠΔ2 | 0.397 | -0.021 | -0.163 | 0.261 |
| ΠΔ4 | 0.262 | -0.344 | -0.195 | 0.537* |
| ΠΔ6 | 0.215 | -0.222 | -0.091 | 0.411 |
| ΠΔ9 | 0.445 | 0.010 | -0.149 | 0.460 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

5.3.5 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου

6.3.5.1 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τη διάρκεια συγχρονισμού

Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες και η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες.

Πίνακας 71

Συσχετίσεις διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τη διάρκεια συγχρονισμού

| | ΛΠ2 | ΛΠ4 | ΛΠ6 | ΛΠ9 |
|----|--------|----------------|--------|---------------|
| Σ2 | -0.089 | -0.090 | -0.005 | -0.219 |
| Σ4 | 0.244 | 0.545** | 0.231 | 0.272 |
| Σ6 | 0.303 | 0.355 | 0.280 | 0.032 |
| Σ9 | 0.258 | 0.399 | 0.348 | 0.525* |

***p<0.005, **p<0.001, ***p<0.001**

6.3.5.2 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη του παιχνιδιού

Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 2 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με το παράλληλο παιχνίδι στους 2 μήνες. Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 9 μήνες και με το χιούμορ στους 4 μήνες. Η σχέση της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες ήταν αρνητικά στατιστικά σημαντική και με το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 6 μήνες. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε επίσης ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 6 μήνες με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες και με τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 6 μήνες. Επιπλέον, η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 9 μήνες.

Πίνακας 72

Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη του παιχνιδιού

| | ΛΠ2 | ΛΠ4 | ΛΠ6 | ΛΠ9 |
|------------|----------------|----------------|------------|------------|
| ΑΕ2 | -0.043 | 0.297 | 0.018 | 0.490 |
| ΑΕ4 | -0.235 | -0.364 | -0.392 | -0.105 |
| ΑΕ6 | -0.281 | 0.020 | -0.356 | 0.020 |
| ΑΕ9 | 0.132 | -0.350 | -0.076 | -0.078 |
| Π2 | 0.948** | 0.014 | 0.268 | 0.007 |
| Π4 | -0.152 | -0.102 | 0.092 | 0.442 |
| Π6 | -0.239 | -0.249 | 0.306 | -0.187 |
| Π9 | -0.133 | -0.063 | 0.124 | -0.183 |
| Δ2 | 0.118 | 0.006 | 0.269 | 0.074 |
| Δ4 | 0.289 | -0.237 | -0.450 | -0.485 |
| Δ6 | 0.022 | -0.557* | -0.089 | -0.337 |

| | | | | |
|------------|--------|----------------|----------------|---------------|
| Δ9 | 0.098 | -0.356 | 0.007 | -0.125 |
| ΣΕ2 | -0.021 | -0.206 | -0.164 | -0.278 |
| ΣΕ4 | -0.208 | 0.067 | 0.614* | 0.324 |
| ΣΕ6 | 0.122 | 0.457 | 0.107 | 0.230 |
| ΣΕ9 | -0.024 | 0.543* | 0.432 | 0.518* |
| X2 | 0.217 | -0.114 | -0.184 | -0.310 |
| X4 | -0.195 | 0.831** | 0.031 | 0.436 |
| X6 | -0.173 | -0.008 | -0.302 | -0.070 |
| X9 | -0.056 | -0.167 | -0.441 | -0.433 |
| ΑΠ2 | ---- | -0.100 | 0.219 | -0.092 |
| ΑΠ4 | 0.294 | -0.251 | 0.170 | -0.096 |
| ΑΠ6 | 0.187 | -0.196 | 0.716** | 0.059 |
| ΑΠ9 | 0.087 | -0.135 | 0.046 | -0.246 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

6.3.5.3 Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη συμπεριφοράς

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες και στις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 2 μήνες. Στους 6 μήνες η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες. Τέλος, η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες σχετιζόταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με τις μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 9 μήνες.

Πίνακας 73

Συσχετίσεις της διάρκειας λανθάνουσας περιόδου με τα είδη συμπεριφοράς

| | ΑΠ2 | ΑΠ4 | ΑΠ6 | ΑΠ9 |
|------------|------------|------------|---------------|------------|
| ΜΙ2 | -0.120 | -0.152 | 0.606* | 0.280 |
| ΜΙ4 | -0.096 | -0.463 | 0.206 | -0.164 |
| ΜΙ6 | 0.476 | 0.307 | 0.480 | 0.278 |
| ΜΙ9 | -0.246 | -0.077 | 0.122 | 0.413 |
| ΜΔ2 | -0.175 | 0.284 | -0.145 | 0.034 |
| ΜΔ4 | 0.400 | -0.219 | -0.132 | -0.351 |

| | | | | |
|------------|--------|---------------|--------|----------------|
| ΜΔ6 | 0.431 | 0.413 | -0.090 | -0.022 |
| ΜΔ9 | -0.134 | -0.403 | -0.224 | -0.603* |
| ΠΙ2 | -0.073 | -0.121 | 0.011 | -0.038 |
| ΠΙ4 | -0.056 | 0.209 | 0.011 | 0.046 |
| ΠΙ6 | 0.040 | 0.035 | 0.501 | 0.165 |
| ΠΙ9 | -0.153 | 0.037 | 0.044 | 0.430 |
| ΠΔ2 | 0.256 | 0.516* | 0.037 | 0.067 |
| ΠΔ4 | 0.106 | -0.009 | -0.258 | -0.225 |
| ΠΔ6 | 0.078 | 0.473 | -0.112 | -0.020 |
| ΠΔ9 | 0.234 | 0.151 | 0.187 | -0.199 |

* $p < 0.005$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.001$

7. Συζήτηση και ερμηνεία της έρευνας

7.1 Ανασκόπηση των βασικών θεωριών και των στόχων της έρευνας

Σύμφωνα με τον Winnicott (1960) πέρα από την ανάγκη για σύναψη ισχυρών δεσμών και την ανάγκη για φροντίδα και ασφάλεια από τους σημαντικούς άλλους, το βρέφος έχει έμφυτη την ανάγκη και το κίνητρο για επικοινωνία, συντροφικότητα, παιχνίδι. Όπως αναφέρει και ο Belsky (1984), ο γονέας πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος απέναντι στο παιδί του, να προσφέρει όχι μόνο συναισθηματική ασφάλεια, αλλά και ανεξαρτησία, να ενισχύει την κοινωνικότητα και να εμπλουτίζει τη νοημοσύνη του. Έμφαση δόθηκε μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην θεωρία της διποκειμενικότητας και στη σημασία που έχει η εναρμόνιση και ο συγχρονισμός της δυάδας μητέρας-βρέφους για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού (Trevarthen, 1979).

Όπως προαναφέρθηκε ερευνητές που μελέτησαν την αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα έπασχε από ψυχική διαταραχή βρήκαν ότι η σχέση αυτή

διαταράσσεται εξαιτίας των συμπτωμάτων της μητέρας (Murray, 1980; Murray & Trevarthen, 1985; Murray et al., 1991; Murray & Cooper, 1998) και ότι το βρέφος είναι πιθανότερο να παρουσιάσει γνωστικά, συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα αργότερα στην παιδική ηλικία (Tronick, 1989). Κατά τον Brennan και τους συνεργάτες του τα άτομα με κατάθλιψη ή άλλες διαταραχές, αδυνατούν να στρέψουν την προσοχή τους στα ίδια ερεθίσματα με το βρέφος τους και αυτό γιατί στρέφουν το ενδιαφέρον τους σε ερεθίσματα που έχουν να κάνουν μόνο με ότι απασχολεί και αγχώνει τα ίδια (Brennan et al., 2000).

Η βιβλιογραφία παρουσιάζει ελλείψεις όσον αφορά τις μητέρες με ΔΕΠ-Υ και την ανάπτυξη της διυποκειμενικής σχέσης με τα βρέφη τους (Banks et al., 2008; Kryski et al., 2010; Ninowski et al., 2007; Semple et al., 2011). Οι περισσότερες έρευνες ως τώρα έχουν επικεντρωθεί στις μητέρες με κατάθλιψη ή διαταραχές άγχους και η διυποκειμενική επικοινωνία δεν έχει μελετηθεί εκτενώς.

Στο στάδιο της πρωτογενούς διυποκειμενικότητας, στους 2 δηλαδή μήνες ζωής, η επικοινωνία διεξάγεται μέσα από το κοίταγμα, το άγγιγμα (χειρονομίες, χάρδια), τις εκφράσεις του προσώπου και τις φωνοποιήσεις. Όλα αυτά βρίσκονται σε αμοιβαίο συγχρονισμό μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του, έχουν ρυθμό και παλμό, ενώ ο ένας κινείται με βάση τα σήματα που δέχεται από τον άλλο (Bratten, 1998; Trevarthen, 1979). Η φωνή της μητέρας είναι μελωδική και ευχάριστη, εδώ κυριαρχούν τα νανουρίσματα, τα τραγουδάκια και η διαισθητική βρεφική ομιλία από την πλευρά της μητέρας, παράγοντες που κάνουν το βρέφος να αισθάνεται χαρά και να μπορεί να καταλάβει τις προθέσεις της μητέρας του (Braten & Trevarthen, 2007). Το βρέφος από την άλλη προσαρμόζει-εναρμονίζει τις κινήσεις και τις εκφράσεις του στο ρυθμό και τη μουσικότητα των κινήσεων και εκφράσεων της μητέρας για να επικοινωνήσει μαζί της. Τι συμβαίνει όμως όταν η μητέρα πάσχει από ΔΕΠ-Υ.

Όλες οι μητέρες μετά τον τοκετό αντιμετωπίζουν πληθώρα δυσκολιών οι οποίες είναι κοινές, όπως προβλήματα ύπνου και κόπωση εξαιτίας της φροντίδας που πρέπει να προσφέρουν στο νεογέννητο. Ωστόσο, έχει βρεθεί πως οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο, εξαιτίας της μειωμένης λειτουργικότητας τους. Συγκεκριμένα, δυσκολεύονται στην οργάνωση και τον προγραμματισμό του χρόνου τους, παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα να θυμούνται πληροφορίες και δραστηριότητες που πρέπει να εκτελέσουν, ξεχνούν και είναι συχνά αργοπορημένες (Curtin-McKenna, 2013). Όλα αυτά είναι πιθανό να επηρεάσουν την ικανότητα τους να είναι προσηλωμένες στις ανάγκες του παιδιού τους για επικοινωνία και να δυσκολεύονται να συγχρονιστούν. Κατά τους Semple και τους συνεργάτες (2011), οι μητέρες αυτές αισθάνονται ανεπαρκείς ως γονείς, λιγότερο αποτελεσματικές βιώνοντας έτσι έντονο άγχος.

Ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθητοποίηση, δηλαδή αδυναμία να ανταποκριθούν κατάλληλα στις βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού τους (Semple et al., 2011). Η ικανότητα αυτή, η οποία στην αγγλική γλώσσα αποδόθηκε με τον όρο *mind-mindedness* από τους Meins και συνεργάτες (Meins, Fernyhough, Fradley & Tuckey, 2001), συνίσταται στην ικανότητα της μητέρας να αντιλαμβάνεται ότι το βρέφος πέρα από την κάλυψη των βασικών του βιολογικών αναγκών, πρόκειται για ένα άτομο με νου που έχει έμφυτη την τάση για κοινωνικοποίηση.

Με βάση τα παραπάνω, αφετηρία της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η υπόθεση ότι οι μητέρες με δυσκολίες στον αυτοέλεγχο και με διάσπαση προσοχής θα δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού τους και να είναι ευαισθητοποιημένες. Στο στάδιο της πρωτογενούς διωποκειμενικότητας οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ, θα αδυνατούν να εστιάσουν στο που στρέφει το παιδί την προσοχή του και να

ανταποκριθούν στα καλέσματα του (Semple et al., 2011). Ειδικότερα αυτές με υπερκινητικότητα θα είναι βιαστικές και θα διακόπτουν γρήγορα τις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν με το παιδί τους. Αυτές με διάσπαση προσοχής θα δυσκολεύονται να κάνουν σωστή βλεμματική επαφή και να εστιάζουν την προσοχή τους. Όσον αφορά την μουσικότητα του λόγου τους, αυτή αναμένεται να είναι μειωμένη ή και επίπεδη, τα νανουρίσματα και τα θετικά σχόλια προς το βρέφος περιορισμένα ή ανύπαρκτα (Curtin-McKenna, 2013). Σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες (Kryski et al., 2010) τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας θα συνδέονται με μειωμένη χρήση και ποιότητα μητρικής γλώσσας. Η μητέρα θα δυσκολεύεται να συγχρονίσει και να εναρμονίσει τη συμπεριφορά της σε αυτή του βρέφους και η διυποκειμενική επικοινωνία θα είναι δυσχερής (Trevarthen, 1989; Feldman, 2007). Το βρέφος από την άλλη θα αισθάνεται δυσφορία αφού η μητέρα είναι βιαστική και ελεγκτική, θα αδυνατεί να εξερευνήσει το περιβάλλον καθώς η πρώτη θα αλλάζει συνεχώς το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της και δεν θα νιώθει αυτονομία. Η βλεμματική επαφή μεταξύ των δύο θα είναι περιορισμένη και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνεται η μητέρα το τι θέλει και αισθάνεται το νεογέννητο (Watkins & Mash, 2009).

Εξαιτίας της ισχυρής κληρονομικής βάσης της ΔΕΠ-Υ, κρίθηκε εύλογο να διαχωριστούν τα συμπτώματα της μητέρας από αυτά του παιδιού (Chronis-Tuscano et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, για να περιοριστεί η πιθανότητα να επηρεάζεται η συμπεριφορά της μητέρας από την ιδιοσυγκρασία και τα πιθανά διασπαστικά και υπερκινητικά συμπτώματα του παιδιού, η διυποκειμενική σχέση μελετήθηκε στην βρεφική ηλικία, προτού συντελεστεί η ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού (Semple et al., 2011).

Στόχος λοιπόν της παρούσας έρευνας ήταν η εκτεταμένη μελέτη της διωποκειμενικής επικοινωνίας μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και των βρεφών τους, προκειμένου να διαφωτιστούν περεταίρω τα κενά που παρουσιάζει η βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό. Σημαντικός θεωρήθηκε ο τρόπος με τον οποίο μητέρα και βρέφος ερμηνεύουν τις εκφράσεις του προσώπου του σημαντικού άλλου (Meltzoff & Moore, 1998). Η μελέτη αυτή διερεύνησε με τη μέθοδο της παρατήρησης και σε νατουραλιστικό πλαίσιο, τις κινήσεις, τις χειρονομίες, τη βλεμματική επαφή, τις γλωσσικές εκφράσεις, τη μίμηση και τα μιμητικά παιχνίδια, τα είδη παιχνιδιού, τα είδη συμπεριφορών, την έναρξη πρωτοβουλίας από τους συμμετέχοντες, την ιδιοσυγκρασία του βρέφους και τον συγχρονισμό των δυνάδων, προκειμένου να πραγματοποιηθεί σύγκριση ανάμεσα στις δυνάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και στην ομάδα ελέγχου.

7.2 Σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας

7.2.2 Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων

7.2.2.1 Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τις μεταβλητές του χρόνου

Η στατιστική σύγκριση που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στις δύο ομάδες έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια συγχρονισμού στους 2 και στους 6 μήνες και στην ομάδα. Πιο αναλυτικά, οι δυνάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στους 2 μήνες συγχρονίζονταν περίπου τρεις φορές λιγότερο από ότι η ομάδα ελέγχου και δύο φορές περίπου λιγότερο από ότι η ομάδα ελέγχου στους 6 μήνες. Επιπλέον, για την ομάδα ελέγχου, η συνολική διάρκεια συγχρονισμού αυξανόταν σταθερά από τους 2 στους 4 μήνες, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες. Ειδικότερα από τους 2 στους 4 μήνες, η συνολική διάρκεια συγχρονισμού διπλασιάστηκε για την ομάδα ελέγχου. Για την κλινική ομάδα η συνολική διάρκεια

συγχρονισμού αυξήθηκε από τους 2 στους 4 μήνες και από τους 6 στους 9 μήνες, ενώ μειώθηκε από τους 4 στους 6 μήνες.

Η διάρκεια συγχρονισμού ήταν μεγαλύτερη και αυξανόταν σταθερά με την ηλικία στην ομάδα ελέγχου σε αντίθεση με την κλινική ομάδα. Οι διαφορές στη διάρκεια συγχρονισμού ανάμεσα στις δύο ομάδες αποκαλύπτουν την επίδραση που μπορεί να έχουν τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ των μητέρων στη διυποκειμενική επικοινωνία με τα βρέφη τους (Trevarthen, 1979, 2001, 2005). Όταν οι μητέρες έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, δυσκολεύονται να συγχρονιστούν και να εναρμονίσουν τη συμπεριφορά τους, όπως συμβαίνει και στις περιπτώσεις που οι μητέρες παρουσιάζουν κατάθλιψη ή διαταραχές άγχους (Cohn & Tronick, 1983; Cohn et al., 1990; Field, 1998; Manian & Bornstein, 2009; Moore et al., 2001; Moore & Calkins, 2004; Stanley et al., 2004; Stein et al., 2012). Εξαιτίας των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των μητέρων ο συγχρονισμός δυσχεραίνεται και η διυποκειμενική επικοινωνία διαταράσσεται (Trevarthen, 1998, 2001, 2005).

Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και όσον αφορά τη συνολική διάρκεια των επεισοδίων όπου εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε μία μόνο ηλικία. Στους 2 μήνες η διάρκεια των επεισοδίων ήταν δύομισι φορές μικρότερη στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η διάρκεια επεισοδίου αυξανόταν σταθερά και στις δύο ομάδες από τους 2 στους 4, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες.

Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ότι οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ όχι μόνο συγχρόνιζαν τις συμπεριφορές τους για μικρότερο χρονικό διάστημα, αλλά συνολικά αλληλεπιδρούσαν και για λιγότερο χρονικό διάστημα γενικά, από ότι αλληλεπιδρούσαν οι μητέρες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε όλες τις ηλικίες. Όπως αναφέρει και η Meins (2001), μια μητέρα με διαταραχή είναι πιθανότερο να είναι λιγότερο

ευαισθητοποιημένη στις συμπεριφορές του βρέφους της και να δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στα καλέσματα του για επικοινωνία. Για το λόγο αυτό είναι πιθανό να δυσκολεύεται να παραμείνει στην αλληλεπίδραση με το βρέφος της.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες βρέθηκαν όσον αφορά τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης στους 9 μήνες. Πιο συγκεκριμένα, στους 9 μήνες η κλινική ομάδα αφιέρωνε δύο περίπου φορές λιγότερο χρόνο αλληλεπικαλύπτοντας συμπεριφορές από ότι η ομάδα ελέγχου. Η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης παρουσίασε αύξηση από τους 2 στους 4 μήνες και από τους 4 στους 6 μήνες και μειώθηκε από τους 6 στους 9 για την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, στην κλινική ομάδα παρατηρήθηκε μείωση από τους 2 στους 4, αύξηση από τους 4 στους 6 και μείωση από τους 6 στους 9 μήνες.

Οι δείκτες αυτοί πιθανότατα να φανερώνουν την αδυναμία της κλινικής ομάδας να εμπλακεί σε μια πλούσια και γρήγορα εναλλασσόμενη αλληλεπίδραση. Η αλληλοεπικάλυψη πιθανόν αφορά αυτό που ανέφερε ο Trevarthen (1979, 1998, 2001, 2005) για το ρυθμό και τη μουσικότητα της διυποκειμενικής επικοινωνίας.

Όπως φαίνεται έως τώρα, οι δυάδες στις οποίες οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να συγχρονιστούν, να εναλλάσσουν τους ρόλους τους και να ανταποκρίνονται επαρκώς ο ένας στα καλέσματα του άλλου. Υπό φυσιολογικές προϋποθέσεις, έχει αποδειχθεί ότι η πρόσωπο-με-πρόσωπο επικοινωνία της δυάδας ακολουθεί μια αλληλουχία. Για παράδειγμα, το βρέφος προσπαθεί να τραβήξει την προσοχή της μητέρας και η μητέρα αντιδρά χρησιμοποιώντας ένα ενθουσιώδη και θετικό τρόπο έως ότου το βρέφος στρέψει αλλού την προσοχή του. Η μητέρα περιμένει τότε υπομονετικά μπαίνοντας σε μια λανθάνουσα κατάσταση έως ότου το βρέφος θελήσει να τραβήξει και πάλι την προσοχή της (Brazelton et al., 1975; Tronick, 1989; Van Egeren, Barratt & Roach, 2001).

Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης συμφωνούν με αυτά των οι Murray και Trevarthen (1985) για την μη τήρηση εναλλαγής στην επικοινωνία. Οι μητέρες της παρούσας μελέτης που ανήκαν στην κλινική ομάδα αδυνατούσαν να περιμένουν υπομονετικά τη σειρά τους για να αλληλεπιδράσουν, γεγονός που συμφωνεί και με άλλες έρευνες οι οποίες υποστήριζαν ότι οι μητέρες με την παραπάνω διαταραχή είναι περισσότερο παρορμητικές, μεταπηδούν απότομα από τη μία δραστηριότητα στην άλλη, δυσκολεύονται να ελέγξουν τα συναισθήματα τους και είναι περισσότερο εξουσιαστικές (Barkley, 1997, 2006; Quinn, 2008; Semple et al., 2011).

Αναφορικά με τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, σε καμία ηλικία. Παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθεί πως στους 4 μήνες οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είχαν περίπου τρεις φορές μικρότερη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου, από ότι οι δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου παρουσίασε αύξηση στην ομάδα ελέγχου από τους 2 στους 4, μείωση από τους 4 στους 6 και αύξηση από τους 6 στους 9 μήνες. Αντίθετα, η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στην κλινική ομάδα μειώθηκε από τους 2 στους 4 μήνες και από τους 4 στους 6 μήνες και αυξήθηκε από τους 6 στους 9 μήνες.

Η διάρκεια των συμπεριφορών των μητέρων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ήταν σημαντικά μικρότερη σε σύγκριση με τη διάρκεια της συμπεριφοράς των μητέρων χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στους 2 και στους 6 μήνες. Επιπλέον, η διάρκεια των συμπεριφορών των μητέρων και των δύο ομάδων αυξήθηκε με την ηλικία του παιδιού, από τους 2 στους 4 μήνες, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες. Όσον αφορά την κλινική ομάδα, παρατηρήθηκε από ότι τους 6 στους 9 μήνες οι μητέρες διπλασίασαν το χρονικό διάστημα που αλληλεπιδρούσαν.

Παρόλο που δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στις δύο ομάδες, στους 4 μήνες τα βρέφη της κλινικής ομάδας είχαν περίπου δύο φορές μικρότερη διάρκεια συμπεριφοράς, από ότι τα βρέφη της ομάδας ελέγχου. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε αύξηση της διάρκειας συμπεριφοράς των βρεφών με την ηλικία, από τους 2 στους 4, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες. Τα βρέφη της κλινικής ομάδας σχεδόν διπλασίασαν τη διάρκεια της συμπεριφοράς τους από τους 6 στους 9 μήνες.

7.2.2.2 Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα είδη συμπεριφοράς

Όσον αφορά τις μονές εναλλαγές στην ίδια τροπικότητα και τις μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα, αυτές παρουσίασαν αύξηση με την ηλικία, από τους 2 στους 4, από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες και στις δύο ομάδες. Η κλινική ομάδα χρησιμοποιούσε τις μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα δύομισι φορές περισσότερο από τους 2 στους 4 μήνες.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 και στους 6 μήνες. Πιο συγκεκριμένα οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούσαν στους 2 μήνες δέκα περίπου φορές λιγότερες πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα από ότι η ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, στους 6 μήνες η κλινική ομάδα χρησιμοποιούσε τρεις περίπου φορές λιγότερο τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα από ότι η ομάδα ελέγχου. Οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα παρουσίασαν σταθερή αύξηση για την ομάδα ελέγχου από το 2^ο έως τον 9^ο μήνα. Αντίθετα, το είδος αυτών των εναλλαγών αυξήθηκε για την κλινική ομάδα από τους 2 στους 4 μήνες και από τους 6 στους 9 μήνες και μειώθηκε από τους 4 στους 6 μήνες.

Όσον αφορά τις πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα και παρόλο που δεν εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα, οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούσαν στους 2 και στους 4 μήνες αυτό το είδος εναλλαγών τρεις περίπου φορές λιγότερο από ότι η ομάδα ελέγχου. Οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα αυξάνονταν όσο αυξανόταν η ηλικία και στις δύο ομάδες.

7.2.2.3 Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα είδη του παιχνιδιού

Όσον αφορά την απουσία εμπλοκής από τον επικοινωνιακό σύντροφο, αυτή παρουσίασε αύξηση με την ηλικία για την ομάδα ελέγχου, ενώ για την κλινική ομάδα αυξήθηκε από τους 2 στους 4 μήνες, μειώθηκε από τους 4 στους 6 και αυξήθηκε από τους 6 στους 9 μήνες. Το παράλληλο παιχνίδι δεν εμφανίστηκε καθόλου για την ομάδα ελέγχου από τον 2^ο στον 4^ο μήνα αλλά στις υπόλοιπες ηλικίες παρουσίασε αύξηση. Στην κλινική ομάδα το παράλληλο παιχνίδι μειώθηκε από τον 2^ο στον 4^ο μήνα και αυξήθηκε από τον 4^ο στον 6^ο και από τον 6^ο στον 9^ο μήνα. Το διαπροσωπικό παιχνίδι παρουσίασε αύξηση για την κλινική ομάδα με την πάροδο της ηλικίας ενώ για την ομάδα ελέγχου μειώθηκε από το 2^ο στον 4^ο μήνα, αυξήθηκε από τον 4^ο στον 6^ο και μειώθηκε ξανά από τον 6^ο στον 9^ο μήνα. Η σύγκλιση ενδιαφέροντος παρουσίασε σταθερή αύξηση με την ηλικία για την ομάδα ελέγχου. Στην κλινική ομάδα παρουσιάστηκε μείωση από τον 2^ο στον 4^ο μήνα και αύξηση στις υπόλοιπες ηλικίες. Η κλινική ομάδα χρησιμοποιούσε τη σύγκλιση ενδιαφέροντος περίπου τρεις φορές περισσότερο από τους 4 στους 6 μήνες.

Παρόλο που δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, το χιούμορ διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, η κλινική ομάδα χρησιμοποιούσε στους 9 μήνες περίπου τρεις φορές λιγότερο το χιούμορ από ότι η

ομάδα ελέγχου. Η διάρκεια του χιούμορ μειώθηκε από τους 2 στους 4 μήνες αλλά αυξήθηκε στις υπόλοιπες ηλικίες. Για την κλινική ομάδα το χιούμορ παρουσίασε αύξηση με την ηλικία. Τέλος, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν όσον αφορά τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες, με την κλινική ομάδα να χρησιμοποιεί αυτό το είδος παιχνιδιού τρεις φορές λιγότερο από ότι η ομάδα ελέγχου. Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής παρουσίασε αύξηση με την ηλικία και στις δύο ομάδες.

7.2.2.4 Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το συμμετέχοντα που παίρνει πρωτοβουλία

Στους 2 μήνες παρόλο που δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, στην ομάδα στην οποία οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ οι συμμετέχοντες έπαιρναν πρωτοβουλία για να ξεκινήσουν μια αλληλεπίδραση τρεισήμισι φορές λιγότερο από ότι η ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα με τα περιγραφικά στατιστικά, τέσσερις μητέρες έπαιρναν πρωτοβουλία από την ομάδα ελέγχου και έξι από την κλινική ομάδα. Τα βρέφη και στις δύο ομάδες δεν πήραν καμία πρωτοβουλία για να ξεκινήσουν μια συμπεριφορά. Τέλος, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου πήραν μαζί μια πρωτοβουλία τέσσερις φορές, σε αντίθεση με την κλινική ομάδα που πήρε πρωτοβουλία μία μόνο φορά.

Στους 4 μήνες η έναρξη πρωτοβουλίας από τη μητέρα ήταν μεγαλύτερη από το βρέφος της και στις δύο ομάδες. Τα βρέφη και στις δύο ομάδες πήραν πρωτοβουλία μόνο μία φορά. Οι μητέρες της κλινικής ομάδας πήραν πρωτοβουλία έξι φορές, ενώ της ομάδας ελέγχου πέντε. Ωστόσο, μόνο η ομάδα ελέγχου εμφάνισε έναρξη πρωτοβουλίας και από τους δύο συμμετέχοντες μαζί δύο φορές.

Στους 6 μήνες, στην ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ πήραν πρωτοβουλία για έναρξη συμπεριφοράς μόνο οι μητέρες, αλλά όχι τα βρέφη τους. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου έπαιρναν πρωτοβουλίες όλοι οι συμμετέχοντες με υπεροχή της μητέρας έναντι του βρέφους. Οι μητέρες της ομάδας ελέγχου πήραν πρωτοβουλία δύο φορές, σε αντιδιαστολή με τις μητέρες της κλινικής ομάδας οι οποίες πήραν πέντε φορές πρωτοβουλία. Τα βρέφη της ομάδας ελέγχου πήραν μόνο μία πρωτοβουλία, ενώ τα βρέφη της κλινικής ομάδας δεν πήραν καμία πρωτοβουλία για να ξεκινήσουν μία συμπεριφορά και αλληλεπιδρούσαν μόνο μαζί με τη μητέρα τους. Τέλος, όσον αφορά την έναρξη πρωτοβουλίας και των δύο συμμετεχόντων μαζί, αυτή εντοπίστηκε και στις δύο ομάδες με την ομάδα ελέγχου να την εμφανίζει πέντε φορές, ενώ η κλινική ομάδα μόνο δύο.

Στους 9 μήνες οι μητέρες της κλινικής ομάδας πήραν πρωτοβουλίες επτά φορές ενώ οι μητέρες της ομάδας ελέγχου πέντε. Στην ομάδα με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ τα βρέφη, αλλά και οι δύο συμμετέχοντες μαζί δεν πήραν καμία πρωτοβουλία. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου τις περισσότερες πρωτοβουλίες τις έπαιρναν οι μητέρες, κατόπιν οι δύο συμμετέχοντες μαζί και μετά τα βρέφη ατομικά. Πιο συγκεκριμένα, τα βρέφη πήραν μία φορά πρωτοβουλία και οι δύο συμμετέχοντες ξεκίνησαν μαζί μία συμπεριφορά, δύο φορές.

Σε γενικές γραμμές σε όλες τις ηλικίες οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έπαιρναν περισσότερες πρωτοβουλίες από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου, ενώ στους 6 και στους 9 μήνες τα βρέφη της κλινικής ομάδας δεν πήραν καμία πρωτοβουλία.

Οι πρωτοβουλίες μειώθηκαν για την ομάδα ελέγχου από τους 2 στους 4 μήνες και αυξήθηκαν από τους 4 στους 6 και από τους 6 στους 9 μήνες. Τέλος, οι πρωτοβουλίες για την κλινική ομάδα αυξήθηκαν από τους 2 στους 4 και από τους 4 στους 6, αλλά έγιναν εξαλείφθηκαν εντελώς από τους 6 στους 9 μήνες.

Οι 14 επιμέρους διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας καθώς και οι τρεις ευρύτερες κατηγορίες της ίδιας μεταβλητής δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Εν κατακλείδι επιβεβαιώθηκαν όλες οι ερευνητικές υποθέσεις ότι οι δυνάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ θα εμφανίσουν μικρότερη διάρκεια επεισοδίων, μικρότερη διάρκεια συγχρονισμού, διαφορετική διάρκεια λανθάνουσας περιόδου και μικρότερη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τέλος, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας αλλά και του βρέφους είναι μικρότερη στις δυνάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

7.2.3 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών

7.2.3.1 Συσχετίσεις ανάμεσα στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας και τις μεταβλητές

Η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες και η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 4 μήνες σχετιζόταν με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 6 μήνες. Όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά της μητέρας στους 2 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα όταν οι μητέρες αξιολογούσαν την ιδιοσυγκρασία του βρέφους τους στους 9 μήνες.

Δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες συμπεριφοράς του βρέφους στις διάφορες ηλικίες, αλλά ούτε και ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στις διάφορες ηλικίες και στις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας.

Η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες σχετιζόταν με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 6 και στους 9 μήνες. Η διάρκεια συγχρονισμού στους 6 μήνες σχετιζόταν με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 και στους 9 μήνες. Επιπλέον, η διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες σχετιζόταν με τη διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα όταν οι μητέρες αξιολογούσαν τα βρέφη τους.

Οι διάρκειες επεισοδίου δε σχετιζόνταν μεταξύ τους στις διάφορες ηλικίες. Ωστόσο, εντοπίστηκε σημαντική σχέση της διάρκειας επεισοδίου στους 2 μήνες και του αρνητικού συναισθήματος. Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια του επεισοδίου στους 2 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα στους 9 μήνες.

Σημαντικές σχέσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 και στους 9 μήνες και ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 και στους 6 μήνες. Η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου δε σχετιζόταν με τις τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας.

Δε βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στις διάρκειες αλληλοεπικάλυψης συμπεριφοράς αλλά ούτε και μεταξύ της διάρκειας αλληλοεπικάλυψης και τριών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας σε καμία από τις ηλικίες.

Όσον αφορά τα είδη συμπεριφοράς, παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνονταν οι μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 4 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 9 μήνες, τόσο αυξανόταν το αρνητικό συναίσθημα. Αντίθετα, όσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 2 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα. Τέλος, όσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές διαφορετικού τύπου στους 9 μήνες, τόσο μειωνόταν το θετικό συναίσθημα.

Σχετικά με τα είδη του παιχνιδιού, όσο συχνότερη ήταν η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 4 μήνες, τόσο συχνότερα εμφανιζόταν το αρνητικό συναίσθημα. Επιπλέον, όσο συχνότερα εμφανιζόταν η απουσία εμπλοκής στους 6 μήνες, τόσο λιγότερο συχνή ήταν η αυτορρύθμιση.

Όσον αφορά το παράλληλο παιχνίδι, η αύξηση του στους 9 μήνες προκάλούσε μείωση του θετικού συναισθήματος στους 9. Όσο αυξανόταν η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 6 μήνες, τόσο αυξανόταν η αυτορρύθμιση. Τέλος, όσο συχνότερα εμφανιζόταν ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες, τόσο μειωνόταν το αρνητικό συναίσθημα των βρεφών και το αντίθετο.

7.2.3.2 Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συγχρονισμού και στις μεταβλητές

Όσο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες, τόσο μειωνόταν η απουσία εμπλοκής στους 9 μήνες και τόσο αυξανόταν το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 2 μήνες. Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες, τόσο αυξανόταν ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες. Όσο περισσότερο συγχρονίζονταν οι δυάδες στους 4 μήνες, τόσο λιγότερο συχνά εμφανιζόταν η απουσία εμπλοκής στους 4 μήνες. Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 6 μήνες αυξανόταν, όσο περισσότερο αυξανόταν και η διάρκεια συγχρονισμού στην ίδια ηλικία. Στους 9 μήνες η αύξηση της διάρκειας συγχρονισμού προκάλούσε αύξηση της σύγκλισης ενδιαφέροντος στους 9 μήνες. Τέλος, όσο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 9 μήνες, τόσο αυξανόταν το χιούμορ και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες.

Σχετικά με τη συσχέτιση της διάρκειας συγχρονισμού με τα είδη συμπεριφοράς παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες, τόσο

αυξάνονταν σε αριθμό οι μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 και στους 6 μήνες. Όσο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες, τόσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες. Τέλος, όσο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 6 μήνες, τόσο αυξάνονταν οι μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 και στους 6 μήνες.

7.2.3.3 Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας και σε μεταβλητές

Η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας σχετιζόταν πάντα θετικά με τη διάρκεια συγχρονισμού στις διάφορες ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα, όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά της μητέρας στους 2 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσε ο συγχρονισμός στην ίδια ηλικία. Όσο μεγαλύτερη διάρκεια είχε η συμπεριφορά της μητέρας στους 4 μήνες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια του συγχρονισμού στους 4, 6 και 9 μήνες. Όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά της μητέρας στους 6 μήνες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες. Τέλος, η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 και στους 9 μήνες αυξανόταν, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες.

Σχετικά με τα είδη του παιχνιδιού, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 και στους 9 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσαν το χιούμορ και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες. Η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 9 μήνες μειωνόταν και το παράλληλο παιχνίδι στην ίδια ηλικία αυξανόταν, όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά της μητέρας στους

6 μήνες. Τέλος, η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο μειωνόταν στους 9 μήνες, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στην ίδια ηλικία.

Σχετικά με τα είδη συμπεριφοράς, οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες αυξάνονταν, όταν αυξανόταν και η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση των πολλαπλών εναλλαγών ίδιας τροπικότητας στους 2 και στους 6 μήνες και των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα στους 4, 6 και 9 μήνες, όταν αυξανόταν και η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 6 μήνες. Τέλος, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 9 μήνες, τόσο αυξάνονταν και οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 9 μήνες και το αντίθετο.

7.2.3.4 Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους και σε μεταβλητές

Όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 2 μήνες, τόσο αυξανόταν και η διάρκεια συγχρονισμού στους 2 μήνες. Όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 4 μήνες, τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 6 μήνες, τόσο αυξανόταν και η διάρκεια συγχρονισμού στους 4 μήνες. Τέλος, όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους στους 9 μήνες, τόσο περισσότερο αυξανόταν η διάρκεια συγχρονισμού στην ίδια ηλικία.

Σχετικά με τα είδη του παιχνιδιού η απουσία εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο στους 4 μήνες μειωνόταν, όσο αυξανόταν η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους στην ίδια ηλικία. Το ίδιο μοτίβο παρατηρήθηκε και στους 9 μήνες ανάμεσα στην απουσία εμπλοκής και στη διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους. Αντίθετα, όσο

αυξανόταν η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 6 μήνες, τόσο περισσότερο αλληλεπιδρούσαν τα βρέφη στους 4 μήνες. Τέλος, όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια του αλληλοσυντονισμού της προσοχής στους 9 μήνες, τόσο μεγαλύτερη διάρκεια συμπεριφοράς που είχαν τα βρέφη στους 2 μήνες.

Όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά του βρέφους στους 2 μήνες, τόσο λιγότερο συχνά εμφανίζονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 4 μήνες. Όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια της συμπεριφοράς βρέφους στους 4 μήνες, τόσο συχνότερα εμφανίζονταν οι μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 6 μήνες. Επιπλέον, όσο περισσότερο διαρκούσε η συμπεριφορά του βρέφους στους 9 μήνες, τόσο συχνότερα εμφανίζονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα στους 2 μήνες και οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 4 μήνες.

7.2.3.5 Συσχετίσεις ανάμεσα στη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου και σε μεταβλητές

Όσο αυξανόταν η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσε ο συγχρονισμός στους 4 μήνες και όσο αυξανόταν η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσε ο συγχρονισμός στους 9 μήνες και το αντίθετο.

Σχετικά με τα είδη του παιχνιδιού βρέθηκε ότι όσο αυξανόταν το παράλληλο παιχνίδι στους 2 μήνες, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 2 μήνες. Όσο μεγαλύτερη διάρκεια είχε το διαπροσωπικό παιχνίδι στους 6 μήνες, τόσο μικρότερη ήταν η διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες και το αντίθετο. Αντίθετα, η λανθάνουσα περίοδος διαρκούσε περισσότερο στους 4 μήνες,

όσο περισσότερο διαρκούσαν η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 9 μήνες και το χιούμορ στους 4 μήνες. Στους 6 μήνες η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου αυξανόταν όσο αυξανόταν και η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 4 μήνες αλλά και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 6 μήνες. Τέλος, όσο περισσότερο διαρκούσε η σύγκλιση ενδιαφέροντος στους 9 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσε και η λανθάνουσα περίοδος στην ίδια ηλικία.

Όσο περισσότερες μονές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα εμφανίζονταν στους 2 μήνες, τόσο περισσότερο διαρκούσε η λανθάνουσα περίοδος στους 6 μήνες. Επιπλέον, η διάρκεια λανθάνουσας περιόδου στους 4 μήνες αυξανόταν, όσο αυξανόταν η συχνότητα των πολλαπλών εναλλαγών σε διαφορετική τροπικότητα στους 2 μήνες. Τέλος, όσο περισσότερες ήταν οι μονές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στους 9 μήνες, τόσο μικρότερη ήταν η διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου στους 9 μήνες.

7.3 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά προηγούμενων ερευνών

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία από τις λίγες έρευνες οι οποίες έχουν ασχοληθεί με τη ΔΕΠ-Υ. Έρευνες όπως αυτές του Chronis-Tuscano και των συνεργατών (2008) επικεντρώθηκαν στην παιδική ηλικία και ειδικότερα αυτή των Ellis και Nigg (2009), μελέτησε τις επιδράσεις των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στην ανατροφή των παιδιών και από τους δύο γονείς. Επομένως δε μπορούν να γίνουν εύκολα συγκρίσεις των ερευνών αυτών με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Παρόλο που προηγούμενες μελέτες εξέτασαν διαφορετικές μεταβλητές υπάρχουν κάποιες ομοιότητες με την παρούσα μελέτη (Laundau et al, 2010; Semple et al., 2011). Όταν τα βρέφη αλληλεπιδρούν με τις μητέρες τους που έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ δεν εκφράζουν ‘‘αρνητικό συναίσθημα’’, παίρνουν πρωτοβουλία για αλληλοσυντονισμό της προσοχής και προσπαθούν να εμπλακούν σε αλληλεπίδραση. Ωστόσο, οι μητέρες

τους δεν ανταποκρίνονται επαρκώς, δεν είναι αρκετά ευαισθητοποιημένες και δεν μπορούν να συγχρονιστούν με το ρυθμό του βρέφους τους. Επιμένουν να ασχολούνται με το δικό τους αντικείμενο ενδιαφέροντος και αντιδρούν υπερβολικά στο αρνητικό συναίσθημα του βρέφους τους.

Μία μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε το 1995 από τους Daly και Fritsch, κατέδειξε τη σημαντικότητα της μητρικής ευαισθησίας στην ψυχολογική, αλλά και βιολογική ανάπτυξη των βρεφών. Η έρευνα των Watkins και Mash (2009) σε ένα δείγμα χαμηλού κινδύνου και με την πλειοψηφία των βρεφών να είναι κορίτσια, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μητέρες που είχαν σοβαρότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ δεν ήταν ικανοποιημένες από το ρόλο τους ως γονείς και ήταν περισσότερο εχθρικές ειδικότερα όταν θεωρούσαν τα βρέφη τους πιο δύσκολα. Επιπλέον οι μητέρες αυτές αισθανόντουσαν ότι δεν επηρέαζαν τη συμπεριφορά του βρέφους τους θετικά. Δεν εντοπίστηκε κάτι αντίστοιχο στην παρούσα μελέτη.

Μόνο μία έρευνα με μητέρες που είχαν ΔΕΠ-Υ και τα βρέφη τους προσομοιάζει την παρούσα έρευνα, αυτή των Semple και συνεργατών (2011). Όπως και στην προηγούμενη έρευνα, έτσι και στην παρούσα, η πλειοψηφία των βρεφών ήταν αγόρια, οι μητέρες είχαν περισσότερο συμπτώματα διάσπασης προσοχής και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο IBQ για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Επίσης, οι ηλικίες των βρεφών ήταν περίπου οι ίδιες. Όσον αφορά τη μέθοδο, οι ερευνητές της παλαιότερης έρευνας χρησιμοποίησαν το ελεύθερο παιχνίδι, αλλά και τρεις ακόμα συνθήκες οι οποίες περιλάμβαναν την προκαταρκτική φάση, το δομημένο παιχνίδι και την ώρα της σίτισης. Τα αποτελέσματα των δύο αυτών ερευνών ομοιάζουν, με εξαίρεση την ιδιοσυγκρασία. Πιο συγκεκριμένα ενώ οι Semple και συνεργάτες βρήκαν ότι τα βρέφη των μητέρων με ΔΕΠ-Υ ήταν πιο δύσκολα όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία, δεν παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο στην παρούσα μελέτη. Όπως στην

έρευνα των Semple και συνεργατών (2011), έτσι και στην παρούσα μελέτη, οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ είχαν περισσότερα συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής και όχι Υπερκινητικότητας, γεγονός που εμπόδιζε τις μητέρες να παρακολουθήσουν το αντικείμενο ενδιαφέροντος του βρέφους. Οι δυάδες της κλινικής ομάδας της παρούσας μελέτης παρουσίασαν μικρότερη διάρκεια συγχρονισμού και επεισοδίου. Μητέρες και βρέφη αλληλεπιδρούσαν για μικρότερη διάρκεια από ότι η ομάδα ελέγχου και αργούσαν πολύ περιμένοντας ο ένας τη σειρά του άλλου για να αλληλεπιδράσουν.

Στις έρευνες διατάραξης και «ανέκφραστου προσώπου» όπου ζητήθηκε από τις μητέρες να φέρονται σαν να έχουν κατάθλιψη, βρέθηκε ότι τα βρέφη ενοχλούνταν όταν η μητέρα ήταν απόμακρη και δεν ανταποκρινόταν (Fogel, Hsu, Shapiro, Nelson-Goens & Secrist, 2006; Murray & Trevarthen, 1985; Toda & Fogel, 1993; Tronick et al., 1978; Weiberg & Tronick, 1996). Κάτι τέτοιο παρατηρήθηκε και στην παρούσα μελέτη αφού τα βρέφη της κλινικής ομάδας παρουσίασαν μια τάση να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σε αυτή της μητέρας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έναρξη πρωτοβουλίας στην παρούσα μελέτη, όπου τα βρέφη δυσκολεύονταν να πάρουν πρωτοβουλίες για να εμπλακούν σε μια αλληλεπίδραση.

Όσον αφορά τις μητέρες με κατάθλιψη, με διαταραχές άγχους ή αυτές με συννοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχής άγχους, αυτές φαίνεται να παρουσιάζουν διαφορετικό μοτίβο συμπεριφοράς, από ότι οι μητέρες που έχουν ΔΕΠ-Υ. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα των μητέρων με κατάθλιψη είναι η περιορισμένη φροντίδα, ο αρνητισμός, η δυσκολία ανταπόκρισης, το μειωμένο συναισθηματικό μοίρασμα, η απάθεια, ο έλεγχος και ορισμένες φορές η εχθρότητα. Τα βρέφη των μητέρων αυτών συνήθως εκδηλώνουν απάθεια, ανησυχία, απόσυρση και παρουσιάζουν δυσκολίες στη συναισθηματική τους ρύθμιση (Cohn & Tronick, 1983; Cohn et al., 1990; Manian & Bornstein, 2009; Moore et al., 2001; Moore & Calkins

,2004; Stanley et al., 2004; Stein et al., 1991; Stein et al., 2012). Επιπλέον, πολλές από αυτές αναφέρουν άγχος και δυσκολίες στην ανατροφή του παιδιού τους. Οι μητέρες με διαταραχές άγχους είναι περισσότερο απαθείς, ενθαρρύνουν λιγότερο τα βρέφη τους στην εξερεύνηση του περιβάλλοντος, παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη κοινωνικότητα (Murray et al., 2007).

Οι μητέρες της παρούσας μελέτης, οι οποίες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, παρουσίασαν δυσκολίες στο συγχρονισμό, στην ποιότητα της επικοινωνίας, στην ικανότητα τους να ανταποκριθούν εγκαίρως στα καλέσματα του βρέφους τους, στη διατήρηση της προσοχής τους και στην ικανότητα τους να αλληλεπιδρούν εγκαίρως. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τόσο τα βρέφη, όσο και οι μητέρες της κλινικής ομάδας, είχαν μικρότερη διάρκεια συμπεριφορά, από ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.

Παρόμοιες όμως μεταβλητές μελετήθηκαν σε έρευνες με μητέρες που είχαν κατάθλιψη και διαταραχές άγχους. Αυτές δείχνουν εντυπωσιακές ομοιότητες όσον αφορά τις μητέρες, αλλά μεγάλες διαφορές όσον αφορά τα βρέφη και συνολικά τη δυάδα. Όπως οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ, έτσι και αυτές με κατάθλιψη παρουσιάζουν έλλειψη μουσικότητας και ρυθμού στο λόγο τους, είναι περισσότερο αποφευκτικές και ελεγκτικές και δυσκολεύονται να ερμηνεύουν τις προθέσεις του βρέφους τους ενώ έχουν λιγότερη ενσυναίσθηση (Cohn & Tronick, 1989; Field et al., 2009; Moore et al., 2009; Murray et al., 2007). Δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη αρνητική συμπεριφορά ή απάθεια εκ μέρους των μητέρων αυτών, όπως στις μελέτες με μητέρες που είχαν διαταραχή άγχους ή κατάθλιψη. Στη μελέτη αυτή εντοπίστηκε περισσότερο διατάραξη όσον αφορά το ταίριασμα των συμπεριφορών και στο συγχρονισμό, όπως ακριβώς παρατηρήθηκε στις έρευνες των Stein και συνεργατών (1991) και των Moore και Calkins (2004) στις οποίες εντοπίστηκαν δυσκολίες στο συγχρονισμό και στο συναισθηματικό ταίριασμα των δυάδων της πειραματικής ομάδας.

Σε αντίθεση με τα βρέφη της παρούσας μελέτης, τα βρέφη των μητέρων με κατάθλιψη είναι πιο αγχωμένα και αποφευκτικά, έχουν δυσκολίες στο να εμπλακούν επαρκώς σε κοινωνικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες με αντικείμενα και παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης (Cambell et al., 1995; Field et al., 2009; Tronick et al., 2009). Τέλος, οι дуάδες με μητέρες που έχουν κατάθλιψη μοιράζονται πιο συχνά αρνητικά, παρά θετικά συναισθήματα, σε σχέση με τις μητέρες που δεν έχουν τέτοια συμπτώματα (Field, 1990). Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσίασαν, ούτε διαφορές από την ομάδα ελέγχου στο χιούμορ, ενώ τα βρέφη τους δεν παρουσίασαν προβλήματα στον προσανατολισμό ή πιο αρνητικά συναισθήματα από τα βρέφη της ομάδας ελέγχου.

Όσον αφορά τις μελέτες με μητέρες που είχαν κοινωνική φοβία, στην έρευνα της Murray και των συνεργατών της (2007), αυτές ήταν λιγότερο επικοινωνιακές όταν αλληλεπιδρούσαν με τα βρέφη τους, όπως ακριβώς και οι μητέρες της παρούσας μελέτης οι οποίες είχαν ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, τα κύρια ελλείμματα των μητέρων με κοινωνική φοβία αφορούσαν ως επί το πλείστον την κοινωνικότητα, αφού δεν ενθάρρυναν τα βρέφη τους να αλληλεπιδράσουν με άγνωστα πρόσωπα.

Παρόλο που η επικοινωνία ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος της δυσχεραίνεται, όταν υφίσταται διαταραχή της μητέρας, φαίνεται ωστόσο πως κάθε διαταραχή έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην αμοιβαία επικοινωνία της дуάδας. Όλες οι διαταραχές μοιράζονται μία κοινή βάση που περιλαμβάνει τη μειωμένη παροχή ερεθισμάτων και τη δυσκολία της μητέρας να ανταποκριθεί εγκαίρως στα καλέσματα του βρέφους της.

Σχετικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, στις περισσότερες έρευνες συμμετείχαν μητέρες με κατάθλιψη ή διαταραχές άγχους. Αντίθετα με τις προσδοκίες, οι μητέρες αυτές δεν χαρακτήριζαν τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα. Μάλιστα αρκετές από αυτές χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο σχετικά με την αξιολόγηση της

ιδιοσυγκρασίας που ήταν το ερωτηματολόγιο IBQ (Kaplan & Evans, 2008; Montirosso et al., 2011; Wiffen & Gotlib, 1989). Μόνο σε μία μελέτη οι μητέρες με κατάθλιψη χαρακτήρισαν τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα και είχαν μεγάλο άγχος για την ανατροφή τους, σε αυτή των McGrath και συνεργατών (2008). Επιπλέον οι Semple και συνεργάτες (2011) βρήκαν ότι οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ χαρακτήριζαν τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα. Ωστόσο, στην έρευνα που προαναφέρθηκε οι μητέρες παρουσίαζαν συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ με κατάθλιψη και διαταραχές άγχους. Η παρουσία συνοδών διαταραχών δε διερευνήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Η παρούσα μελέτη εντόπισε παρόμοια ευρήματα με την πλειοψηφία των ερευνών καθώς οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ δε χαρακτήρισαν τα βρέφη τους ως περισσότερο δύσκολα (Kaplan & Evans, 2008; Montirosso et al., 2011; Wiffen & Gotlib, 1989).

Συγκρίσεις σχετικά με τη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου, τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών, με τα είδη του παιχνιδιού και τα είδη συμπεριφορών δεν δύναται να γίνουν, καθώς η βιβλιογραφία παρουσιάζει ελλείψεις όσον αφορά την επικοινωνία μητέρων-βρεφών με ΔΕΠ-Υ σε συνάρτηση με αυτές τις μεταβλητές. Ωστόσο, είναι φανερό ότι οι δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ υπερτερούν σε αυτές τις μεταβλητές. Χρησιμοποιούν περισσότερες πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια και σε διαφορετική τροπικότητα από ότι η κλινική ομάδα. Οι συμπεριφορές τους είναι δηλαδή πιο πολύπλοκες και σύνθετες. Επιπλέον, το χιούμορ και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής στους 9 μήνες εμφανίζεται πολύ συχνότερα στην ομάδα ελέγχου από ότι στην κλινική.

7.4 Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συγχρονίζονταν για λιγότερο χρονικό διάστημα από ότι η ομάδα ελέγχου. Μάλιστα, ενώ ο συγχρονισμός αυξανόταν σταθερά με την ηλικία στην ομάδα ελέγχου, στην κλινική ομάδα παρουσίασε αυξομειώσεις. Η διάρκεια συγχρονισμού ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας, καθώς όσο περισσότερο συγχρονίζονταν οι δυάδες, τόσο περισσότερο διαρκούσε και η συμπεριφορά της μητέρας και το αντίστροφο. Σε παρόμοιο τέμπο εκδηλώθηκε και η διάρκεια συμπεριφοράς του βρέφους με το συγχρονισμό. Επιπρόσθετα, η διάρκεια συμπεριφοράς βρέφους αλλά και η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας ήταν μικρότερη στις δυάδες με ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα αυτά φανερώνουν την επίδραση που έχουν τόσο η συμπεριφορά της μητέρας, όσο και του βρέφους στο συγχρονισμό.

Πέρα από τις δυσκολίες στο συγχρονισμό, οι δυάδες της κλινικής ομάδας αφιέρωναν λιγότερο χρόνο και στα επεισόδια, δηλαδή στο να δρουν χωρίς απαραίτητα να εμπλέκονται στο ίδιο θέμα με το σύντροφο τους.

Όσον αφορά τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου εντοπίστηκε ένα αναμενόμενο εύρημα. Οι δυάδες με ΔΕΠ-Υ είχαν μικρότερη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου. Η λανθάνουσα περίοδος αποτελεί το χρονικό εκείνο διάστημα της αναμονής, στη διάρκεια του οποίου κανένας από τους δύο συμμετέχοντες δεν εμπλέκεται σε μία αλληλεπίδραση. Οι δυάδες της πειραματικής ομάδας δυσκολεύονταν να περιμένουν για να αντιδράσουν ή να ξεκινήσουν μια συμπεριφορά και αυτό αυξανόταν με την πάροδο της ηλικίας.

Η πειραματική ομάδα εμφάνισε αυξομειώσεις στη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου γεγονός που πιθανότατα καταδεικνύει ότι οι δυάδες αυτές άλλοτε ανταποκρίνονταν εγκαίρως και άλλοτε όχι στις ανάγκες του συντρόφου τους.

Σχετικά με τη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών βρέθηκε ένα απροσδόκητο εύρημα. Και αυτή η μεταβλητή εντοπίστηκε χαμηλότερη στις δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Καθώς η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης αποτελεί την ικανότητα της δυάδας να εναλλάσσει ρόλους σε μία αλληλεπίδραση, οι μητέρες και τα βρέφη της κλινικής ομάδας δεν βιάζονταν για να αλληλεπιδράσουν περιμένοντας ο ένας τη σειρά του άλλου. Ωστόσο, η διάρκεια αλληλοεπικάλυψης ήταν μικρότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου πράγμα που ερμηνεύεται ως αδυναμία της κλινικής ομάδας να ανταποκρίνεται εγκαίρως. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες των δυάδων στις οποίες οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ αργούσαν να εναλλάσσουν τους ρόλους τους στο σωστό χρόνο και την κατάλληλη στιγμή σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Τα παραπάνω ευρήματα για τις διάρκειες της λανθάνουσας περιόδου και της αλληλοεπικάλυψης συμπεριφορών μπορούν να ερμηνευθούν με βάση την έρευνα των Semple και των συνεργατών του (2011). Οι μητέρες της παρούσας μελέτης είχαν στην πλειοψηφία τους περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και όχι υπερκινητικότητας, γεγονός που επιβεβαιώνει τα ευρήματα των Semple και των συνεργατών του (2011), ότι η συμπεριφορά της μητέρας επηρεάζεται περισσότερο από τα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής και όχι τόσο από αυτά της υπερκινητικότητας. Ίσως αυτή η "καθυστέρηση" στην ανταπόκριση να οφείλεται στον αντίκτυπο που έχουν τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής. Από τη μία προκαλούν αδυναμία στις μητέρες με ΔΕΠ-Υ να εστιάσουν την προσοχή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα και να ανταποκρίνονται εγκαίρως και αφετέρου καταδεικνύουν την τάση που έχουν τα βρέφη τους να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σε αυτή της μητέρας.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα έρχονται να επιβεβαιώσουν τις απόψεις της Meins και των συνεργατών της ότι οι μητέρες με διαταραχές είναι λιγότερο

ευαισθητοποιημένες στα καλέσματα του βρέφους τους, δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν το βλέμμα, τις εκφράσεις και τις κινήσεις του, δρουν παρορμητικά, βομβαρδίζουν το βρέφος με πολλά ερεθίσματα, μεταπηδούν από τη μία δραστηριότητα στην άλλη και ασχολούνται με δραστηριότητες που δεν ευχαριστούν ή ενδιαφέρουν το παιδί τους (Meins et al., 2001).

Η διατάραξη της επικοινωνίας επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα που αφορούν την έναρξη πρωτοβουλίας. Σε όλες τις ηλικίες οι μητέρες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έπαιρναν περισσότερες πρωτοβουλίες από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου. Μάλιστα στους 2, στους 6 και στους 9 μήνες τα βρέφη της κλινικής ομάδας δεν πήραν καμία πρωτοβουλία. Στους 2 και στους 6 μήνες οι δυάδες με ΔΕΠ-Υ δεν πήραν καμία πρωτοβουλία μαζί, ενώ στους 4 και στους 9 πήραν, αλλά οι πρωτοβουλίες τους ήταν λιγότερες από αυτές της ομάδας ελέγχου. Φαίνεται λοιπόν ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ξεκινήσουν μια αλληλεπίδραση, με τις μητέρες να εμφανίζουν μια τάση να συμμετέχουν περισσότερο και με τα βρέφη τους να υστερούν. Ίσως η τάση των μητέρων με ΔΕΠ-Υ να παίρνουν πρωτοβουλίες να σχετίζεται με τα συμπτώματα παρορμητικότητας που οφείλονται στη διαταραχή και με την αδυναμία τους να περιμένουν υπομονετικά το "σύνθημα" του συντρόφου τους.

Εστιάζοντας την προσοχή μας στα είδη των συμπεριφορών παρατηρήθηκε ότι οι δυάδες χωρίς συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιούσαν σε κάποιες ηλικίες πολύ συχνότερα τις πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια και διαφορετική τροπικότητα από τις δυάδες της κλινικής ομάδας. Οι πολλαπλές εναλλαγές αποτελούν περισσότερο σύνθετες μορφές συμπεριφοράς, με εναλλαγές μεγαλύτερης διάρκειας από τις μονές και με μεγαλύτερη πολυπλοκότητα ειδικότερα εάν αναφέρονται σε διαφορετική τροπικότητα. Σε αυτό τον τομέα υπήρξε λοιπόν δυσκολία από μέρους της κλινικής ομάδας μαρτυρώντας την αδυναμία των δυάδων να εμπλακούν σε σύνθετες μορφές

συμπεριφοράς που απαιτούν συγχρονισμό. Μάλιστα τα δύο είδη των πολλαπλών εναλλαγών σχετίζονταν άμεσα και με τη διάρκεια συμπεριφοράς μητέρας και βρέφους αλλά και με τη διάρκεια του συγχρονισμού. Όσο δηλαδή συχνότερα εμφανίζονταν οι πολλαπλές εναλλαγές, τόσο περισσότερο διαρκούσαν οι συμπεριφορές μητέρας και βρέφους αλλά και ο συγχρονισμός.

Όπως είναι γνωστό, οι "πρωτοσυνομιλίες", δηλαδή οι φωνητικές εκφράσεις του βρέφους εμφανίζονται γύρω στις 6 εβδομάδες ζωής. Οι ηχητικές εκφορές του βρέφους διαρκούν δύο με τρία δευτερόλεπτα, όσο δηλαδή μια σύντομη φράση ενός ενήλικα και αποτελούν ένδειξη της προτίμησης του βρέφους στα κοντινά του πρόσωπα και της προσπάθειας του να επικοινωνήσει. Στην παρούσα έρευνα, δε μελετήθηκαν αποκλειστικά οι συνομιλίες, αλλά οι εναλλαγές συμπεριφορών ανάμεσα στους δύο συμμετέχοντες. Η εναλλαγή σειράς αποτελεί επίσης σημαντική προϋπόθεση για τη διυποκειμενική σχέση.

Όσον αφορά τα είδη του παιχνιδιού, οι μεγαλύτερες δυσκολίες της κλινικής ομάδας εντοπίστηκαν στο χιούμορ και στον αλληλοσυντονισμό της προσοχής στους 9 μήνες. Οι δυάδες της κλινικής ομάδας αφιέρωναν λιγότερο χρόνο κάνοντας χιούμορ ή αλληλοσυντονίζοντας της προσοχή τους από ότι η ομάδα ελέγχου. Τα δύο αυτά είδη παιχνιδιού αποτελούν σημαντικότερα αναπτυξιακά επιτεύγματα στις ηλικίες αυτές και αποτελούν ένδειξη για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και για τον συγχρονισμό της δυάδας. Μεταφέρουν επικοινωνιακά μηνύματα και αποτελούν σημαντική προϋπόθεση για μια υγιή διυποκειμενική σχέση (Bateson, 1979; Trevarthen, 1998; Malloch & Trevarthen, 2002). Σύμφωνα με τους Meltzoff και Moore (1998), ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής αποτελεί ένδειξη ότι το βρέφος αντιλαμβάνεται τις προθέσεις και τα συναισθήματα των άλλων και αποτελεί σημάδι μη γλωσσικής διυποκειμενικής

επικοινωνίας. Επομένως στη μελέτη αυτή οι δυνάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ εμφάνισαν δυσκολίες στη διυποκειμενική σχέση.

Αναφορικά με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, η παρούσα έρευνα δεν εντόπισε καμία διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, όσον αφορά την παράμετρο αυτή. Οι μητέρες δηλαδή με ΔΕΠ-Υ δεν ανέφεραν όταν αξιολογούσαν τα βρέφη τους ότι αυτά ήταν περισσότερο "δύσκολα". Τα βρέφη της κλινικής ομάδας δεν εμφάνιζαν αρνητικό συναίσθημα, ούτε και δυσκολίες στην αυτορρύθμιση σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των μητέρων τους.

Σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη, οι Watkins και Mash (2009) βρήκαν ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας σχετίζονται με τα πιο "δύσκολα" βρέφη και με την εχθρότητα που αυτή εκδηλώνει. Ωστόσο, στην έρευνα των Watkins και Mash (2009) χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό εργαλείο για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας, το οποίο περιλάμβανε τρεις διαστάσεις και μετρούσε κυρίως το πόσο ανήσυχα και νευρικά ήταν τα βρέφη ηλικίας 6 μηνών. Τα βρέφη των μητέρων με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίστηκαν ως πιο "δύσκολα" και στην έρευνα των Semple και συνεργατών με τη χρήση του ερωτηματολογίου IBQ. Παρόλα αυτά, στη μελέτη του Semple και των συνεργατών του, πάνω από τις μισές μητέρες είχαν εκτός από ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψη και ένα μικρότερο ποσοστό παρουσίαζε διαταραχές άγχους. Η συννοσηρότητα δε μελετήθηκε στην παρούσα μελέτη επομένως τα αποτελέσματα των Semple και των συνεργατών του (2008) δε μπορούν να γενικευθούν σε όλες τις μητέρες με ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τους Auerbach και συνεργάτες (2008) η ΔΕΠ-Υ έχει ισχυρή κληρονομική βάση και είναι πιθανό τα μεταβιβάζεται γενετικά στα βρέφη των γονέων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους προηγούμενους, κάποιες πτυχές της ιδιοσυγκρασίας, όπως είναι ο θυμός, ο φόβος, το επίπεδο δραστηριότητας, η αυτορρύθμιση και ο έλεγχος της προσοχής, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για

την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Στην έρευνα των Auebrach και συνεργατών (2008) οι οποίοι χρησιμοποίησαν το «Ερωτηματολόγιο Ιδιοσυγκρασίας Βρέφους-IBQ», τα βρέφη των γονέων με ΔΕΠ-Υ ήταν πράγματι περισσότερο δραστήρια, ευερέθιστα, ζωνρά, δυσκολεύονταν στη σκόπιμη μετατόπιση της προσοχής, παρουσίαζαν δυσκολίες στη συγκέντρωση και είχαν μεγαλύτερα επίπεδα φόβου και θυμού από ότι τα βρέφη της ομάδας ελέγχου. Κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα μελέτη.

Μεθοδολογικές διαφορές ενδέχεται να επηρέασαν τα αποτελέσματα. Στην έρευνα των Auebrach και συνεργατών (2008), η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας των βρεφών έγινε και από τους δύο γονείς, ενώ στην παρούσα έρευνα έγινε μόνο από τις μητέρες. Επιπλέον, η αξιολόγηση στην έρευνα Auerbrach και συνεργατών (2008) έγινε σε τρεις διαφορετικές ηλικίες (7, 12 και 25 μηνών), ενώ στην παρούσα έρευνα έγινε μόνο στους 9 μήνες. Επίσης δεν είναι γνωστό τι τύπο ΔΕΠ-Υ είχαν οι γονείς στην έρευνα των Auebrach και συνεργατών (2008) και αν μέτρησαν και τις τρεις μεγάλες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας.

Σε ορισμένες παλαιότερες έρευνες τα βρέφη των μητέρων που παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης, δεν αξιολογήθηκαν ως περισσότερο "δύσκολα" (Kaplan et al., 2008; Montirosso et al., 2011; Wiffen & Gotlib, 1989), ενώ σε μία άλλη έρευνα οι μητέρες με κατάθλιψη αξιολόγησαν τα βρέφη τους ως περισσότερο "δύσκολα" στην ηλικία των 2 μηνών (McGrath et al., 2008). Ορισμένες από αυτές τις μελέτες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο IBQ για τη μελέτη της ιδιοσυγκρασίας (Kaplan et al., 2008; Montirosso et al., 2011), ενώ η έρευνα των McGrath και συνεργατών (2008) χρησιμοποίησε το ψυχομετρικό εργαλείο PDPI-R, το οποίο μετρά μόνο τρεις διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο οι έρευνες των Montirosso και συνεργατών (2011) και των Wiffen και Gotlib (1989) βασίστηκαν και

στη μέθοδο της παρατήρησης για την αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους. Μάλιστα οι ερευνητές στη μελέτη του Wiffen και του συνεργάτη του (1989) αξιολόγησαν τα βρέφη της κλινικής ομάδας ως περισσότερο "δύσκολα", παρόλο που ο χαρακτηρισμός αυτός δεν ταίριαζε με τις αξιολογήσεις των ίδιων των μητέρων. Συμπερασματικά, είναι πιθανό οι μητέρες που πάσχουν από διαταραχές να παρουσιάζουν μειωμένη αντίληψη όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία του βρέφους τους και να δυσκολεύονται να την αξιολογήσουν αντικειμενικά (Wiffen & Gotlib, 1989).

Η βιβλιογραφία παρουσιάζει διχογνωμίες όσον αφορά τις μελέτες που προσπαθούν να συσχετίσουν τη ΔΕΠ-Υ με την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, επομένως δε μπορούμε να προβούμε σε γενικεύσεις. Ίσως η ικανότητα των μητέρων να αξιολογούν οι ίδιες τα βρέφη τους δεν είναι εντελώς αντικειμενική αλλά περισσότερο υποκειμενική. Με μια διαφορετική μέθοδο αξιολόγησης της ιδιοσυγκρασίας, όπως για παράδειγμα με αξιολόγηση από τους ίδιους τους ερευνητές, να βρεθούν διαφορετικά αποτελέσματα σε μελλοντικές έρευνες.

Αυτό που βρέθηκε ωστόσο σχετικά με την ιδιοσυγκρασία, είναι ο συσχετισμός της διάστασης "αρνητικό συναίσθημα" (περιλαμβάνει τη λύπη, το φόβο, την αντίδραση στους περιορισμούς και την ανάκαμψη από τη δυσφορία) με τη διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στους 2 μήνες, με τη διάρκεια του συγχρονισμού στους 4 μήνες και με τη διάρκεια του επεισοδίου στους 2 μήνες. Άρα όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια των μεταβλητών του χρόνου που προαναφέρθηκαν, τόσο λιγότερο συχνά πίστευαν οι μητέρες ότι τα βρέφη τους παρουσιάζουν αρνητικό συναίσθημα.

Στους 9 μήνες, όσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε ίδια τροπικότητα, τόσο περισσότερο πιθανό ήταν τα βρέφη να αξιολογηθούν ως έχοντα λιγότερο αρνητικό συναίσθημα και όσο αυξάνονταν οι πολλαπλές εναλλαγές σε διαφορετική τροπικότητα στην ίδια ηλικία, τόσο πιθανότερο ήταν οι μητέρες να αναφέρουν ότι τα βρέφη τους

είχαν περισσότερο θετικό συναίσθημα. Άρα όσο συχνότερα εμφανίζονταν τα πιο πολύπλοκα είδη συμπεριφοράς τόσο πιο ευνοϊκά αξιολογούσαν οι μητέρες τα βρέφη τους.

Επιπλέον, οι τρεις μεγάλες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας φαίνεται να σχετίζονταν με συγκεκριμένα είδη του παιχνιδιού. Η μεγαλύτερη διάρκεια της απουσίας εμπλοκής με τον επικοινωνιακό σύντροφο και του παράλληλου παιχνιδιού είχαν ως αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση της αξιολόγησης των βρεφών ως έχοντα αρνητικό συναίσθημα. Αντίθετα, η μεγαλύτερη διάρκεια της σύγκλισης ενδιαφέροντος προκαλούσε συχνότερη εμφάνιση της αυτορρύθμισης και η μεγαλύτερη διάρκεια του αλληλοσυντονισμού της προσοχής συνδεόταν με λιγότερη εμφάνιση του αρνητικού συναισθήματος. Επομένως, κάποια είδη παιχνιδιού αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για το αν το βρέφος θα αξιολογηθεί ως εύκολο ή δύσκολο από τη μητέρα. Τα παιχνίδια τα οποία ήταν λιγότερο σύνθετα και δεν απαιτούσαν τη συμμετοχή και το συντονισμό και των δύο συμμετεχόντων είχαν αρνητική επίδραση στην ιδιοσυγκρασία του βρέφους, ενώ αυτά που ήταν περισσότερο σύνθετα και στα οποία εμπλέκονταν και οι δύο συμμετέχοντες έχοντας ένα κοινό θέμα ενδιαφέροντος και αλληλοσυντονίζοντας την προσοχή τους είχαν ως αποτέλεσμα την πιο θετική αξιολόγηση του βρέφους από τις μητέρες.

Εν κατακλείδι, η ιδιοσυγκρασία του βρέφους δε μπορεί από μόνη της να αποτελέσει καθοριστική παράμετρο για να ερμηνεύσει τα δεδομένα της παρούσας έρευνας. Οι Johnston, Mash, Miller και Ninowski (2012), πρότειναν ένα γνωστικό μοντέλο για να ερμηνεύσουν τις διαστάσεις που επηρεάζουν τις γονεϊκές πρακτικές των μητέρων με ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τους προηγούμενους, τα χαρακτηριστικά του γονέα με ΔΕΠ-Υ επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά του παιδιού.

Τα χαρακτηριστικά των μητέρων με ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνουν α) δυσκολίες στην αυτορρύθμιση, β) δυσκολίες στην κινητοποίηση και στην έναρξη πρωτοβουλιών και γ) δυσκολίες σε γνωστικές διεργασίες όπως είναι η εργαζόμενη μνήμη, ο σχεδιασμός και ο έλεγχος των απαγορεύσεων. Οι δυσκολίες στην αυτορρύθμιση των μητέρων με ΔΕΠ-Υ θα έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη δυσκολιών που σχετίζονται με την αυτορρύθμιση και στα παιδιά τους και θα περιλαμβάνουν δυσκολίες όπως το να ηρεμήσουν τα βρέφη ή τα παιδιά τους όταν είναι αναστατωμένα, ανυπομονησία, χαμηλή ανεκτικότητα και ευερεθιστότητα. Όσον αφορά την κινητοποίηση και την πρωτοβουλία, οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να περιμένουν τη σειρά τους, βαριούνται εύκολα, παρουσιάζουν μειωμένη συναισθηματική ευαισθησία και δυσκολεύονται να αλληλεπιδράσουν σε παιχνίδια όπως το «κου-κου-τζα» επειδή αυτά είναι επαναλαμβανόμενα. Τέλος, οι δυσκολίες στη βραχυπρόθεσμη μνήμη επηρεάζουν το σχεδιασμό, την οργάνωση, τον αυτοπεριορισμό και τη συγκέντρωση.

Σύμφωνα με τον Johnston και τους συνεργάτες του (2012) η συμπεριφορά της μητέρας είναι αποτέλεσμα των γνωστικών της ελλειμμάτων. Παρόλα αυτά η θεωρία αυτή δεν επαρκεί για να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καθώς εξηγεί κατά βάση μόνο την αιτία που οι μητέρες με ΔΕΠ-Υ αντιδρούν με αυτούς τους συγκεκριμένους τρόπους. Εφόσον τα βρέφη της παρούσας έρευνας δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη γνωστικά δε μπορούμε να μιλήσουμε για γνωστικά ελλείμματα των βρεφών τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους.

Συμπερασματικά, ούτε το γνωστικό μοντέλο, αλλά ούτε και η ιδιοσυγκρασία, μπορούν να εξηγήσουν τη συμπεριφορά των βρεφών της παρούσας μελέτης. Φαίνεται ότι οι αντιδράσεις του βρέφους επηρεάζονται από κάτι παραπάνω, από κάτι διαφορετικό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα βρέφη των μητέρων με ΔΕΠ-Υ

παρουσιάζουν την τάση να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους στη συμπεριφορά των μητέρων τους.

Έως τώρα τα ευρήματα που αφορούν την αλληλεπίδραση βρεφών και μητέρων με ΔΕΠ-Υ ερμηνεύτηκαν με βάση τον πυρήνα των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των μητέρων. Με βάση αυτή την κατεύθυνση, οι δυσκολίες στην εργαζόμενη μνήμη, τη λεκτική μνήμη, το σχεδιασμό, την οργάνωση, τον έλεγχο κτλ., φαίνεται να προκαλούν ανεπαρκή γονεϊκό έλεγχο, ασυνέπεια ή υπερβολική αντίδραση στην πειθαρχία, δυσκολίες στην επιλογή των προτεραιοτήτων και στην οργάνωση των γονεϊκών δραστηριοτήτων (κυρίως στο να μεταβαίνουν από το παιχνίδι στην προετοιμασία των βρεφών για ύπνο).

Άλλα μοντέλα σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ δίνουν έμφαση σε δυσκολίες που αφορούν την αυτορρύθμιση (Shields & Hawk, 2010) υποστηρίζοντας ότι οι δυσκολίες των γονέων με ΔΕΠ-Υ να αυτοαξιολογήσουν την αποτελεσματικότητά τους και να κατανοήσουν τα λάθη τους, οδηγεί στην έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς. Η ανυπομονησία, η χαμηλή ανεκτικότητα και η ευερεθιστότητα, η παρορμητικότητα ή η φτωχή συναισθηματική ρύθμιση, οδηγούν σε απότομες συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην μη επιθυμητή συμπεριφορά του παιδιού και σε μεγαλύτερο στρες από την πλευρά των γονέων (Barkley et al, 2008). Επίσης δυσκολίες στην εκτελεστική λειτουργία μπορεί να προκαλούν δυσκολίες στη συναισθηματική αυτορρύθμιση και στην κινητοποίηση του εαυτού (Barkley & Murphy, 2011).

Η ικανότητα σωστής κινητοποίησης είναι απαραίτητη για τον αυτοέλεγχο των γονέων και τη συναισθηματική τους ανταπόκριση. Η ικανότητα να υπομένουν τις καθυστερήσεις ή να συνεχίζουν την προσπάθεια έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία από την πλευρά των γονέων με ΔΕΠ-Υ να προσφέρουν θετικής ανατροφοδότηση στο παιδί και να προσφέρουν τρυφερότητα και ζεστασιά. Έτσι, ένας γονέας με ΔΕΠ-Υ

συνήθως αδυνατεί να εμπλακεί σε παιχνίδια κατάλληλα για την ηλικία του παιδιού (όπως το κου-κου-τζα) εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης και βαρετής φύσης του παιχνιδιού.

Η ερμηνεία της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους με βάση αποκλειστικά τα συμπτώματα της μητέρας ενδέχεται να είναι ανεπαρκής καθώς δεν λαμβάνουμε υπόψη το στοιχείο της αμοιβαιότητας που διακατέχει την αλληλεπίδραση. Επιπλέον, η παραπάνω προσέγγιση δεν εξηγεί την αιτία που τα βρέφη προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους στο πλαίσιο συμπεριφοράς της μητέρας προκειμένου να επιτευχθεί η αλληλεπίδραση. Είναι αποδεδειγμένο ότι τα βρέφη γεννιούνται με έμφυτα κίνητρα για πολιτισμική μάθηση και κοινωνική συνεργασία. Αυτά αποδεικνύονται από τις ρυθμικές κινήσεις του βρέφους το οποίο επιδιώκει την επικοινωνία με ένα γονέα τρυφερό που του δίνει προσοχή. Όσο μεγαλώνουν τα βρέφη αποκτούν όλο και μεγαλύτερη διυποκειμενική συνείδηση. Παρόλα αυτά η διυποκειμενικότητα είναι μια διεργασία αμοιβαίας προσοχής και ρυθμικού συγχρονισμού. Με λίγα λόγια οι μητέρες ανταποκρίνονται στη συμπεριφορά του βρέφους τους, ενώ τα βρέφη προσαρμόζουν με τη σειρά τους τη συμπεριφορά τους σε αυτή του ενήλικα προκειμένου να εκφράσουν συναισθήματα και προθέσεις (Trevarthen, 1982, 2002, 2010; Trevarthen & Aitken, 2001; Trevarthen & Malloch, 2010).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής στην Αγγλία, μελετήθηκε η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης σε βρέφη 8 και 18 εβδομάδων, όταν οι μητέρες τους είχαν κατάθλιψη. Η ενσυναίσθηση περιλάμβανε την κατανόηση των συναισθημάτων και των προθέσεων της μητέρας από την πλευρά του βρέφους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια βρέφη ηλικίας 8 και 18 εβδομάδων, παρουσίασαν αυξημένη ενσυναισθητική ικανότητα σε σχέση με τα αγόρια. Το εύρημα αυτό φανερώνει πιθανότατα την προσπάθεια των βρεφών να διατηρήσουν την

επικοινωνία με τη μητέρα, παρά τα αρνητικά συναισθήματα που εκείνη μπορεί να εκδηλώνει (Hatzinikolaou, 2003).

Φαίνεται ότι η επικοινωνία μητέρας και η επικοινωνία του βρέφους σχετίζονται σημαντικά η μία με την άλλη (Murray και Trevarthen, 1985). Μητέρα και βρέφος προσαρμόζονται ο ένας στις ανάγκες και στις προθέσεις του άλλου προκειμένου να μοιραστούν φυσικά ή ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Ίσως και τα βρέφη της παρούσας μελέτης να λειτουργούν ακριβώς με τον ίδιο τρόπο. Προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σε αυτή της μητέρας με κοινό στόχο το μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων. Αυτό το ταίριασμα ίσως να μοιάζει με αυτό που περιέγραψε η Ψυχογιού ως "similarity fit", δηλαδή "ταίριασμα ομοίων" που περιλαμβάνει κοινούς σκοπούς και ίδιους ρυθμούς (Psychogiou, Daley, Thompson & Sonuga-Barke, 2007, 2008).

Η Ψυχογιού και οι συνεργάτες της μελέτησαν γονείς που είχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ και υποστήριξαν ότι οι μητέρες (και όχι οι πατέρες) που είχαν υψηλά επίπεδα ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν αυτό το "ταίριασμα ομοίων" και συγχρονίζονταν καλύτερα με τα παιδιά τους που και τα ίδια είχαν ΔΕΠ-Υ. Αντίθετα, οι μητέρες με χαμηλά επίπεδα ΔΕΠ-Υ παρουσίασαν λιγότερη θετική συμπεριφορά προς τα παιδιά τους. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι το φαινόμενο αυτό εμφανίστηκε διότι οι μητέρες με υψηλά επίπεδα ΔΕΠ-Υ αισθάνονταν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση για τα προβλήματα των παιδιών τους. Στην παρούσα μελέτη δεν υπήρχαν παιδιά αλλά βρέφη και δεν γνωρίζουμε αν αυτά θα εκδηλώσουν μελλοντικά ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, η συμπεριφορά τους η οποία φαίνεται να προσαρμόζεται σε αυτή της μητέρας μοιάζει με αυτό που η Ψυχογιού και οι συνεργάτες της (2007, 2008) αποκάλεσαν "ταίριασμα ομοίων".

Όταν οι μητέρες έχουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, αυτή η προσαρμογή που εμφάνισαν τα βρέφη της παρούσας μελέτης, δυσχεραίνει την εγκαθίδρυση ενός επικοινωνιακού

κύκλου. Σε αυτό ακριβώς αναφέρεται η θεωρία της δυποκειμενικότητας: α) στην υποκειμενικότητα του βρέφους δηλαδή στη συμπεριφορά που διακρίνεται από σκοπό και αυτογνωσία και β) στη δυποκειμενικότητα, δηλαδή στο ταίριασμα της υποκειμενικότητας του βρέφους με την υποκειμενικότητα των άλλων (Trevarthen & Aitken, 2001).

Έχει αναφερθεί ότι οι μητέρες και τα 2 μηνών βρέφη τους εμπλέκονται σε αμοιβαία ρυθμιζόμενες αλληλεπιδράσεις που ονομάζονται "πρωτοσυνομιλίες" (Bullowa, 1979). Οι ένταση και η συνέπεια των εκφράσεων των μητέρων ενισχύουν τις προθέσεις του βρέφους στο χρόνο και πάντοτε σε σχέση με τα φωνητικά και κινητικά γεγονότα που μοιράζονται. Από την άλλη το βρέφος κατέχει ενεργό ρόλο αφού ανταποκρίνεται στη μητέρα με χαμόγελα και φωνούλες. Υπάρχει έμφυτη ενίσχυση του ρυθμού και των συναισθημάτων. Αυτή η διαπροσωπική επικοινωνία εκπαιδεύει το βρέφος στην συνειδητοποίηση και αντίληψη του συντρόφου και στην αυτό αναγνώριση. Επίσης το βοηθά να μαθαίνει ρουτίνες συμπεριφοράς που μπορεί να επαναληφθούν πολλές φορές με αμοιβαία αναγνώριση και απόλαυση (Trevarthen, 1982; 2002).

Ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής εμφανίζεται στο τέλος του 1ου έτους. Αφορά την ενεργό συμμετοχή και των δύο συντρόφων και το μοίρασμα προσοχής για ένα κοινό θέμα στο περιβάλλον. Σε αυτή την ηλικία το βρέφος μοιράζεται εμπειρίες με το πρόσωπο ενδιαφέροντος έχοντας μια κοινωνικά προσαρμόσιμη συμπεριφορά, δείχνει αντικείμενα ή ακολουθεί αντικείμενα που του δείχνουν, συνδυάζει φωνητικές εκφράσεις με χειρονομίες και προσέχει ή μιμείται συναισθήματα και σκοπούς, εναλλάσσοντας ρόλους και συναισθηματικές αντιδράσεις με τους σημαντικούς άλλους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το βρέφος δεν αναζητεί απλά την κάλυψη των βιολογικών του αναγκών και τη συναισθηματική εγγύτητα, όπως υποστηρίζει η θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1969). Η επικοινωνία μητέρας-βρέφους αποτελεί μια πιο

σύνθετη σχέση, καθώς περιλαμβάνει το μοίρασμα των εμπειριών, την εγγενή προδιάθεση του βρέφους για αλληλεπίδραση, το συγχρονισμό της δυάδας (Trevarthen, 1979, 2001, 2005). Η μελέτη αυτή έδειξε ότι στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους παίζουν σημαντικό ρόλο οι κινήσεις, οι εκφράσεις του προσώπου, η ομιλία, το κοίταγμα, το χιούμορ, ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής, η μίμηση και τόσα άλλα, τα οποία καθορίζουν την εγκαθίδρυση της αμοιβαίας διποκειμενικής σχέσης.

Σε έρευνες με μητέρες που είχαν κατάθλιψη (Cohn & Tronick, 1983; Montirosso et al., 2011; Moore & Calkins, 2004; Stanley et al., 2004; Stein et al., 1991; Stein et al., 2012; Wiffen & Gotlib, 1989), οι μητέρες ήταν περισσότερο αρνητικές, λιγότερο ευαισθητοποιημένες και δυσκολεύονταν να αντιληφθούν τις προθέσεις των βρεφών τους. Από την άλλη τα βρέφη τους αναστατώνονταν, κοιτούσαν μακριά και έμοιαζαν στενοχωρημένα. Τα ευρήματα αυτή μπορούν να ερμηνευθούν και σε αυτή την περίπτωση με τη θεωρία της διποκειμενικότητας καθώς η αδυναμία της δυάδας να συγχρονιστεί επιδρά στην ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη των βρεφών.

Το βρέφος γεννιέται έτοιμο για επικοινωνία και όταν αυτή διαταράσσεται το αντιλαμβάνεται και αντιδρά (Bateson, 1979; Trevarthen, 1998). Ενώ στα τυπικώς αναπτυσσόμενα βρέφη της παρούσας μελέτης η ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης εξαρτιόταν από την επιθυμία του βρέφους να είναι κοινωνικό και την ικανότητα της μητέρας να ανταποκρίνεται, αυτό δεν συνέβη στην κλινική ομάδα. Οι δυάδες συγχρονίζονταν για λιγότερο χρόνο από ότι οι δυάδες με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Τόσο τα βρέφη, όσο και οι μητέρες της κλινικής ομάδας ήταν λιγότερο υπομονετικοί όταν περίμεναν να ανταποκριθεί ο σύντροφος τους (μικρότερη διάρκεια λανθάνουσας περιόδου) ή αντιδρούσαν πιο βιαστικά και παρορμητικά (μικρότερη διάρκεια αλληλοεπικάλυψης) και εμπλέκονταν σε λιγότερο σύνθετες συμπεριφορές (Meins et al., 2001; Auebrach et al., 2008). Πράγματι παρόλο που οι διαφορές ήταν στατιστικά

σημαντικές μόνο στους 2 και στους 6 μήνες, η διάρκεια συγχρονισμού ήταν μικρότερη στην κλινική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου σε όλες τις ηλικίες. Επίσης, μεγαλύτερη ήταν σε γενικές γραμμές και η διάρκεια συμπεριφοράς της μητέρας στην ομάδα ελέγχου.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό πως όταν η μητέρα εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ ο αμοιβαίος συγχρονισμός διαταράσσεται. Τα είδη συμπεριφορών των δυάδων αυτών είναι λιγότερο σύνθετα, το χιούμορ και ο αλληλοσυντονισμός της προσοχής εμφανίζονται λιγότερες φορές από ότι σε δυάδες χωρίς συμπτωματολογία και οι δυάδες δυσκολεύονται στην εναρμόνιση της συμπεριφοράς τους. Η έμφυτη ικανότητα μεταξύ δύο συντρόφων να ανταλλάσσουν επικοινωνιακά μηνύματα στο χρόνο η οποία ακολουθεί της κάλυψης των βιολογικών αναγκών και περιλαμβάνει την αμοιβαία προσοχή και το ρυθμικό συγχρονισμό μεταξύ δύο συντρόφων αποτελεί χαρακτηριστικό όλων των τυπικά αναπτυσσόμενων ανθρώπινων όντων (Trevarthen, 1989). Η μετάδοση γλωσσικών μηνυμάτων μέσω των κινήσεων, της ρυθμικότητας της φωνής, των χειρονομιών και των αντικειμένων υφίσταται μόνο διαμέσου του συγχρονισμού (Trevarthen, 2012).

Η αυτεπίγνωση και η αυτορρύθμιση του βρέφους διαταράσσεται όταν ο γονέας δεν ανταποκρίνεται εγκαίρως ή ανταποκρίνεται βιαστικά. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε από πληθώρα ερευνών, αλλά φαίνεται έως τώρα πως κάθε διαταραχή έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους (Cohn & Tronick, 1983; Cohn et al., 1990; Fogel et al., 2006; Manian & Bornstein, 2008; Tronick et al., 1978).

Επιβεβαιώθηκε λοιπόν η θεωρία της διυποκειμενικότητας του Trevarthen (1979, 2001, 2005, 2012) αλλά και οι απόψεις άλλων ερευνητών ότι η δυσκολία ανταπόκρισης και η ψυχοπαθολογία της μητέρας διαταράσσουν την επικοινωνία μητέρας-βρέφους (Cohn & Tronick, 1983; Cohn et al., 1990; Stein et al., 1991; Stanley

et al., 2004; Manian & Bornstein, 2009; Moore et al., 2001; Moore & Calkins, 2004; Murray et al., 2007; Stein et al., 2012; Tronick, 1978).

7.5 Γενικά συμπεράσματα, Περιορισμοί της έρευνας, προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και κλινική αξία της έρευνας

7.5.1 Γενικά συμπεράσματα

Φαίνεται έως τώρα ότι η θεωρία της διυποκειμενικότητας προσφέρει ένα πλούσιο θεωρητικό υπόβαθρο που ερμηνεύει τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν η μητέρα και το βρέφος της. Είναι φανερό ότι οι ανθρώπινες σχέσεις που ξεκινούν από πολύ νωρίς στη ζωή, είναι βιολογικά προγραμματισμένες προκειμένου να επιτυγχάνεται επικοινωνία. Στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις η επικοινωνία πραγματοποιείται απουσία λόγου, μέσα από το συνονθύλευμα κινήσεων, χειρονομιών, βλέμματος και ομιλίας και η επικοινωνία αυτή χαρακτηρίζεται από συγχρονισμό και συναισθηματικό ταίριασμα ανάμεσα στα πρόσωπα που αλληλεπιδρούν.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την άποψη ότι στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρα και βρέφος προσπαθούν να προσαρμοστούν και να συγχρονιστούν. Μάλιστα όταν ο συγχρονισμός δυσχεραίνεται εξαιτίας των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ των μητέρων, τα βρέφη εμφανίζουν την τάση να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σε αυτή της μητέρας. Αυτή η τάση για προσαρμογή ερμηνεύεται επαρκώς από τη θεωρία της διυποκειμενικότητας και υποδηλώνει όχι μόνο την έμφυτη τάση του βρέφους για επικοινωνία με τους σημαντικούς άλλους, αλλά και την επίμονη προσπάθεια του βρέφους να «μοιάσει» στη μητέρα του ακόμα και όταν ο συγχρονισμός δεν είναι δυνατός.

Όπως αναφέρει ο Trevarthen (2002) το βρέφος μαθαίνει να εσωτερικεύει πρότυπα συμπεριφοράς από αυτές τις επαναλαμβανόμενες εμπειρίες που έχει

αλληλοεπιδρώντας με τη μητέρα του. Όταν ο συγχρονισμός επιτυγχάνεται το βρέφος "ταιριάζει" τη συμπεριφορά του σε αυτή της μητέρας έχοντας ρυθμό και συναίσθημα. Όταν όμως η μητέρα εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, το βρέφος εσωτερικεύει διαφορετικά πρότυπα συμπεριφοράς τα οποία μοιάζουν περισσότερο με αυτά της μητέρας και ο συγχρονισμός δυσχεραίνεται. Η άποψη αυτή φαίνεται να ταιριάζει αρκετά με την τάση προσαρμογής του βρέφους που διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη.

Επιπλέον, είναι φανερό ότι τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής δεν μπορούν να εξηγηθούν μόνο από τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας. Το ίδιο το βρέφος φαίνεται να επηρεάζει το συγχρονισμό αφού εμφανίζει αυτή την τάση να "ακολουθεί" το ρυθμό και τη συμπεριφορά της μητέρας του. Η σχέση τους είναι δηλαδή διυποκειμενική.

Η θεωρία της διυποκειμενικότητας επιβεβαιώνει ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας έχουν αντίκτυπο στη επικοινωνία της με το βρέφος της και αυτό αποτελεί ενδεχομένως παράγοντα υψηλού κινδύνου δεδομένης της ισχυρής κληρονομικής βάσης της διαταραχής. Μελλοντικές έρευνες πάνω σε παρόμοιο θέμα θα επιβεβαιώσουν και θα διασαφηνίσουν περαιτέρω το αν η θεωρία της διυποκειμενικότητας επαρκεί στην ερμηνεία των πρώιμων αλληλεπιδράσεων μητέρας-βρέφους όταν η μητέρα εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ.

7.5.2 Περιορισμοί της έρευνας

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη συνέβαλε στην αποσαφήνιση του ρόλου της ΔΕΠ-Υ στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους, δεν παύει να παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα ήταν αρκετά μικρό, γεγονός που από μόνο του

περιορίζει τη δύναμη της στατιστικής σημαντικότητας. Επιπλέον ο χρόνος των μαγνητοσκοπήσεων που κωδικοποιήθηκαν ήταν σχετικά μικρός. Καθώς όμως η έρευνα χρησιμοποίησε τη μέθοδο της μικροανάλυσης δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθούν αναλύσεις για περισσότερους συμμετέχοντες και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, καθώς αυτό θα ήταν αρκετά χρονοβόρο και δύσκολο. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να συμπεριλάβουν μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων.

Επιπλέον, οι πλειοψηφία των βρεφών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν αγόρια και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατό τα αποτελέσματα να γενικευθούν και στα κορίτσια. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών στο δείγμα της παρούσας έρευνας αντανakλά το μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών που έχει διαπιστωθεί ότι εκδηλώνει τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Ένα άλλο ζήτημα που αξίζει να αναφερθεί είναι η συμπτωματολογία των μητέρων με ΔΕΠ-Υ. Και οι 15 μητέρες της έρευνας δεν είχαν διαγνωστεί ποτέ επίσημα με αυτή τη διαταραχή παρόλο που εμφάνιζαν τα συμπτώματα από την παιδική ηλικία. Μολονότι για την ανίχνευση τους χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία, δεν υπήρξε επίσημη διάγνωση από ειδικό ψυχικής υγείας για ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη δεν εξέτασε την πιθανότητα συννοσηρότητας της διαταραχής με άλλες διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη ή οι διαταραχές άγχους.

Όσον αφορά το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, οι μητέρες της παρούσας μελέτης ανήκαν στη μέση αστική τάξη, οι περισσότερες είχαν λάβει εκπαίδευση και μετά το Λύκειο και είχαν καλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και οικογενειακή στήριξη. Ίσως ένα χαμηλότερο κοινωνικά και οικονομικά δείγμα, με λιγότερη ιατρική και οικογενειακή στήριξη να παρουσίαζε σημαντικότερες διαφορές.

Αναφορικά με τη μελέτη της ιδιοσυγκρασίας, αυτή αναλύθηκε αποκλειστικά από τις αξιολογήσεις των μητέρων και όχι από ανεξάρτητο ερευνητή γεγονός που θα

μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα τις έρευνας βλέποντας τα περισσότερο αντικειμενικά. Ως γνωστόν, οι μητέρες πολλές φορές αξιολογούν τα παιδιά τους με υποκειμενικά και όχι αντικειμενικά κριτήρια.

7.5.2 Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες οι οποίες θα διερευνήσουν περεταίρω τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις μητέρων-βρεφών με ΔΕΠ-Υ. Οι μελλοντικές αυτές μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων και ίσο αριθμό αγοριών και κοριτσιών ώστε να βρεθούν ακόμα πιο δυναμικές διαφορές. Ένας διαχωρισμός των βρεφών ανάλογα με το φύλο θα επέτρεπε επιπρόσθετα την άμεση διερεύνηση των διαφυλικών διαφορών.

Μια άμεση σύγκριση μεταξύ μητέρων με ΔΕΠ-Υ και μητέρων με κατάθλιψη και διαταραχή άγχους θα έριχνε περισσότερο φως στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η δυποκειμενική επικοινωνία όταν οι μητέρες έχουν διαφορετικές διαταραχές.

Μητέρες με ΔΕΠΥ-Υ από χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, με λιγότερη ιατρική και οικογενειακή στήριξη ίσως να εμφανίσουν μεγαλύτερη διατάραξη επικοινωνίας, από ότι οι μητέρες της μελέτης αυτής. Επιπλέον, θα πρέπει να διερευνηθεί πιο εξονυχιστικά το θέμα της συννοσηρότητας, ώστε να γίνει διαχωρισμός των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ από αυτών της κατάθλιψης ή της αγχώδους διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν την ύπαρξη συνοδών διαταραχών και να αποσαφηνίσουν την προεξέχουσα διαταραχή. Η εύρεση ενός απόλυτα ομοιογενούς δείγματος αποτελεί πρόκληση, καθώς η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή με μεγάλη ποικιλομορφία και με ατομικές διαφορές. Γυναίκες με ΔΕΠ-

Υ έχουν συχνά άγχος αλλά και κατάθλιψη και έτσι είναι πολύ επικίνδυνο να υποδιαγνωστούν ή να διαγνωστούν με λάθος διαταραχή. Επιπλέον, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει από άτομο σε άτομο. Μητέρες με σοβαρότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ πιθανόν να επηρεάζουν τη διυποκειμενική επικοινωνία σε μεγαλύτερο βαθμό. Θα πρέπει λοιπόν να είμαστε προσεκτικοί στην επιλογή του δείγματος μας μελλοντικά. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν ποια ακριβώς συμπτώματα της μητέρας (υπερκινητικότητα ή διάσπαση προσοχής, συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές) επηρεάζουν περισσότερο την διυποκειμενική επικοινωνία αλλά και ποια στοιχεία του χαρακτήρα του βρέφους ασκούν επίδραση στην δυαδική σχέση (Bierdman et al., 1994. Semple et al., 2011).

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν επίσης να διερευνήσουν το ρόλο του πατέρα στην αλληλεπίδραση, καθώς και την ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στους δύο γονείς. Επιπρόσθετα θα ήταν χρήσιμο να διασαφηνιστεί αν η μητέρα αποτελεί πράγματι το κύριο πρόσωπο φροντίδας ή αν ο πατέρας ή άλλα μέλη της οικογένειας έχουν περισσότερο καθοριστικό ρόλο στην ανατροφή του βρέφους.

Όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία του βρέφους αυτή αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια και έχει οριστεί διαφορετικά από διαφορετικούς ερευνητές. Καθώς, οι μητέρες με διαταραχές παρουσιάζουν δυσκολίες στην ικανότητα τους να έχουν αυτογνωσία, στην αυτορρύθμιση, στην αυτοαξιολόγηση, στην αυτοκριτική και στην αυτοαποτελεσματικότητα, είναι πολύ πιθανό τα βρέφη τους να είναι πράγματι πιο δύσκολα αλλά να μην το αντιλαμβάνονται οι ίδιες. Θα ήταν λοιπόν χρήσιμο οι έρευνες που θα ακολουθήσουν να μελετήσουν την ιδιοσυγκρασία και ανεξάρτητα από τις μητέρες, με τη βοήθεια ερευνητών.

Τέλος, θα ήταν εξαιρετικά ενδιαφέρον, να μελετηθούν τα βρέφη των μητέρων με ΔΕΠ-Υ διαχρονικά, στην προσχολική και σχολική ηλικία. Με τον τρόπο αυτό θα

μπορέσουμε να έχουμε μία πλήρη και σαφή εικόνα στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά αυτά εξελίσσονται. Θα μπορέσουμε να εξακριβώσουμε αν η διατάραξη της επικοινωνίας στη βρεφική ηλικία συνεχίζεται και επηρεάζει τα παιδιά αυτά και μακροπρόθεσμα. Επιπλέον, θα μπορέσουμε να μελετήσουμε αν τα παιδιά αυτά εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μεγαλώνοντας. Τέτοιου είδους μελέτες θα μας επιτρέψουν όχι μόνο να ρίξουμε φως στα κενά της βιβλιογραφίας σχετικά με την γενετική προδιάθεση της διαταραχής, αλλά και να προβούμε σε προγράμματα παρέμβασης τα οποία θα μπορέσουν να βοηθήσουν τις μητέρες με ΔΕΠ-Υ να εγκαθιδρύσουν μια υγιή διυποκειμενική επικοινωνία με τα παιδιά τους.

7.5.3 Κλινική αξία της έρευνας

Η μεγαλύτερη σημασία της έρευνας έγκειται στη συμβολή που αυτή μπορεί να διαδραματίσει στην πρώιμη παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ, καθώς και στη δευτερογενή πρόληψη προβλημάτων που εκδηλώνονται αργότερα στη ζωή, όπως είναι η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, η σχολική αποτυχία, τα προβλήματα συμπεριφοράς, οι φτωχές κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Maniadaki & Kakouros, 2018).

Η πρώιμη παρέμβαση βασίζεται στην αναγνώριση πρώιμων παραγόντων που μπορούν να προβλέψουν την ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ μελλοντικά. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι η αναπτυξιακή ανωριμότητα, το αυξημένο επίπεδο δραστηριότητας, η μειωμένη συναισθηματική ρύθμιση, η υπερβολική αντίδραση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα και η μειωμένη γνωστική λειτουργία μπορούν να κάνουν ορισμένα βρέφη ευπαθή στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Campbell et al., 2014; Sonuga-Barke, 2005). Ωστόσο, οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν μπορούν αφενός να προκαλέσουν την

εκδήλωση ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, αλλά δεν μπορούν όμως να προβλέψουν ποια διαταραχή θα εμφανιστεί (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2017). Μάλιστα τα εμπειρικά δεδομένα σχετικά με τους προάγγελους της ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία, είναι εξαιρετικά λίγα.

Οι μελέτες που έγιναν σε βρέφη με προδιάθεση για ΔΕΠ-Υ υποστηρίζουν ότι αυτές οι μεταβλητές της συμπεριφοράς μπορεί να είναι παρούσες από τη νεογνική κιόλας περίοδο. Τέτοιες μεταβλητές είναι η φτωχή ωρίμανση του κινητικού συστήματος, η μειωμένη σταθερότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τα αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας, η μειωμένη διατήρηση της προσοχής, η ευερεθιστότητα και το αρνητικό συναίσθημα (Auerbach et al., 2005; Green & Goldwyn, 2002; Karalunas Fair, Musser, Aykes, Iyer & Nigg, 2014; Ninowski, 2010; Shaw, Stringaris, Nigg & Leibenluft., 2014).

Η πρόωμη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί προϋπόθεση για την υλοποίηση προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης που έχουν ως στόχο τη δευτερογενή πρόληψη. Η σημασία της πρόωμης παρέμβασης έγκειται στο γεγονός ότι γίνεται στην περίοδο όπου ο εγκέφαλος παρουσιάζει μεγάλη πλαστικότητα και αυτό επιτρέπει γενικευμένες και μεγάλης διάρκειας αλλαγές στην υποκείμενη νευροφυσιολογία (Sonuga-Barke & Halperin, 2010). Η δευτερογενής πρόληψη εντοπίζει τη διαταραχή στα αρχικά της στάδια και έχει ως στόχο της αναστολή της διαδικασίας, τη μείωση της σοβαρότητας και της σταθερότητας της εμφάνισης, την αλλαγή της πορείας της και τη μείωση των αρνητικών της επιπτώσεων, μέσα από διαδικασίες που αποτρέπουν τη δυσμενή εγκεφαλική ανάπτυξη. Έτσι λοιπόν, η πρόωμη παρέμβαση που βασίζεται σε παράγοντες που σχετίζονται και προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ, μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων τα οποία προκαλούνται από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, δηλαδή την ελλειμματική προσοχή, την

υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Επιπρόσθετα, η πρόωμη παρέμβαση πραγματοποιείται προτού το παιδί υιοθετήσει πάγια σχήματα συμπεριφοράς (πράγμα το οποίο οδηγεί σε δυσκολίες στη λειτουργικότητα) και προτού οι γονείς υιοθετήσουν αρνητικές γονεϊκές πρακτικές, γεγονός που μειώνει τη δεκτικότητα τους, αλλά και την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Με βάση την ισχυρή κληρονομική φύση της ΔΕΠ-Υ και τις πιθανότητες να εκδηλώσει το βρέφος την ίδια διαταραχή μακροπρόθεσμα, η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να αναφέρεται, τόσο στη μητέρα η οποία εκδηλώνει συμπτώματα της διαταραχής αυτής, όσο και στο βρέφος, το οποίο βρίσκεται σε κίνδυνο.

Αφού τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ της μητέρας επηρεάζουν το συγχρονισμό και την αλληλεπίδραση της διάδας και αφού τα βρέφη αυτά βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή μελλοντικά, η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να αφορά και να επικεντρώνεται στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους. Μία τέτοιου είδους «θεραπευτική παρέμβαση» θα στοχεύει τόσο στην έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της μητέρας, όσο και στην εκπαίδευση της προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα της αλληλεπίδρασης της με το βρέφος της.

Τα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης που έχουν χρησιμοποιηθεί έως τώρα αφορούν την προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία, αλλά και την ενήλικη ζωή. Η παρούσα μελέτη μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για την έναρξη μιας πρώτης απόπειρας να εντοπιστούν συμπτώματα της διαταραχής πολύ νωρίτερα από τη βρεφική ηλικία.

Τα πρώιμα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τα οποία εμφανίζονται, όπως αποδεικνύεται από την παρούσα μελέτη, στη βρεφική ηλικία περιλαμβάνουν, δυσκολίες στο

συγχρονισμό, λιγότερο σύνθετα είδη συμπεριφοράς μεταξύ των συντρόφων, μειωμένη διάρκεια στο χιούμορ και στον αλληλοσυντονισμό της προσοχής, καθώς και μειωμένες πρωτοβουλίες από την πλευρά του βρέφους για να ξεκινήσει μια αλληλεπίδραση. Κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι τα βρέφη των μητέρων με ΔΕΠ-Υ προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σε αυτή της μητέρας. Με βάση τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να γίνει εντοπισμός παιδιών υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ.

Οι σύγχρονες απόψεις για την αποτελεσματική πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ προτείνουν ένα ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Η βιολογική πτυχή του μοντέλου αυτού εστιάζει στη φαρμακοθεραπεία, η ψυχολογική στην ψυχοθεραπεία του παιδιού και των σημαντικών άλλων και η κοινωνική πτυχή στην επικοινωνία, στην κοινωνικοποίηση ή ακόμα και στην ψυχοεκπαίδευση του ατόμου και του περιβάλλοντος του για την κατανόηση και αντιμετώπιση της διαταραχής του. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο εστιάζει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της διαταραχής, όσο το δυνατόν πριν την εμφάνιση επιπλοκών με στόχο την πολύπλευρη υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειάς του.

Βασικός άξονας του μοντέλου αυτού είναι και η κοινοτική παρέμβαση, με την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων ευαισθητοποίησης για την πρόωπη ανίχνευση της ΔΕΠΥ από γονείς, δασκάλους και γενικούς γιατρούς. Επιπλέον είναι σημαντική η εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η δημιουργία ειδικών κέντρων αξιολόγησης και αντιμετώπισης.

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο τα παιδιά με προδιάθεση να εκδηλώσουν ΔΕΠ-Υ (όπως είναι τα παιδιά του παρόντος δείγματος εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ των μητέρων) ενδέχεται να μην την εκδηλώσουν ή να την εκδηλώσουν σε υποκλινικό επίπεδο, όταν υπάρξει πρόωπη παρέμβαση η οποία στην ουσία επικεντρώνεται στις

αλληλεπιδράσεις των γονέων μαζί τους. Ο εντοπισμός τους λοιπόν από τόσο μικρή ηλικία είναι καθοριστικής σημασίας στην πρόωμη αντιμετώπιση της εν λόγω διαταραχής.

Μια μέθοδος παρέμβασης που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιών είναι « Η καθοδήγηση για επικοινωνία μέσω βίντεο»-Video Interaction Guidance-VIG (Kennedy et al., 2010). Στη μέθοδο αυτή οι γονείς παρακολουθούν βίντεο με τις αλληλεπιδράσεις τους και μαθαίνουν να αυξάνουν την ευαισθησία προς το παιδί τους και να συγχρονίζονται με αυτό. Οι γονείς παρακολουθώντας τις αλληλεπιδράσεις τους μαθαίνουν να τις αξιολογούν και να εντοπίζουν τις αδυναμίες και τις ικανότητες τους. Παρόλα αυτά η μέθοδος αυτή δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε παιδιά και γονείς με ΔΕΠ-Υ. Η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως σημείο εκκίνησης για την εφαρμογή του VIG στην πρόωμη παρέμβαση της ΔΕΠ-Υ.

Στην ιατρική χρησιμοποιείται ο όρος «θεραπεία» για να περιγράψει την πλήρη αντιμετώπιση μιας οργανικής κατάστασης και την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη υγιή του φυσική κατάσταση. Όταν όμως αναφερόμαστε σε κάποιες διαταραχές όπως είναι η ΔΕΠ-Υ, μιλάμε για «θεραπευτική παρέμβαση» καθώς είναι ακόμη ανεξερεύνητο το αν μπορεί να θεραπευτεί πλήρως η διαταραχή αυτή. Ωστόσο, μια θεραπευτική παρέμβαση σε τόσο πρώιμο στάδιο, όπως είναι η βρεφική ηλικία, μας επιτρέπει να έρθουμε όλο και πιο κοντά στην εξάλειψη ή έστω στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ που μπορεί να εκδηλωθούν μακροπρόθεσμα.

Η ανίχνευση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στη βρεφική ηλικία μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που επικεντρώνονται στη θεωρία της δυποκειμενικότητας. Οι παρεμβάσεις αυτές θα περιλαμβάνουν εκπαίδευση των μητέρων, ώστε να εμπλέκονται σε περισσότερο ποιοτικές αλληλεπιδράσεις με τα

βρέφη τους. Η θεραπευτική παρέμβαση θα επικεντρώνεται στη μείωση των συμπτωμάτων διάσπασης προσοχής της μητέρας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας και ανυπομονησίας. Τέτοιου είδους προγράμματα, θα ενημερώνουν και θα καθοδηγούν τις μητέρες ώστε να μπορούν να αντιλαμβάνονται με αποτελεσματικότερο τρόπο τα σήματα του βρέφους τους, τις προθέσεις και τα συναισθήματα τους. Θα έχουν ως στόχο την εμπλοκή των μητέρων σε πιο σύνθετες μορφές συμπεριφοράς και θα επιτρέπουν στα βρέφη να έχουν περισσότερο ενεργό ρόλο και να παίρνουν περισσότερες πρωτοβουλίες όταν αλληλεπιδρούν με τις μητέρες τους.

Πέρα από τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης στη μείωση ή ακόμη και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η έγκαιρη ανίχνευση αυτών βοηθά τους γονείς σε πολλά επίπεδα. Πρώτον, συμβάλλει στη μείωση της απενεχοποίησης που μπορεί να εμφανίσουν αργότερα οι γονείς και ειδικά η μητέρα, ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει προβλήματα εξαιτίας τους. Δεύτερον, γίνεται σωστή πληροφόρηση, καθοδήγηση και εκπαίδευση των γονέων σχετικά με τα συμπτώματα τόσο των ίδιων όσο και των παιδιών τους. Τρίτον, οι γονείς διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην εκπαίδευση αυτή. Τέταρτον, μειώνονται οι πιθανότητες το παιδί να εκδηλώσει μελλοντικά μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους κ.α. Πέμπτο, μειώνονται οι πιθανότητες της χρήσης φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ μελλοντικά. Αναμφισβήτητα, τα οφέλη της πρώιμης παρέμβασης και της δευτερογενούς πρόληψης είναι πολλά και σημαντικά.

8. Επίλογος

Παρά τους περιορισμούς και τις δυσκολίες που διατυπώθηκαν παραπάνω, η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη απόπειρα διερεύνησης της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους όταν οι μητέρες είχαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Πρόκειται για μια διαχρονική μελέτη η οποία σχεδιάστηκε προσεκτικά και μεθοδευμένα ώστε να αιχμαλωτίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους παράγοντες που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία των ανθρώπινων κοινωνικών σχέσεων από τους πρώτους κιόλας μήνες ζωής.

Οι κλασικές θεωρίες του Freud , του Piaget και του Bowlby δεν μπορούσαν να εξηγήσουν πλήρως τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις της δυάδας. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε η επί πολλά χρόνια τώρα ανερχόμενη θεωρία της διυποκειμενικότητας. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει την έμφυτη τάση του βρέφους για επικοινωνία. Το βρέφος αντιμετωπίζεται ως ένα ον που έχει νου, προθέσεις και συναισθήματα τα οποία επιθυμεί να μοιράσει με τους άλλους.

Όπως δύο άνθρωποι που είναι ερωτευμένοι ξεκινούν να διαισθάνονται ο ένας τις προθέσεις και τα συναισθήματα του άλλου και αρχίζουν να "μοιάζουν" μεταξύ τους, έτσι και η μητέρα με το βρέφος της, μέσα από τις εκφράσεις, τις χειρονομίες τις κινήσεις, τη βλεμματική επαφή, τις φωνοποιήσεις, τη μίμηση και το παιχνίδι γίνονται «ένα» και μοιράζονται στο χρόνο τη διυποκειμενική τους εμπειρία. Αυτή η αλληλεπίδραση αποτελεί την πρώτη μορφή μη-γλωσσικής επικοινωνίας και προετοιμάζει το βρέφος για την ομαλή του ένταξη μέσα στον κόσμο. Η σχέση μητέρας-βρέφους χαρακτηρίζεται από αρμονία, μουσικότητα, έχει ρυθμό και παλμό. Ο συγχρονισμός της δυάδας, όπως ονομάστηκε αποτελεί θεμέλιο λίθο για την ψυχολογική, συναισθηματική, γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού

μετέπειτα. Έτσι επιλέχθηκε ως θεωρητική βάση για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους η θεωρία που ονομάστηκε από τον Trevarthen θεωρία της δυποκειμενικότητας (Trevarthen, 1974, 1979, 1989, 1998, 2012, 2005; Trevarthen et al., 1999; Trevarthen & Aitken, 2001, 2003).

Συνοψίζοντας, η διατάραξη της επικοινωνίας μητέρας-βρέφους προκαλείται από την αμοιβαία εμπλοκή των δύο συντρόφων. Αναμφισβήτητα η επικοινωνία και ο συγχρονισμός επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση διαφορετικών παραγόντων όπως είναι η ΔΕΠ-Υ, η προδιάθεση του βρέφους να την εκδηλώσει, αλλά και η έμφυτη τάση των βρεφών να προσαρμόζονται στη συμπεριφορά του συντρόφου τους.

Η επικοινωνία αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία στην οποία και οι δύο συμμετέχοντες πρέπει να εναρμονίζουν πλήρως τη συμπεριφορά τους στη συμπεριφορά του σημαντικού άλλου. Όπως οι νότες σε ένα μουσικό κομμάτι πρέπει να παίζονται σωστά και σε συγκεκριμένο ρυθμό προκειμένου να ακουστεί σωστά η μελωδία, έτσι και η μητέρα με το βρέφος επικοινωνούν αποτελεσματικά όταν συγχρονίζουν σωστά τις κινήσεις, τις εκφράσεις, το βλέμμα, τις φωνοποιήσεις και τα παιχνίδια τους. Σε διαφορετική περίπτωση η μουσικότητα χάνεται, η επικοινωνία παύει να έχει ρυθμό και παλμό και το συναισθηματικό μοίρασμα εξασθενεί.

Η έρευνα αυτή επέτρεψε την ανάδειξη των πρώιμων παθολογικών προτύπων συμπεριφοράς τα οποία μπορεί να οδηγήσουν τόσο σε πρώιμη διάγνωση της διαταραχής, όσο και σε πρώιμη παρέμβαση δεδομένου του ότι ο νεογνικός εγκέφαλος παρουσιάζει ακόμη μεγάλη πλαστικότητα. Η μελέτη αποτελεί επίσης τη βάση για την πραγματοποίηση νέων ερευνών οι οποίες θα εστιάσουν στη πρώιμη διάγνωση και παρέμβαση και στη δευτερογενή πρόληψη προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους και να προληφθούν τα δευτερογενή προβλήματα τα οποία μπορεί να προκληθούν μακροπρόθεσμα από τη ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία

όπως είναι οι μαθησιακές δυσκολίες και τα προβλήματα συμπεριφοράς (Maniadaki & Kakouros, 2018).

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Aase, H., & Sagvolden, T. (2005). Infrequent, but not frequent, reinforcers produce more variable responding and deficient sustained attention in young children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 457–471.

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(7), 1-37.

Acker, M. M., & O'Leary, S. G. (1996). Inconsistency of mothers' feedback and toddlers' misbehavior and negative affect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 703-714.

Adamson, L. B., & Frick, J. E. (2003). The Still Face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, *4*, 451–473.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text Revision, Fourth Edition, Washington, DC.

Anastopoulos A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., Kollins, S. H., & Ashley-Koch, A. (2010). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. *Journal of Attention Disorders* *15*, 7, 583–592.

Arnold, L. (1996). Sex differences in ADHD: conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 555–569.

Auerbach, J. G., Landau, R., Berger, A., Arbelle, S., Faroy, M., & Karplus, M. (2005). Neonatal behavior of infants at familial risk for ADHD. *Infant Behavior and Development, 28*, 220–224.

Auerbach, J. G., Berger, A., Atzaba-Poria, N., Arbelle, S., Cypin, N., Friedman, A., & Landau, R. (2008). Temperament at 7, 12, and 25 months in children at familial risk for ADHD. *Infant and Child Development, 17*, 321–338.

Bakeman, R. (1997). *Observing Interaction: An Introduction to Sequential Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child & Family Studies, 17*, 28-43.

Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts and maternal psychopathology. *Abnormal Child Psychology, 20*, 263-288.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65–94.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 192-202.

Barkley, R. A. (2006). The relevance of the still lectures to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, *10*, 137-140.

Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Developmental Psychology*, *5*, 139-148.

Barton, F. E. III (1996). *Harry Stack Sullivan - Interpersonal Theory & Psychotherapy*. London and New York: Routledge.

Bateson, M.C. (1979). The epigenesis of conversational interaction: A personal account of research and development. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginnings of human communication* (pp. 63–77). London: Cambridge University Press.

Beebe, B. (1998) 'A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium, 'Interventions that effect change in psychotherapy'. *Infant Mental Health Journal*, *19*(3), 333–40.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, *55*, 83-96.

Berghaus, B. J. (2011). A New Look at Attachment Theory & Adult "Attachment" Behavior. *Behaviorology today*, *14*, 3-10.

Berry, C. A., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1985). Girls with attention deficit disorder: a silent minority? a report on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics*, *76*, 801-809.

Berscheid, E. (1999). "The greening of relationship science". *The American Psychologist*. *54* , 260–6.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 564-577.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research, 53*, 13–29.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *The American Journal of Psychiatry, 152*, 1652–1658.

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Journal of Biological Psychiatry, 55*, 692–700.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Klein, K. L., Price, J. E., & Faraone, S. V. (2006). Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry, 60*, 1098–1105.

Bigelow, A. E., MacLean, B. K., & MacDonald, D. (1996). Infants' response to live and replay interactions with self and mother. *Merrill–Palmer Quarterly, 42*, 596–611.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to the mother. *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 350–373.

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child, 15*, 9–52.

Bowlby, J. (1961). Separation anxiety: A critical review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1*, 251–269.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Ties*. London: Tavistock Publications.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.

Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). The two-year-old goes to the hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 82–94.

Braten, S. (1998). Intersubjective communication and understanding: Development and perturbation. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 372–382). Cambridge: Cambridge University Press.

Braten, S. (2007). *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in consciousness research*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Braten, S., & Trevarthen, C. (2007). “Prologue: From infant intersubjectivity and participant movements to simulation and conversation in cultural common sense”. In S. Braten, (2007), *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in consciousness research*. (pp. 21-31). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. In M. A. Hofer (Ed.), *The parent infant relationship* (pp. 137-155). London: Ciba.

Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36(6), 759–766.

Brugman, H., & Russel, A. (2004). Annotating Multimedia/ Multi-modal resources with ELAN. In *Proceedings of LREC 2004*.

Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Eady developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002): Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *National Review of Neurosciences*, 3, 617– 628.

Chen, M. Y. M. (2003). *Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors* (master's thesis). The University of British Columbia: Toronto.

Chronis-Tuscano, A., Seymour, K. E., Stein, M. A., Jones, H. A., Jiles, C. D., Rooney, M. E., Conlon, J., Efron, L. A., Wagner, S. A., Pian, B. A., & Rob, A. S. (2008). Efficacy of osmotic release system (OROS). Methylphenidate for mothers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Preliminary report of effects on ADHD symptoms and parenting. *Clinical Psychiatry*, 69, 1938-1947.

Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1237-1250.

Cohn, J. F., Campbell, R. M., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.

Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185-193.

Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1987). Mother-infant face-to-face interaction: the sequence of dyadic states at 3,6, and 9 months. *Developmental Psychology*, 23, 68-77.

Cunningham, C. E., & Siegel, L. S. (1987). Peer interactions of normal and attention-deficit disordered boys during free-play, cooperative task, and simulated classroom situations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 247-268.

Cushman D. P., & Florence, B. T. (1974). The development of interpersonal communication theory. *Today's Speech*, 22, 11-15.

Curtin-McKenna, M. T. (2013). *Mothers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in the First Twelve Months Postpartum: Challenges, Coping, Supports, Strengths, and Resilience* (master dissertation). Smith College School for Social Work: Hadley Massachusetts.

Daly, J. M., & Fritsch, S. L. (1995). Case study: maternal residual attention deficit disorder associated with failure to thrive in a two-month-old infant. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 55–57.

Demiris, Y., & Meltzoff, A. (2008). The robot in the crib: a developmental analysis of imitation skills in infants and robots. *Infant and Child Development, 17*(1), 43–53.

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and Psychopathology, 17*, 807-825.

Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.

Douglas, V. I. (1972). Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science, 4*, 259-282.

DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. American Psychiatric Association: Washington, DC.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2012). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. *Journal of Learning Disabilities, 46*, 43 – 51.

Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: partial specificity of effects. *Child Adolescent Psychiatry, 48*, 146-154.

- Evans, S. W., Allen, J., Moore, S., & Strauss, V. (2005). Measuring symptoms and functioning of youth with ADHD in middle schools. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*, 695–706.
- Evans, W. N., Morrill, M. S., & Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of health economics*, *29*(5), 657-673.
- Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 1313–1323.
- Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M., & Canu, W. H. (2012). Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. *Journal of Attention Disorders*, *16*, 109–117.
- Feist, J. (1994). *Theories of personality*. (3rd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace College.
- Feldman, R.(2007). Parent-Infant synchrony: biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science December*, *16*, 340-345.
- Fernyhough, C. (2008). Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental review*, *28*(2), 225-262.
- Ferrari, P. F., & Gallese, V. (2007). “Mirror neurons and intersubjectivity”. In S. Braten, *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in consciousness research* (pp. 178-260). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Field, T. (1984). A New Interpretation of the Onset of the Great Depression. *The Journal of Economic History*, *44*, 489-498.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants early interventions. *Preventive Medicine*, *27*, 200-203.
- Flavell, J. H. (1992). Cognitive development: Past, present, and future. *Developmental psychology*, *28*(6), 998.

- Fogel, A., Hsu, H. C., Shapiro, A. F., Nelson-Goens, G. C., & Secrist, C. (2006). Effects of normal and perturbed social play on the duration and amplitude of different types of infant smiles. *Developmental Psychology*, *42*, 159-173.
- Forgas, J. P., & Williams, K. D. (2002). The Social Self; introduction and overview. In J. P. Forgas, & K. D. Williams (Eds.), *The Social Self; Cognitive, Interpersonal, and Intergroup Perspectives* (pp. 1-18). New York: Psychology Press.
- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. In J. Strachey & A. Freud (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12). London: Hogarth, 1956.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Science*, *2*(12), 293-450.
- Gallese, V. (2001). The 'Shared Manifold' Hypothesis: From Mirror Neurons To Empathy. *Journal of Consciousness Studies*, *8*(5-7), 33-50.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, *36*, 171-180.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development*, *26*, 64-86.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1036-1045.
- Gershon, J. (2002a). Gender differences in ADHD. *The ADHD Report*, *10*, 1-16.
- Gershon, J. (2002b). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *5*(3), 143-154.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1990). *Managing attention disorders in children: A guide for practitioners*. New York: Wiley.

- Goldstein, S. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In S. Goldstein & C. Reynolds (Eds.), *Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children*. New York: Guilford Press.
- Goldsmith, H. H., & Campos, J. J. (1986). Fundamental issues in the study of early temperament: The Denver Twin Temperament Study. In M. E. Lamb & A. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (pp. 231-283). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Green, J. M. & Goldwyn, R. (2002) Attachment disorganization and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 835 – 46.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). Mary Ainsworth: Our guide to attachment research. *Attachment and Human Development*, 1, 224–228.
- Hari, R. (2007). “Human mirroring systems: On assessing mind by reading brain and body during social interaction”. In S., Braten, (2007). *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in consciousness research*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13, 673–685.
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, 200, 68–86.
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421.
- Harlow, H. F. (1962) The heterosexual affectional systems in monkeys. *American Psychologist*. 17, 1–13.
- Harlow, H. F., Dodsworth, R. O., & Harlow, M. K. (1965). Total social isolation in monkeys. *Psychology*, 54(1), 90–7.
- Harlow, M. K. (1971) Psychopathology in monkeys. In H. D. Kimmel (Ed.), *Experimental Psychopathology*. New York: Academic Press.

Hart, E., Lahey, B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23, 729–749.

Hatzinikolaou, K. (2003). *The Development of Empathy and Sympathy in the First Year* (Phd Thesis). The University of Reading: Reading England.

Hinde, R. A. (1982) *Ethology: Its Nature and Relation to Other Sciences*. New York: Oxford University Press.

Hundeide, K. (2007). “When empathic care is obstructed: Excluding the child from the zone of intimacy”. In S. Braten, *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in consciousness research*. (pp. 237-257). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997) Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065 -1079.

Johansen E. B., Aase H., Meyer A., & Sagvolden, T. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) behavior explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes. *Behavioural Brain Research*, 130, 37–45.

Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012) Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32, 215–228.

Kaplan, L. A., Evans, L., & Monk, C. (2008). Effects of mothers prenatal psychiatric status and postnatal caregiving on infant biobehavioral regulation: Can prenatal programming be modified? *Early Human Development*, 84, 249-256.

Karalunas, S. L. , Fair, D., Musser, E. D. , Aykes, K., Iyer, S. P. , Nigg, J. T. (2014). Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions: toward biologically based nosologic criteria. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1015–24.

Kennedy, H., Landor, M., & Todd, L. (2010). Video Interaction Guidance as a method to promote secure attachment. *Education & Child Psychology*, 27 (3), 59 -72.

Kessler, R. C., Adler, L., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *16*(2), 52–65.

Klein, M. (1975). *Envy and Gratitude*. New York: Delacorte Press.

Kooij, J. J. S, Boonstra, A. M., Willemsen-Swinkels, S. H. N., Bekker, E. M., De Noord, I., & Buitelaar, J. L. (2008) Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. *Joint Attention Disorders*, *11*(4), 445-458.

Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). *Diagnostic Interview for ADHD (DIVA)*.

Ανακτήθηκε από

http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_EN_FORM%20-%20invulbaar.pdf

Kryski, K. R., Mash, E. J., Ninowski, J. E., & Semple, D. L. (2010). Maternal symptoms of Attention-Deficit Disorder and maternal language: Implications for infant language development. *Journal of Child & Family Studies*, *19*, 270-277.

Kugiumutzakis, G. (1998). Neonatal imitation in the intersubjective companion space. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 63–88). Cambridge: Cambridge University Press.

Kugiumutzakis, G., & Kokkinaki, T. (2000). Basic aspects of vocal imitation in infant± parent interaction during the first 6 months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *18*(3), 173-187.

Kugiumutzakis, G., & Papastathopoulos, S. (2007). “The intersubjectivity of imagination: The special case of imaginary companions”. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 219–236). Cambridge: Cambridge University Press.

Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715 -1725.

Lacan, J. (1949). *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. Paris: Éditions du Seuil.

Laing, E. , Butterworth, G., Ansari, D., Gsodl, M. , Longhi E., Panagiotaki, G., Paterson, S. & Karmiloff-Smith, A. (2002). Atypical development of language and social communication in toddlers with Williams syndrome. *Developmental Science*, 5, 233–246.

LeDoux, J. E. (1995). Emotion: clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209–35.

Lorenz, K. (1952). *King Solomon's Ring*. New York: Crowell.

Lorenz, K. (1970). *Studies in Animal and Human Behavior*. (Volume I). Cambridge, MA: Harvard: University Press.

Lorenz, K. (1985). "My Family and Other Animals". In D. A. Dewsbury (Ed.), *Leaders in the Study of Animal Behavior: Autobiographical Perspectives* (pp. 259–287). Lewisburg: Bucknell University Press.

Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., et al. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282–289.

Mahler, M.S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Child*. New York: Basic Books.

Malloch, S. N., & Tevarthen, C. (2002), *Communicative Musicality: Narratives of expressive gesture and being human*. Oxford: Oxford University Press.

- Main, M. (1999). Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and Portrait. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (5), 682-736.
- Maniadaki, K., & Kakouros, E. (2018). *The complete guide to ADHD. Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York: Routledge, Taylor and Francis.
- Manian, N., & Bornstein, M. H. (2009). Dynamics of emotion regulation in infants of clinically depressed and non depressed mothers. *Journal of Child Psychiatry*, 50, 1410-1418.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31, 71–80.
- McGhee, P. E. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco: W.H. Freeman and Co.
- McGough J. J., Smalley S. L., McCracken J. T., Yang M., Del’Homme M., Lynn D. E., & Loo, S. (2005): Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *The American Journal of Psychiatry* 162, 1621–1627.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mothers’ comments on infants’ mental processes predict security of attachment at 12 months. *Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998). “Infant intersubjectivity: broadening the dialogue to include imitation, identity and intention”. In S., Braten (1998) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 47-62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mireault, G., Poutre, M., Sargent-Hier, M., Dias, C., Perdue, B., & Myrick, A. (2012). Humour perception and creation between parents and 3-to 6-month-old infants. *Infant and Child Development*, 21(4), 338-347.
- Montirosso, R., Fedeli, C., Murray, L., Morandi, F., Brusati, R., Perego, G. G., & Borgatti, R. (2012). The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 241–250.

Moore, G. A., & Calkins, S.D. (2004). Infants' Vagal Regulation in the Still-Face Paradigm is related to dyadic coordination of mother–infant interaction. *Developmental Psychology*, *40*, 1068–1080.

Moore, G. A., Cohn, J. F., & Campbell, S. B. (2001). Infant affective responses to mother's Still Face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. *Developmental Psychology*, *37*, 706-714.

Murray, L. (1980). *The sensitivities and expressive capacities of young infants in communication with their mothers* (doctoral dissertation). University of Edinburgh: Edinburgh.

Murray, L., & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation and interactions between two-month-olds and their mothers. In T. Field & N. Fox (Eds), *Social perception in infants* (pp. 177-197). Norwood, N.J.: Ablex.

Murray, L., Cooper, P. J., & Stein, A. (1991). Postnatal depression and infant development. Emotional and cognitive development of infants may be adversely affected. *British Medical Journal*, *302*, 978-979.

Murray, L., & Cooper, P.J. (1998). Postnatal depression. *British medical Journal*, *316*, 1884-1886.

Murray, C. (2004). *Parenting in mothers with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Phd Thesis). University of British Columbia: Columbia. Ανακτήθηκε από <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0091906>

Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, *115*, 52-61.

Murray, L., Cooper, P. J., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 45-52.

- Nakano, S. (1994). *Developmental changes in young children's understanding of their mothers' play intentions during teasing*. Paper presented at the 13th Biennial Meetings of ISSBD, Amsterdam.
- Nakano, S. (1995). Let your toddler journey to separation: Child separation and reconstruction of playful interactions in the Japanese mother and child. *Annual Report of Research & Clinic Centre for Child Development*, 18, 23-43.
- Neisworth, J. T., & Bagnato, S. J. (2004). The MisMeasure of Young Children The Authentic Assessment Alternative. *Infants and Young Children*, 17(3), 198–212.
- Nigg, J. T. (2012). Future directions in ADHD etiology research. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 41, 524–533
- Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Benzie, K. M. (2007). Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in first-time expectant women: Relations with parenting cognitions and behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 28, 54-75.
- Pagliano, P. J., Zambone, A. M., & Kelley, P. (2007). Helping children with visual impairment develop humour: a review of the literature. *British Journal of Visual Impairment*, 25(3), 267-279.
- Papaeliou, C. F. & Rescorla, L. (2011). Vocabulary Development in Greek Children: A Cross-Linguistic Comparison Using the Language Development Survey. *Journal of Child Language* 38, 861-887.
- Papoulidi, A., Papaeliou, C.F & Samartzi, S. (2017). Rhythm in Interactions between Children with Autism Spectrum Disorder and Their Mothers. *Timing & Time Perception*, 5, 5–34.
- Papousek, M., Papousek, H., & Symmes, D. (1991). The meanings of melodies in motherese in tone and stress languages. *Infant Behavior and Development*, 4, 415–440.
- Patel, N. Patel, M., & Patel, H. (2012). ADHD and Comorbid Conditions. In J. M. Norvilitis (Ed.), *Current Directions in ADHD and its treatment* (pp. 25-46). Croatia: In Tech.

Pelaez-Nogueras, M., Field, T. M., Hossain, Z., & Pickens, J. (1996). Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development*, 67, 1780-1792.

Petterson, R., Söderström, S., & Nilsson, W. N. (2015). Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), 1-13.

Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child* (M. Cook, Trans.). New York: Basic Books.

Piaget, J. (1977). *The role of action in the development of thinking*. In *Knowledge and development* (pp. 17–42). US: Springer.

Pinkhardt, E. H., Kassubek, J., Brummer, D., Koelch, M., Ludolph, A. C., Fegert, J. M., & Ludolphemil, A. G. (2009). Intensified testing for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in girls should reduce depression and smoking in adult females and the prevalence of ADHD in the longterm. *Medical Hypotheses*, 72, 409–412.

Praglin, L. (2006). The Nature of the “In-Between” in D.W. Winnicott’s Concept of Transitional Space and in Martin Buber’s das Zwischenmenschliche. *Universitas*, 2(2), 1-9.

Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: A further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 419–433.

Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M. J., & Sonuga-Barke, E. (2008). Parenting empathy: Associations with dimensions of parent and child psychopathology. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 221–232.

Quinn, P. O.(2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Current Psychiatry Reports*, 10, 419–423.

Ramos-Quiroga , J. A., Nasillo, V., Richarte, V., Corrales, M., Palma, F., Ibáñez, P., Michelsen, M., Van de Glind, G., Casas, M., & Kooij, J. J. (2016). Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-10.

Rasmussen, K., & Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: Are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment?. *Journal of Attention Disorders*, 12, 353-360.

Reddy, V. (1991). Playing with others' expectations: Teasing and mucking about in the first year. In A. Whiten (Ed.), *Natural theories of the mind*. Oxford: Blackwell.

Reddy, V., Hay, D., Murray, L., & Trevarthen, C. (1997). "Communication in infancy: mutual regulation of affect and attention". In G. Bremner, A. Slater & G. Butterworth (1997), *Infant development. Recent advances* (pp. 247-267). Eurlbaum: Psychology Press.

Reddy V. (2008). *How Infants Know Minds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Reddy V. (2001). Infant clowns: The interpersonal creation of humor in infancy. *Enfance*. 53, 247–256.

Reddy, G. R. (2011). The stalwarts: Harry Stack Sullivan. *Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, 12, 87–9.

Reddy, V., & Mireault, G. (2015). Teasing and clowning in infancy. *Current Biology*, 25, 20-23.

Rochat, P., & Passos-Ferreira, C. (2009). Three levels of intersubjectivity in early development. In A. Carassa, F. Morganti & G. Riva (Eds.), *Enacting intersubjectivity: Paving the way for a dialogue between cognitive sciences* (pp. 13–14). Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.

- Rodman, F. R. (2003). *Winnicott: Life and work*. Cambridge: Perseus.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). *Temperament*. In W. Damon, R. Lerner & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K. (1989). Biological processes of temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 77-110). Chichester, England: Wiley.
- Rucklidge, J. J., & Tannock, R. (2001) Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530–40.
- Sagvolden, T., Aase, H., Johansen, E. B., & Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 397–468.
- Semple, D. L., Mash, E. J., Ninowski, J. E., & Benzies, K. M. (2011). The relation between maternal symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and mother-infant interaction. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 460-472.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E.(2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–93.
- Shiels, K., & Hawk, L.W. (2010). Self-Regulation in ADHD: the role of error processing. *Clinical Psychology Review*, 30, 951–961.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2005): Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biol Psychiatry* 57, 1231–1238.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Halperin, J.M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 368–389.

- Stanley, C., Murray, L., & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-Face perturbation, and performance on an Instrumental Learning Task. *Development and Psychopathology, 16*, 1-18.
- Stein, A., Gath, D., Buckner, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158*, 46-52.
- Stein, A., Lehtonen, A., McGlynn, E., Davies, B., Goodwin, J., Cortina-Borja, M., Craske, M. G., Harvey, A., Murray, L., & Cunnell, N. (2012). Maternal conditions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 795-809.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., & Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal, 19*, 300–308.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: New York University Press.
- Tinbergen, N. (1950). *The Study of Instinct*. New York: Oxford University Press.
- Toda, S., & Fogel, A. (1993). Infant response to the Still-Face Situation at 3 and 6 Months. *Developmental Psychology, 29*, 532-538.
- Toplak, M. E., Rucklidge, J. J., Hetherington, R., John, S. C. F., & Tannock, R. (2003): Time perception deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid reading difficulties in child and adolescent samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 888 –903.
- Trevarthen, C. (1974). Conversation with a two-month-old. *New Scientist, 2*, 230–235.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication* (pp. 321–347). New York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1989). “Infants trying to talk: How a child invites communication from the human world.” In R. Soderberg (Ed.), *Children’s Creative Communication*. Lund: Lund University Press.

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (1994). Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology*, 6, 597–633.

Trevarthen, C. (1998). “The concept and foundations of infant intersubjectivity.” In S. Braten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 15–46). Cambridge: Cambridge University Press.

Trevarthen, C., Kokkinaki, T., & Fiamenghi, G. A., Jr. (1999). What infants' imitations communicate: With mothers, with fathers and with peers. In J. Nadel & G. Butterworth (Eds.), *Cambridge studies in cognitive perceptual development. Imitation in infancy* (pp. 127-185). New York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C., & Aitken, K.J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research Theory and Clinical Applications. *Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.

Trevarthen, C. (2001). The neurobiology of early communication: Intersubjective regulations in human brain development. In F. A. Kalverboer & A. Gramsbergen (Eds.). *Handbook on brain and behavior in human development* (pp. 841–882). Dordrecht: Kluwer Academic.

Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Regulation of brain development and age-related changes in infants’ motives: The developmental function of “regressive” periods. In M. Heimann (Ed.) *Regression Periods in Human Infancy* (pp. 107-184). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Trevarthen, C. (2005). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship. Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. In C. S. Carter, K. E. Grossmann, S. B. Hardy, M. E. Lamb, S.W. Porges & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge, MA: MIT Press.

Trevarthen, C. (2012). The Intersubjectivity of Embodiment. Empodied Human Intersubjectivity: Imaginative Agency, To Share Meaning. *Journal of Cognitive Semiotics*, 4, 6-40.

Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1 – 13.

Tronick, Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85-92.

Van Egeren, L., Barratt, M., & Roach, M. (2001). Mother–infant responsiveness: Timing, mutual regulation, and interactional context. *Developmental Psychology*, 37(5), 684–697.

Watkins, S. J., & Mash, E. (2009). Sub-clinical levels of symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and self-reported parental cognitions and behaviors in mothers of young infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 70-88.

Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). "Conditioned emotional reactions". *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.

Weinberg, K., & Tronick, E. Z. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the Still-Face. *Child Development*, 67, 905-914.

Winnicott, D. W. (1945). *Primitive emotional development*. In *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1960). Ego Distortion in Terms of True and False Self. In D. W. Winnicott (Ed.), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 140-152). London: Karnac Books.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.

Winnicott, D. W. (2002). *Winnicott on the Child*. Cambridge: Lifelong Books.

World Health Organization (1992) *International Classification of Diseases and Related Disorders* (ICD-10). Geneva: WHO.

Zack, E., Barr, R., Gerhardstein, P., Dickerson, K., & Meltzoff, A. N. (2009). Infant imitation from television using novel touch screen technology. *Developmental Psychology*, 27(1), 13–26.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Καΐλα, Μ. & Ξανθάκου, Γ. (1986). *Μάνα η πρώτη ερωμένη*. Αθήνα: Ντουντούμη.

Κουγιουμουτζάκης, Γ. (2016). *Το συν-της συγκίνησης. Ψυχολογία εμβρύων, βρεφών και νηπίων*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

Κουγιουμουτζάκης, Γ. (2001). *Πρόοδος στην Αναπτυξιακή Ψυχολογία των Πρώτων Χρόνων*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. 4^η Έκδοση.

Χατήρα, Κ. Δ. (2011). *Θεωρίες Προσωπικότητας και Ατομικές Διαφορές* (Πανεπιστημιακές Σημειώσεις). Ανακτήθηκε από:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zpC8aodM0xEJ:ftp://ftp.soc.uoc.gr/Psycho/Hatira/Theories_%2520Prosopikothtas_%2520kai%2520Atomikes_%2520Diafores/Simioseis_Theories_prosopikotitas.doc+&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr

Cole, M., & Cole, S. R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία* (Β τόμος) (Μετάφραση: Μ. Σόλμαν, Επιμέλεια: Ζ. Μπαμπλέκου). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Fink, B. (1997), «Κλινική Εισαγωγή στη Λακανική Ψυχανάλυση: Θεωρία και Τεχνική», μτφ. Ν. Ηλιάδης, Αθήνα: Πλέθρον.

Lacan, J. (1987). *Η Οικογένεια: Τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Vygotsky, L. S.,(1935/1994). *Σκέψη και Γλώσσα*, Αθήνα: Γνώση.

Vygotsky, L.S. (1997). *Νους στην κοινωνία*, Αθήνα: Gutenberg.

Winnicott D. (2005). «Φόβος κατάρρευσης». Αθήνα: Άγρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συστήμα Κωδικοποίησης για τις συμπεριφορές της Μητέρας

I. Ενέργειες σε αντικείμενα

1. Δείξη αντικειμένου: η μητέρα δείχνει ένα αντικείμενο ή προς το μέρος που βρίσκεται το αντικείμενο.
2. Παρουσίαση αντικειμένου: κουνά ή παράγει θόρυβο με ένα αντικείμενο ακριβώς μπροστά από τα μάτια του βρέφους.
3. Προσφορά αντικειμένου: δίνει, προσφέρει αντικείμενο ή αφήνει ένα αντικείμενο μπροστά στο βρέφος.
4. Απομάκρυνση αντικειμένου: παίρνει, απομακρύνει, τραβά, το αντικείμενο από το βρέφος.
5. Απόρριψη αντικειμένου: απορρίπτει ένα αντικείμενο που της προσφέρεται, διώχνοντας το με τα χέρια ή το σώμα της.
6. Σύγκλιση ενδιαφέροντος Παιχνίδι: παίζει με ίδια αντικείμενα που ασχολείται το βρέφος.
7. Παράλληλο παιχνίδι: παίζει με αντικείμενα διαφορετικά από αυτά που παίζει το βρέφος.
8. Άγγιγμα αντικειμένου: ακουμπά αντικείμενο με το χέρι ή το πόδι.
9. Προσέγγιση αντικειμένου: γέρνει με το σώμα της ή κινείται / κατευθύνεται προς ένα αντικείμενο που βρίσκεται λίγο πιο μακριά.

10. Απομάκρυνση από αντικείμενο: κινείται μακριά/απομακρύνεται από ένα αντικείμενο ή βάζει ένα αντικείμενο μακριά.
11. Άγγιγμα βρέφους με αντικείμενο: αγγίζει το βρέφος με το αντικείμενο.
12. Επιστροφή αντικειμένου/βοήθεια: δίνει πίσω στο βρέφος ένα αντικείμενο που του έχει πέσει κάτω/του έχει φύγει από τα χέρια.

Ενέργειες προς το βρέφος

1. Κατεύθυνση προς το βρέφος: γέρνει με το σώμα της, κουνά το κεφάλι της μπροστά του, κινείται, κατευθύνεται προς το βρέφος.
2. Κατεύθυνση μακριά από το βρέφος: κινείται μακριά, απομακρύνεται από το βρέφος, του γυρνά πλάτη, φεύγει από το χώρο.
3. Άγγιγμα με στοργή: αγγίζει το βρέφος με στοργή για να το ηρεμήσει, το αγκαλιάζει, το χαϊδεύει, το κρατά πάνω της, το βάζει να ξαπλώσει, το κουνά πέρα-δώθε, το φιλάει στο σώμα ή στο πρόσωπο.
4. Άγγιγμα που έχει ως στόχο να προκαλέσει γέλιο: αγγίζει το βρέφος για να το κάνει να γελάσει, το γαργαλάει, το σηκώνει στον αέρα πάνω-κάτω.
5. Άγγιγμα που σχετίζεται με το παιχνίδι: βάζει το μωρό σε στρατούρα, σε κρεβατάκι, σε παιχνίδι που κινείται.
6. Άγγιγμα που αφορά βοήθεια: το κρατά για να στηριχτεί σε κάτι, να μην πέσει, να αλλάξει θέση, να πλησιάσει κάπου περπατώντας.
7. Χορός: χορεύει ή κινείται ρυθμικά, χτυπά παλαμάκια.
8. Κινήσεις με το στόμα: ανοιγοκλείνει το στόμα χωρίς να παράγει ήχο.
9. Χαμόγελο: χαμογελά ή ανοίγει το στόμα σαν να χαμογελά.
10. Χαιρετισμός: χαιρετά.

11. Κίνηση που έχει ως στόχο να προκαλέσει προσέγγιση: επεκτείνει το χέρι/τα χέρια της για να καλέσει το βρέφος προς το μέρος της.
12. Κίνηση που έχει ως στόχο τον αλληλοσυντονισμό της προσοχής: τραβά το μωρό ή το γυρνά για να κοιτάξει κάτι που θέλει η ίδια.

II. Κοίταγμα

1. Κοιτάει το βρέφος στα μάτια ή στο πρόσωπο.
2. Κοιτά το βρέφος σε άλλα σημεία του σώματος.
3. Κοιτά αντικείμενο.
4. Κοιτά τριγύρω στο περιβάλλον.
5. Κοιτά το δικό της σώμα.

III. Ομιλία

1. Φυσιολογική: μιλάει κανονικά (όπως σε ενήλικες).
2. Μαμαδίστικα: μιλά μελωδικά και ρυθμικά.
3. Τραγουδάει: τραγουδά ή νανουρίζει το βρέφος.
4. Τριγύρω: μιλάει σε άλλους που βρίσκονται τριγύρω
5. Βρεφικές λέξεις: μιλά χρησιμοποιώντας φωνοποιήσεις που παράγει το βρέφος.
6. Μίμηση φιλιού: κάνει ήχο σαν να φιλάει το βρέφος, χωρίς να το ακουμπάει.
7. Μίμηση: μιμείται ήχο που κάνει το βρέφος
8. Γέλιο: γελάει

IV. Χιούμορ

1. Κρύβεται πίσω από αντικείμενα, έπιπλα ή πίσω από τα χέρια της.
2. Κρύβει το μωρό πίσω από αντικείμενα.

3. Πάει να δώσει αντικείμενο στο βρέφος και το παίρνει πίσω ή το βάζει ψηλά για να μην το φτάνει.
4. Αλλάζει τα τραγουδάκια χρησιμοποιώντας αστεία λόγια και εκφράσεις.
5. Κάνει περίεργες γκριμάτσες (βγάζει τη γλώσσα, κάνει αστείους ήχους βάζοντας το δάχτυλο στο στόμα της κ.α.).
6. Προσποιείται πως πάει να κυνηγήσει το μωρό.
7. Προσποιείται πως πάει να φάει το μωρό.
8. Προσποιείται πως το μωρό μυρίζει.
9. Χρησιμοποιεί μέρη του σώματος του μωρού για φανταστικό παιχνίδι.
10. Ακουμπά, γαργαλά το μωρό με τα χέρια της ή με αντικείμενα και παράγει αστείους ήχους.
11. Προσποιείται πως πάει να πετάξει το μωρό παράγοντας αστείους ήχους.

Σύστημα κωδικοποίησης για τις συμπεριφορές του Βρέφους

I. Ενέργειες προς αντικείμενα:

1. Δείξη αντικειμένου: δείχνει αντικείμενο το οποίο βρίσκεται στο οπτικό του πεδίο, έχοντας τεντωμένο το χέρι και τα δάκτυλα του ή με το δείκτη του χεριού του, προς το μέρος που βρίσκεται το αντικείμενο.
2. Επέκταση χεριού: επεκτείνει το χέρι του για να φτάσει ή να ακουμπήσει ένα αντικείμενο που βρίσκεται μακριά.
3. Προσφορά αντικειμένου: δίνει, προσφέρει αντικείμενο στη μητέρα.
4. Διεκδίκηση αντικειμένου: απομακρύνει, παίρνει, τραβά, ένα αντικείμενο από τη μητέρα.

5. Απόρριψη αντικειμένου: απορρίπτει ένα αντικείμενο που του προσφέρεται, διώχνοντας το με τα χέρια ή το σώμα του.
6. Παιχνίδι: παίζει με αντικείμενα μόνο του, τα βάζει στο στόμα, τα αγγίζει, τα επεξεργάζεται με τα χέρια του, τα κουνάει, τα χτυπά κτλ.
7. Παράλληλο παιχνίδι: παίζει με αντικείμενα διαφορετικά από τη μητέρα.
8. Σύγκλιση ενδιαφέροντος: παίζει με αντικείμενα ίδια με τη μητέρα.
9. Κατεύθυνση προς αντικείμενο: γέρνει με το σώμα του, κινείται, κατευθύνεται προς ένα αντικείμενο που βρίσκεται λίγο πιο μακριά.
10. Απομάκρυνση από αντικείμενο: κινείται μακριά, απομακρύνεται από ένα αντικείμενο.
11. Άγγιγμα με αντικείμενο: αγγίζει τη μητέρα με ένα αντικείμενο.
12. Πέσιμο αντικειμένου: του πέφτει ένα αντικείμενο.
13. Χρήση αντικειμένων ως στήριγμα: στέκεται και προσπαθεί να βαδίσει στηριζόμενο σε αντικείμενο.

Ενέργειες που αφορούν τη μητέρα:

1. Κίνηση προς τη μητέρα: γέρνει με το σώμα του ή κινείται / κατευθύνεται προς, τη μητέρα, πέφτει στην αγκαλιά της.
2. Απομάκρυνση από τη μητέρα: απομακρύνεται από τη μητέρα.
3. Άγγιγμα μητέρας: αγγίζει τη μητέρα με το στόμα ή άλλα μέρη του σώματος του, τη φιλάει, της ακουμπά τα μαλλιά, της κρατά το χέρι κ.α.
4. Επέκταση χεριών: επεκτείνει, σηκώνει το χέρι/ τα χέρια, προς τη μητέρα για να το σηκώσει/ακουμπήσει/αγκαλιάσει/ καθησυχάσει. Γενικά για να το βοηθήσει σε κάτι.

5. Απόρριψη μητέρας: σηκώνει ή κατεβάζει το χέρι του για να απομακρύνει το χέρι της μητέρας, χτυπά τη μητέρα με το σώμα του.
6. Χορός-ρυθμική κίνηση: κουνάει το σώμα του ή τα χέρια και τα πόδια του ρυθμικά, αριστερά-δεξιά, μπρος-πίσω, πάνω-κάτω σαν να χορεύει, χτυπά παλαμάκια, ή προσπαθεί να το κάνει.
7. Κίνηση με θυμό: κίνηση σώματος όταν είναι δυσαρεστημένο.
8. Άνοιγμα στόματος: ανοιγοκλείνει το στόμα χωρίς να παράγει ήχο.
9. Χαμόγελο: χαμογελά, διευρύνει τα χείλη ή ανοίγει το στόμα με ευχαρίστηση.
10. Χαιρετισμός: χαιρετά ή προσπαθεί να το κάνει.

II. Κοίταγμα

1. Κοιτά αντικείμενο.
2. Κοιτά το πρόσωπο ή τα μάτια της μητέρας.
3. Κοιτά τα χέρια ή άλλα σημεία του σώματος της μητέρας.
4. Κοιτά τριγύρω στο περιβάλλον, κοιτά κάτω σαν να κλείνει τα μάτια (αδιάφορο βλέμμα).
5. Ακολουθεί με το βλέμμα του τη μητρική φωνή -κοιτά εκεί που κοιτά και η μητέρα.
6. Ακολουθεί με το βλέμμα του κάποιο άλλο ήχο.
7. Κοιτά το σώμα του.
8. Αποστρέφει το βλέμμα από τη μητέρα για λίγο και μετά την ξανακοιτά.

III. Ομιλία

1. Κλάμα: κλάμα ή ήχοι που υποδηλώνουν ενόχληση, γκρίνια, αναστάτωση.
2. Φωνητικοί ήχοι (voiced sounds).
3. Βάβισμα (μπα-μπα, μα-μα).

4. Φωνοποιήσεις χωρίς νόημα (jargon speech).
5. Γέλιο: γελά ή παράγει χαρούμενους ήχους.

IV. Χιούμορ

1. Πάει να δώσει αντικείμενο στη μητέρα, αλλά το παίρνει πίσω.
2. Κρύβεται πίσω από αντικείμενα ή από τα χέρια του.
3. Γελά με τα αστεία της μητέρας (παραλλαγές σε τραγουδάκια, γαργαλητό, κρυφτό, αστείες εκφράσεις και γκριμάτσες, αστείοι ήχοι).
4. Υιοθετεί παράξενες και αστείες εκφράσεις προσώπου, παίρνει περίεργες στάσεις σώματος, παράγει αστείους ήχους.
5. Μπουσουλάει ή τρέχει για να μην το πιάσει η μητέρα.

ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΕΠ-Υ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Adult ADHD self-report scale-ASRS

Ημερομηνία συνέντευξης:

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία τοκετού:

Ηλικία:

Φύλο παιδιού:

Επάγγελμα:

Εκπαίδευση:

Στοιχεία επικοινωνίας:

Οδηγίες

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις βάζοντας X στο κουτάκι που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σας, σχετικά με το πώς νιώθατε ή νιώθετε τους τελευταίους 6 μήνες.

| ΜΕΡΟΣ Α | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές | Συχνά | Πολύ |
|---|------|--------|---------|-------|------|
| 1. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ολοκληρώσετε τις τελευταίες λεπτομέρειες ενός έργου, ενώ έχετε τελειώσει με το ενδιαφέρον και απαιτητικό μέρος; | | | | | |
| 2. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να βάλετε σε τάξη τα πράγματα, όταν ένα έργο απαιτεί οργάνωση; | | | | | |
| 3. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να θυμάστε τα ραντεβού και τις υποχρεώσεις σας; | | | | | |
| 4. Πόσο συχνά αποφεύγετε ή καθυστερείτε μια δραστηριότητα που απαιτεί πολλή σκέψη; | | | | | |
| 5. Πόσο συχνά κουνάτε νευρικά τα χέρια ή τα πόδια σας όταν πρέπει να καθίσετε για πολύ ώρα; | | | | | |
| 6. Πόσο συχνά νιώθετε πως έχετε υπερβολική ενέργεια και αισθάνεστε | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| έντονα την ανάγκη να κάνετε κάτι, «σαν να έχετε μοτεράκι»; | | | | | |
| ΜΕΡΟΣ Β | | | | | |
| 7. Πόσο συχνά κάνετε λάθη απροσεξίας όταν πρέπει να ασχοληθείτε με ένα βαρετό ή δύσκολο έργο; | | | | | |
| 8. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να διατηρήσετε την προσοχή σας σε ένα βαρετό ή επαναλαμβανόμενο έργο; | | | | | |
| 9. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε σε όσα σας λένε οι άλλοι, ακόμα και όταν σας απευθύνουν άμεσα το λόγο; | | | | | |
| 10. Πόσο συχνά τοποθετείτε σε λάθος μέρος ή δυσκολεύεστε να βρείτε αντικείμενα στο σπίτι ή τη δουλειά; | | | | | |
| 11. Πόσο συχνά αποσπάται η προσοχή σας από θορύβους ή κινήσεις που συμβαίνουν γύρω σας; | | | | | |
| 12. Πόσο συχνά σηκώνεστε από τη θέση σας σε συναντήσεις ή άλλες περιστάσεις, όπου απαιτείται να είστε καθισμένη; | | | | | |
| 13. Πόσο συχνά νιώθετε ανησυχία ή νευρικότητα; | | | | | |
| 14. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να χαλαρώσετε και να ηρεμήσετε, στον προσωπικό σας χρόνο; | | | | | |
| 15. Πόσο συχνά πιάνετε τον εαυτό σας να μιλάει υπερβολικά σε κοινωνικές εκδηλώσεις; | | | | | |
| 16. Πόσο συχνά πιάνετε τον εαυτό σας να συμπληρώνει τις προτάσεις του συνομιλητή σας σε μία συζήτηση πριν ακόμη εκείνος/η ολοκληρώσει αυτό που ήθελε να πει; | | | | | |
| 17. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να περιμένετε τη σειρά σας, όταν το απαιτούν οι περιστάσεις; | | | | | |
| 18. Πόσο συχνά διακόπτετε τους άλλους όταν είναι απασχολημένοι; | | | | | |

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΔΕΠ-Υ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA)

Όνομα

Ημερομηνία γέννησης

Φύλο

άνδρας

γυναίκα

Ημερομηνία
συνέντευξης

Όνομα ερευνητή

Μέρος 1^ο: Συμπτώματα διάσπασης προσοχής (DSM-IV κριτήριο A1)

Οδηγίες: τα συμπτώματα στην ενήλικη ζωή πρέπει να εκδηλώνονται για τουλάχιστον έξι μήνες. Τα συμπτώματα στην παιδική ηλικία περιλαμβάνουν τις ηλικίες 5-12 ετών. Προκειμένου να αποδοθεί ένα σύμπτωμα ως ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να αποτελεί χρόνιο χαρακτηριστικό και όχι να εμφανίζεται σποραδικά.

A1. Πόσο συχνά δεν καταφέρνετε να δώσετε προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνετε λάθη απροσεξίας την ώρα της δουλειάς σας ή σε άλλες εργασίες; Είχατε την ίδια δυσκολία στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Κάνετε λάθη απροσεξίας
- Εργάζεστε αργά για να αποφύγετε τα λάθη
- Δεν διαβάζετε τις οδηγίες προσεκτικά
- Δυσκολεύεστε να εργαστείτε με αναλυτικό τρόπο
- Χρειάζεστε πολύ χρόνο να ολοκληρώσετε έργα που περιέχουν πολλές λεπτομέρειες
- Κουράζεστε εύκολα από τις πολλές λεπτομέρειες
- Εργάζεστε πολύ γρήγορα και έτσι κάνετε λάθη
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Κάνατε λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες
- Κάνατε λάθη επειδή δεν διαβάζατε προσεκτικά τις ερωτήσεις
- Αφήνατε αναπάντητες τις ερωτήσεις επειδή δεν τις διαβάζατε καλά
- Αφήνατε το μισό διαγώνισμα αναπάντητο
- Οι άλλοι σχολίαζαν πως δεν προσέχατε στη δουλειά σας
- Χρειαζόσασταν πολύ χρόνο να ολοκληρώσετε ασκήσεις και εργασίες
- Άλλο:

Το σύμπτωμα

- Ναι
- Όχι

εκδηλώνεται τώρα:

A2. Το βρίσκετε συχνά δύσκολο να συγκεντρώνετε την προσοχή σας στις διάφορες δραστηριότητες (*εκτός και αν η δραστηριότητα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα ή σημαντική πχ χόμπι, υπολογιστής); Αυτό συνέβαινε και στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Δεν μπορώ να συγκεντρώσω την προσοχή μου για πολύ ώρα προσοχή σε διάφορες δραστηριότητες
- Η προσοχή μου αποσπάται εύκολα από ερεθίσματα του περιβάλλοντος ή δικές μου σκέψεις
- Μου είναι δύσκολο να δω μία ταινία μέχρι το τέλος ή να διαβάσω ένα βιβλίο μέχρι το τέλος
- Βαριέμαι εύκολα
- Ρωτάω για θέματα τα οποία έχουν ήδη συζητηθεί
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Δυσκολευόσασταν να συγκεντρώσετε την προσοχή σας στις σχολικές εργασίες ή το μάθημα
- Δυσκολευόσασταν να συγκεντρώσετε την προσοχή σας την ώρα του παιχνιδιού
- Η προσοχή σας αποσπώταν εύκολα

- Χρειαζόσασταν οργάνωση και προγραμματισμό για να μην αποσπάται η προσοχή σας
- Βαριόσασταν εύκολα τις διάφορες δραστηριότητες
- Άλλο:

***εκτός και αν η δραστηριότητα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα ή σημαντική (πχ χόμπι, υπολογιστής)**

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

A3. Νιώθετε συχνά πως δεν ακούτε τον συνομιλητή σας, ακόμα και όταν σας απευθύνετε προσωπικά;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Ονειροπολείτε ή χάνετε στις σκέψεις σας
- Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε σε μία συζήτηση
- Και μετά δε θυμάστε το θέμα της συζήτησης
- Συχνά αλλάζετε το θέμα της συζήτησης
- Οι άλλοι λένε πως το μυαλό σας είναι αλλού
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα.:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Δεν ξέρατε τι έλεγαν οι γονείς και οι δάσκαλοι σας
- Ονειροπολούσατε ή χανόσασταν στις σκέψεις σας
- Προσέχατε μόνον όταν σας κοιτούσαν στα μάτια ή σας ύψωναν τη φωνή
- Συχνά έπρεπε να σας απευθύνουν το λόγο πολλές φορές για να δώσετε προσοχή
- Συχνά έπρεπε να σας επαναλάβουν ερωτήσεις

Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

A4. Δυσκολεύεστε συχνά να ακολουθήσετε οδηγίες, να ολοκληρώσετε εργασίες ή να διεκπεραιώσετε υποχρεώσεις στην εργασία ή το σπίτι;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Ασχολείστε με πολλές δουλειές ταυτόχρονα, χωρίς όμως να ολοκληρώνετε καμία
- Δυσκολεύεστε να ολοκληρώσετε μία δραστηριότητα όταν χάνετε το ενδιαφέρον σας γι' αυτήν
- Χρειάζεστε χρονικούς περιορισμούς για να ολοκληρώσετε μία δραστηριότητα
- Δυσκολεύεστε να ολοκληρώσετε γραφειοκρατικές εργασίες
- Δυσκολεύεστε να ακολουθήσετε τις οδηγίες ενός εγχειριδίου
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Δυσκολευόσασταν να ακολουθείτε οδηγίες
- Δυσκολευόσασταν να ακολουθείτε περισσότερες από μία οδηγίες
- Δεν ολοκληρώνατε τις εργασίες σας
- Δεν ολοκληρώνατε τις εργασίες του σχολείου για το σπίτι ή δεν τις παραδίδατε
- Χρειαζόσασταν πολύ οργάνωση για να ολοκληρώσετε τις εργασίες σας
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

A5. Δυσκολεύεστε συχνά να οργανώνετε τις δραστηριότητες σας;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Δυσκολεύεστε να προγραμματίσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες
- Ο χώρος του σπιτιού ή της εργασίας σας δεν είναι τακτοποιημένος

- Οργανώνετε πάρα πολλές δραστηριότητες ή δεν μπορείτε να τις οργανώσετε αποτελεσματικά
- Συχνά κανονίζετε διαφορετικές δραστηριότητες την ίδια ώρα
- Καθυστερείτε στις συναντήσεις σας
- Δεν μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αποτελεσματικά μία ατζέντα ή ένα ημερολόγιο
- Δεν είστε ευέλικτη εξαιτίας της ανάγκης σας για αυστηρή τήρηση του προγράμματος
- Δεν έχετε καλή αίσθηση του χρόνου
- Σχεδιάζετε ένα πρόγραμμα αλλά δεν το ακολουθείτε ποτέ
- Έχετε ανάγκη τους άλλους για να οργανώνουν τη ζωή σας
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
- Όχι**

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Δυσκολευόσασταν να είστε έτοιμη στην ώρα σας
- Το δωμάτιο και το γραφείο σας ήταν ακατάστατα
- Δυσκολευόσασταν να παίξετε μόνη σας
- Δυσκολευόσασταν να οργανώσετε τις δραστηριότητες και τις σχολικές σας εργασίες
- Εκτελούσατε-τις δραστηριότητές σας με ανοργάνωτο τρόπο
- Αργούσατε στις συναντήσεις σας
- Δεν είχατε καλή αίσθηση του χρόνου
- Δυσκολευόσασταν να περνάτε καλά μόνη σας
- Άλλο:

Το σύμπτωμα

- Ναι**
- Όχι**

εκδηλώνεται τώρα:

A6. Αποφεύγετε συχνά δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν πολύ σκέψη και προσπάθεια;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Εκτελείτε πρώτα τις δραστηριότητες που σας αρέσουν περισσότερο ή σας φαίνονται πιο εύκολες.
- Συχνά αναβάλλετε βαρετές ή δύσκολες δουλειές
- Αναβάλλετε εργασίες με αποτέλεσμα να χάνετε προθεσμίες
- Αποφεύγετε μονότονες εργασίες, όπως η δουλειά γραφείου
- Δεν σας αρέσει το διάβασμα, γιατί απαιτεί πνευματική προσπάθεια
- Αποφεύγετε δραστηριότητες που απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση προσοχής

Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
 Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Αποφεύγατε ή δυσανασχετούσατε με τις εργασίες για το σπίτι
 Ασχολούσατε λίγο ή καθόλου με το διάβασμα, γιατί απαιτεί πνευματική προσπάθεια
 Αποφεύγατε δραστηριότητες που απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση
 Αποφεύγατε μαθήματα του σχολείου που απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση
 Συχνά αναβάλλατε βαρετές ή δύσκολες εργασίες
 Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
 Όχι

A7. Χάνετε συχνά πράγματα που χρειάζεστε καθημερινά;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Αφήνετε σε λάθος μέρη το πορτοφόλι, τα κλειδιά ή την ατζέντα σας
 Συχνά ξεχνάτε πράγματα στο μέρος που βρισκόσασταν
 Χάνετε χαρτιά της δουλειάς σας
 Δαπανάτε πολύ χρόνο ψάχνοντας πράγματα που χάσατε
 Άλλο:

Το σύμπτωμα

- Ναι
 Όχι

εκδηλώνεται τώρα:

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Χάνατε ημερολόγια, στυλό, την τσάντα της γυμναστικής ή άλλα αντικείμενα
 Βάζατε σε λάθος μέρη, παιχνίδια, ρούχα ή τις εργασίες για το σπίτι
 Αφιερώνατε πολύ χρόνο στο να ψάχνετε πράγματα
 Σας έπιανε πανικός αν κάποιος σας μετακινούσε τα πράγματα σας
 Οι γονείς ή οι δάσκαλοι σας σχολίαζαν πως χάνονταν πράγματα

Άλλο:

Το σύμπτωμα

- Ναι
 Όχι

εκδηλώνεται τώρα:

A8. Αποσπάται συχνά η προσοχή σας από εξωτερικά ερεθίσματα;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Αποσπάστε εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα
 Αν αποσπαστεί η προσοχή σας, δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε ξανά
 Η προσοχή σας αποσπάται συχνά από θορύβους ή άλλα γεγονότα
 Συχνά αποσπάται η προσοχή σας από τις συζητήσεις άλλων
 Δυσκολεύεστε (να διαχωρίσετε τις σημαντικές από τις ασήμαντες πληροφορίες)
 Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
 Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Συχνά κοιτούσατε έξω από το παράθυρο της τάξης
 Συχνά αποσπώταν η προσοχή σας από θορύβους ή άλλα γεγονότα
 Δυσκολευόσασταν να συγκεντρωθείτε ξανά, όταν αποσπώταν η προσοχή σας
 Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
 Όχι

A9. Ξεχνάτε συχνά διάφορα πράγματα που αφορούν την καθημερινή σας ζωή, όπως υποχρεώσεις κ.α.;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Ξεχνάτε ραντεβού ή άλλες υποχρεώσεις
 Ξεχνάτε τα κλειδιά , την ατζέντα σας κτλ
 Χρειάζεστε τακτική υπενθύμιση των ραντεβού σας
 Επιστρέφετε σπίτι για να πάρετε αντικείμενα που έχετε ξεχάσει
 Χρησιμοποιείτε πολύ συχνά λίστες για να σιγουρευτείτε ότι δε θα ξεχάσετε κάτι

- Ξεχνάτε να σημειώνετε και να συμβουλευέστε καθημερινά την ατζέντα σας
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Ξεχνούσατε ραντεβού ή οδηγίες
- Έπρεπε συνεχώς να σας υπενθυμίζουν τις υποχρεώσεις σας
- Στη μέση μίας εργασίας ξεχνούσατε τι έπρεπε να κάνετε
- Ξεχνούσατε να πάρετε διάφορα πράγματα στο σχολείο
- Ξεχνούσατε πράγματα σας σε σπίτια φίλων ή στο σχολείο
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Συμπληρωματικά στοιχεία για το Κριτήριο A

Ενήλικη ζωή:

Έχετε ένα ή παραπάνω σύμπτωμα διάσπασης προσοχής σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους ή μήπως τα βιώνετε συχνότερα από άλλους ανθρώπους της ηλικίας σας;

- Ναι
- Όχι

Παιδική ηλικία:

Είχατε ένα ή παραπάνω σύμπτωμα διάσπασης προσοχής σε σχέση με άλλα παιδιά της ηλικίας σας, ή μήπως τα έχετε βιώσει συχνότερα από άλλα παιδιά της ηλικίας σας;

- Ναι
- Όχι

Μέρος 2: Συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (DSM-IV κριτήριο A2)

Οδηγίες: τα συμπτώματα στην ενήλικη ζωή πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες. Τα συμπτώματα στην παιδική ηλικία πρέπει να περιλαμβάνουν τις ηλικίες 5-12 ετών.

Για να περιγραφεί ένα σύμπτωμα ως ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι χρόνιο/συχνό και όχι σποραδικό/περιστασιακό.

Η/Ι 1 Κουνάτε συχνά τα πόδια και τα χέρια σας ρυθμικά και δυσκολεύεστε να παραμείνετε στη θέση σας;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Δυσκολία να παραμείνετε ακίνητη
- Κουνάτε νευρικά τα πόδια σας
- Ανοιγοκλείνετε ή παίζετε νευρικά με το στυλό ή παίζετε με κάποιο αντικείμενο
- Παίζετε νευρικά με τα μαλλιά σας ή τρώτε τα νύχια σας
- Μπορείτε να αντιμετωπίσετε την ανησυχία σας αλλά σας κουράζει πολύ η προσπάθεια και το αποτέλεσμα
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
- Όχι**

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Οι γονείς σας, σας έλεγαν συχνά να «μείνετε ήσυχοι» και άλλα παρόμοια
- Κουνούσατε νευρικά τα πόδια σας
- Χτυπούσατε με το στυλό ή παίζατε με κάτι
- Παίζατε νευρικά με τα μαλλιά σας ή τρώγατε τα νύχια σας
- Δυσκολευόσασταν να παραμείνετε καθισμένη σε μία καρέκλα με τρόπο που να σας χαλαρώνει
- Μπορούσατε να αντιμετωπίσετε την ανησυχία σας αλλά σας κούραζε πολύ η προσπάθεια και το αποτέλεσμα
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
- Όχι**

Η/Ι 2 Σηκωνόσαστε ή μένετε όρθια συχνά σε μέρη που οι περιστάσεις απαιτούν να καθόσαστε; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Αποφεύγετε συμπόσια, διαλέξεις, εκκλησιασμούς κ.α.
- Προτιμάτε να περιφέρεστε και να περπατάτε τριγύρω παρά να καθόσαστε

- Δεν καθόσατε ποτέ ακίνητη για πολύ ώρα, συνεχώς βρίσκεστε σε κίνηση
- Αγχώνεστε στην σκέψη πως πρέπει να παραμείνετε ακίνητη
- Βρίσκετε δικαιολογίες για να μπορείτε να περπατάτε εδώ και εκεί
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Συχνά σηκωνόσασταν όταν τρώγατε μέσα στην τάξη
- Το βρίκατε πολύ δύσκολο να καθόσατε στο σχολείο ή την ώρα του κολατσιού
- Σας έλεγαν συχνά να μείνετε στη θέση σας
- Βρίκατε δικαιολογίες για να περπατάτε και να περιφέρεστε
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Η/Γ 3 Αισθάνεστε συχνά ακούραστη και ανήσυχη; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Νιώθετε ανήσυχη ή ενοχλημένη μέσα σας
- Έχετε συνεχώς την αίσθηση ότι πρέπει να κάνετε κάτι συνεχώς
- Δυσκολεύεστε να ηρεμήσετε και να χαλαρώσετε
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Τρέχατε πάντα από δω και από κει
- Σκαρφαλώνατε σε έπιπλα ή πηδούσατε από τον καναπέ
- Σκαρφαλώνατε σε δέντρα
- Νιώθατε μέσα σας ανήσυχη

- Άλλο:

Το σύμπτωμα
 Ναι
 Όχι

εκδηλώνεται τώρα:

H/I 4 Νιώθετε δυσκολία στο να ασχοληθείτε με καθημερινές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Μιλάτε την ώρα διάφορων δραστηριοτήτων ενώ δεν επιτρέπεται ή δεν είναι σωστό
- Γίνεστε απότομα πολύ αλαζονική μπροστά σε κόσμο
- Μιλάτε φωναχτά σε διάφορες περιστάσεις
- Δυσκολεύεστε να κάνετε ήσυχα δραστηριότητες
- Δυσκολεύεστε να μιλάτε απαλά και ήρεμα
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Μιλούσατε δυνατά την ώρα του παιχνιδιού ή του μαθήματος
- Δεν μπορούσατε να παρακολουθήσετε τηλεόραση ή ταινίες ήσυχα
- Συχνά σας ζητούσαν να κάνετε ησυχία ή να είστε πιο ήρεμη
- Μπροστά σε κόσμο γινόσαταν γρήγορα αλαζονική
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

H/I 5 Είστε συνεχώς σε κίνηση;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Είστε πάντα απασχολημένη και κάνετε συνεχώς κάτι
- Έχετε πολύ ενέργεια, βρίσκεστε συνεχώς σε κίνηση
- Ξεπερνάτε ακόμα και τα δικά σας όρια
- Δυσκολεύεστε να παραιτηθείτε από κάτι

Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
 Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Ήσασταν συνεχώς απασχολημένη
 Πολύ ενεργητική στο σχολείο και στο σπίτι
 Είχατε πολύ ενέργεια
 Ήσασταν συνεχώς σε κίνηση, παρακινημένη υπερβολικά
 Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
 Όχι

H/I 6 Μιλάτε συνήθως πάρα πολύ; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Μιλάτε τόσο πολύ που οι άλλοι το βρίσκουν κουραστικό
 Είστε γνωστή για το ότι μιλάτε ακατάπαυστα
 Δυσκολεύεστε να σταματήσετε να μιλάτε
 Έχετε την συνήθεια να μιλάτε πολύ
 Δεν αφήνετε τους άλλους να παρέμβουν στη διάρκεια μίας συζήτησης
 Χρειάζεστε πολλές λέξεις για να πείτε κάτι
 Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι**
 Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Γνωστή για τη φλυαρία σας
 Οι γονείς και οι δάσκαλοι σας, σας ζητούσαν συχνά να κάνετε ησυχία
 Σχόλια στις σχολικές προόδους ότι μιλούσατε πολύ
 Τιμωρίες επειδή μιλούσατε πολύ

- Δεν αφήνατε τους άλλους να κάνουν τις εργασίες του σχολείου γιατί μιλούσατε πάρα πολύ
- Δεν αφήνατε στους άλλους περιθώρια στη διάρκεια μιας συζήτησης
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Η/Ι 7 Βιάζεστε συχνά να δώσετε απαντήσεις σε ερωτήσεις που δεν έχουν ολοκληρωθεί; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Λέτε οτιδήποτε σκέφτεστε
- Λέτε ότι σας έρχεται στο μυαλό χωρίς να το σκεφτείτε
- Δίνετε απαντήσεις στους άλλους προτού σταματήσουν να μιλούν
- Συμπληρώνεται τα λόγια των άλλων
- Είσαστε αγενής
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Λέγατε πράγματα χωρίς να σκεφτείτε πρώτα
- Θέλατε να απαντάτε πρώτη στις ερωτήσεις του σχολείου
- Σας ξέφευγαν οι απαντήσεις ακόμα και αν ήταν αυτές λάθος
- Διακόπτατε τους άλλους πριν τελειώσουν όσα έλεγαν
- Γενικά θεωρούσασταν αγενής
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Η/Ι 8 Δυσκολεύεστε συχνά στο να περιμένετε τη σειρά σας; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Δυσκολία να περιμένετε στη ουρά, δεν τηρείτε την ουρά
- Δυσκολεύεστε να περιμένετε αν ο δρόμος έχει κίνηση/μποτιλιάρισμα
- Δυσκολεύεστε να περιμένετε τη σειρά σας σε συζητήσεις
- Είστε ανυπόμονη
- Ξεκινάτε γρήγορα σχέσεις/δουλειές ή καταλήγετε να τις σταματάτε γρήγορα επειδή δεν έχετε υπομονή
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Δυσκολευόσασταν να περιμένετε τη σειρά σας σε ομαδικές δραστηριότητες
- Δυσκολευόσασταν να περιμένετε τη σειρά σας στην τάξη
- Πάντοτε ήσασταν η πρώτη που μιλούσε ή ενεργούσε
- Γινόσασταν γρήγορα ανυπόμονη
- Διασχίζατε το δρόμο χωρίς να κοιτάξετε
- Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
- Όχι

Η/Ι 9 Διακόπτετε και ενοχλείτε συχνά τις δραστηριότητες των άλλων ανθρώπων; Και πως ήταν αυτό στην παιδική σας ηλικία;

Παραδείγματα στην ενήλικη ζωή:

- Βιάζεστε να συναναστραφείτε με άλλους
- Διακόπτετε τους άλλους
- Παρεμβαίνετε στις εργασίες των άλλων ενώ δεν σας το έχουν ζητήσει
- Οι άλλοι συχνά σχολιάζουν πως παρεμβαίνετε και ανακατεύετε
- Δυσκολεύεστε να σεβαστείτε τα όρια και τους κανόνες των άλλων
- Έχετε γνώμη για τα πάντα και αμέσως την εκφράζετε

Άλλο:

Το σύμπτωμα εκδηλώνεται τώρα:

- Ναι
 Όχι

Παραδείγματα από την παιδική ηλικία:

- Παρεμβαίνατε στο παιχνίδι των άλλων
 Διακόπτατε τις συζητήσεις των άλλων
 Αντιδρούσατε στα πάντα
 Δεν μπορούσατε να περιμένετε
 Άλλο:

Το σύμπτωμα

- Ναι
 Όχι

εκδηλώνεται τώρα:

Συμπληρωματικό Κριτήριο Α

Ενήλικη ζωή:

Έχετε ένα ή παραπάνω σύμπτωμα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους ή μήπως τα βιώνετε συχνότερα από άλλους ανθρώπους της ηλικίας σας;

- Ναι
 Όχι

Παιδική ηλικία:

Είχατε ένα ή παραπάνω σύμπτωμα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας σε σχέση με άλλα παιδιά της ηλικίας σας, ή μήπως τα έχετε βιώσει συχνότερα από άλλα παιδιά της ηλικίας σας;

- Ναι
 Όχι

Μέρος 3: Αδυναμία-αναπηρία εξαιτίας των συμπτωμάτων (DSM-IV κριτήρια Β,Γ και Δ)

Κριτήριο Β

Είχατε πάντοτε αυτά τα συμπτώματα διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας;

- Ναι (ένας αριθμός συμπτωμάτων υπήρχε πριν την ηλικία των 7 ετών).

Όχι

Αν παραπάνω απαντήσατε όχι, τα συμπτώματα ξεκίνησαν από την ηλικία των ετών.

Κριτήριο Γ

Σε ποιους τομείς έχετε ή είχατε προβλήματα με αυτά τα συμπτώματα;

Ενήλικη ζωή

Δουλειά/εκπαίδευση

- Δεν ολοκλήρωσα την εκπαίδευση/επιμόρφωση που χρειαζόμουν για τη δουλειά μου
- Η δουλειά μου είναι κατώτερου επιπέδου σε σχέση με τις σπουδές μου
- Βαριέμαι εύκολα το χώρο εργασίας μου
- Συνήθως βρίσκω πολλές δουλειές αλλά για λίγο χρονικό διάστημα
- Δυσκολία στην οργάνωση, αρχειοθέτηση της δουλειάς γραφείου
- Δύσκολα παίρνω προαγωγή
- Δεν αποδίδω στην δουλειά
- Έφυγα από την δουλειά μου μετά από καυγάδες και διαφωνίες
- Εμφανίζω συχνά αρρώστιες και αδιαθεσίες
- Άλλο:

Οικογένεια

- Βαριέμαι εύκολα στις σχέσεις μου
- Διακόπτω τις σχέσεις μου εντελώς παρορμητικά
- Ο σύντροφός μου δεν είναι ίδιου επιπέδου
- Η σχέση μου παρουσιάζει προβλήματα, διαφωνίες και δεν υπάρχει στοργή και στενή διαπροσωπική επαφή
- Έχω χωρίσει
- Προβλήματα με τη σεξουαλικότητα
- Δυσκολία με τις δουλειές του σπιτιού
- Οικονομικά προβλήματα και τζόγος
- Δεν τολμώ και δεν έχω το θάρρος να ξεκινήσω μια σχέση
- Άλλο:

Κοινωνικές επαφές

- Κουράζεστε συχνά με τις κοινωνικές επαφές
- Δυσκολεύεστε να διατηρείται κοινωνικές επαφές
- Διαφωνίες εξαιτίας των προβλημάτων επικοινωνίας
- Δυσκολία στο να ξεκινήσετε/δημιουργήσετε κοινωνικές επαφές
- Χαμηλή επικύρωση του εγώ εξαιτίας αρνητικών εμπειριών
- Δεν είμαι προσεκτική/συγκεντρωμένη (ξεχνώ να στείλω κάρτες/να εκφράσω συμπόνια/να τηλεφωνήσω κτλ)
- Άλλο:

Ελεύθερος χρόνος/χόμπι

- Δυσκολία να χαλαρώσετε κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου σας

- Πρέπει να κάνετε πολλά σπορ για να ηρεμήσετε/χαλαρώσετε
- Τραυματισμοί εξαιτίας της υπερβολικής ενασχόλησης με τα σπορ
- Δεν μπορείτε να τελειώσετε ένα βιβλίο ή να δείτε μια ταινία ως το τέλος
- Είστε συνεχώς απασχολημένοι αλλά παθαίνετε συχνά υπερκόπωση
- Βαριέστε εύκολα τα χόμπι σας
- Ατυχήματα/αφαίρεση διπλώματος εξαιτίας της επικίνδυνης οδήγησης
- Αναζητάτε απολαύσεις και/η παίρνετε πολλά ρίσκα
- Επαφές με το δικαστήριο/την αστυνομία
- Υπερβολική κατανάλωση φαγητού
- Άλλο:

Αυτοπεποίθηση/ αυτο-εικόνα

- Ανασφάλεια όταν δέχεστε αρνητικά σχόλια από άλλους
- Αρνητική εικόνα για τον εαυτό εξαιτίας των εμπειριών αποτυχίας που βιώσατε
- Φόβος για αποτυχία όταν πρόκειται να ξεκινήσετε νέα πράγματα
- Υπερβολική και έντονη αντίδραση στην κριτική
- Τελειομανία
- Ανησυχία από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ
- Άλλο:

Παιδική ηλικία και εφηβεία

Εκπαίδευση

- Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από αυτό που αναμενόταν ανάλογα με το δείκτη νοημοσύνης μου
- Έμενα πίσω (επανάληψη τάξεων) εξαιτίας των προβλημάτων συγκέντρωσης προσοχής
- Δεν ολοκλήρωσα την εκπαίδευση μου/με έδιωξαν από το σχολείο
- Μου πήρε περισσότερος χρόνος από όσο έπρεπε για να ολοκληρώσω την εκπαίδευση
- Πήρα την μόρφωση που ήταν ανάλογη με το δείκτη νοημοσύνης μου αλλά με μεγάλη προσπάθεια
- Δυσκολευόμουν να κάνω τα μαθήματα μου για το σπίτι
- Ακολούθησα ειδική εκπαίδευση εξαιτίας των συμπτωμάτων
- Δεχόμουν σχόλια από τους δασκάλους και τους καθηγητές μου που αφορούσαν τη συμπεριφορά μου ή την συγκέντρωσή μου
- Λίγη αδυναμία εξαιτίας του υψηλού δείκτη νοημοσύνης μου
- Λίγη αδυναμία εξαιτίας άλλων εξωτερικών παραγόντων
- Άλλο:

Οικογένεια

- Συχνές διαφωνίες με αδέρφια
- Συχνές τιμωρίες ή κρυφτό

- Μικρή επαφή με την οικογένεια εξαιτίας των συχνών διαφωνιών και καυγάδων
- Οι απαιτούμενοι κανόνες και απαγορεύσεις των γονέων, η διάρθρωση της οικογένειας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από όσο συνήθως
- Άλλο:

Κοινωνικές επαφές

- Δυσκολία στη διατήρηση κοινωνικών επαφών
- Διαφωνίες εξαιτίας των επικοινωνιακών προβλημάτων
- Δυσκολία να κάνετε κοινωνικές επαφές
- Μικρή συνείδηση του εγώ εξαιτίας αρνητικών εμπειριών
- Λιγστοί φίλοι
- Σας κορόιδευαν
- Μένατε στην απέξω ή δεν σας επέτρεπαν να κάνετε πράγματα με μία ομάδα
- Εκφοβίζατε τα άλλα παιδιά
- Άλλο:

Ελεύθερος χρόνος/ χόμπι

- Δυσκολία να χαλαρώσετε στη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου
- Για να χαλαρώσετε έπρεπε να κάνετε πολλά σπορ
- Συχνά τραυματιζόσασταν εξαιτίας της υπερβολικής άθλησης
- Δεν μπορούσατε να διαβάσετε ένα βιβλίο ή να δείτε μία ταινία μέχρι το τέλος
- Ήσασταν συνεχώς απασχολημένη και ως συνέπεια αισθανόσασταν υπερβολική κόπωση
- Βαριόσασταν εύκολα τα χόμπι σας
- Αναζητούσατε να νιώσετε ευχαρίστηση και παίρνατε πολλά ρίσκα
- Επικοινωνία με τις αρχές/δικαστήρια
- Αυξημένος αριθμός ατυχημάτων
- Άλλο:

Αυτοπεποίθηση / αυτο-εικόνα

- Νιώθατε ανασφάλεια όταν δεχόσασταν αρνητικά σχόλια από άλλους
- Είχατε αρνητική εικόνα για τον εαυτό σας εξαιτίας των εμπειριών αποτυχίας που βιώσατε
- Νιώθατε φόβο για αποτυχία όταν επρόκειτο να ξεκινήσετε μία νέα δραστηριότητα
- Αντιδρούσατε υπερβολικά έντονα όταν σας ασκούσαν κριτική
- Ήσασταν τελειομανής
- Άλλο:

Ενήλικη ζωή: Ενδείξεις αδυναμίας σε δυο ή περισσότερους τομείς;
OXI

ΝΑΙ

Παιδική και εφηβική ηλικία: Ενδείξεις αδυναμίας σε δύο ή περισσότερους τομείς;
OXI

ΝΑΙ

Τέλος της συνέντευξης. Παρακαλώ συνεχίστε με την περίληψη.

Λεπτομέρειες:



| Κριτήριο DSM-IV TR | Σύμπτωμα | Παρόν στην ενήλικη ζωή | Παρόν στην παιδική ηλικία |
|---------------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| A1α | A1. Συχνά δε μπορεί να δώσει προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στην δουλειά ή στη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων | | |
| A1β | A2. Συχνά δυσκολεύεται να δώσει προσοχή σε δραστηριότητες ή κατά τη διάρκεια παιχνιδιού | | |
| A1γ | A3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνουν το λόγο προσωπικά | | |
| A1δ | A4. Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες και δεν μπορεί να ολοκληρώσει τις εργασίες του σχολείου, τις υποχρεώσεις ή τα καθήκοντα στον εργασιακό χώρο | | |
| A1ε | A5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει έργα και δραστηριότητες | | |
| A1στ | A6. Συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσει ή διστάζει να αναμειχθεί σε δραστηριότητες που απαιτούν μεγάλη διανοητική προσπάθεια (όπως εργασίες του σχολείου στο σπίτι) | | |
| A1ζ | A7. Συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες | | |
| A1η | A8. Συχνά αποσπάται από εξωτερικά ερεθίσματα | | |
| A1θ | A9. Συχνά ξεχνά διάφορα σε καθημερινές δραστηριότητες | | |
| | Συνολικός αριθμός κριτηρίων διάσπασης προσοχής | <input type="checkbox"/> / 9 | <input type="checkbox"/> / 9 |
| A2α | H/I 1. Συχνά κουνά τα πόδια ή τα χέρια και δυσκολεύεται να παραμείνει στη θέση της | | |
| A2β | H/I 2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση της και φεύγει παρόλο που οι περιστάσεις απαιτούν να παραμείνει καθισμένη | | |
| A2γ | H/I 3. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε υπερβολικό βαθμό σε περιστάσεις που δεν το επιτρέπουν (στους ενήλικες κυριαρχεί το αίσθημα της υπερβολικής ανησυχίας) | | |
| A2δ | H/I 4. Συχνά δε μπορεί να συμμετάσχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου μένοντας ήσυχη | | |
| A2ε | H/I 5. Είναι συνεχώς σε κίνηση και έντονη δραστηριότητα | | |
| A2στ | H/I 6. Συχνά μιλά ακατάπανστα | | |
| A2ζ | H/I 7. Λέει τις απαντήσεις προτού ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις | | |
| A2η | H/I 8. Δυσκολεύεται συχνά να περιμένει τη σειρά της | | |
| A2θ | H/I 9. Συχνά διακόπτει ή εισβάλλει στις δραστηριότητες των άλλων | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------|
| | Συνολικός αριθμός κριτηρίων υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας | <input type="checkbox"/> / 9 | <input type="checkbox"/> / 9 |
|--|--|------------------------------|------------------------------|

Δηλώστε ποια κριτήρια βαθμολογήθηκαν στα μέρη 1 και 2 και αθροίστε τα

Φόρμα Βαθμολογίας

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| DSM-IV Κριτήριο Α | Παιδική ηλικία Είναι ο αριθμός των Α χαρακτηριστικών ≥ 6 ; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| | Είναι ο αριθμός των Η/Ι χαρακτηριστικών ≥ 6 ; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| | Ενήλικη ζωή* Είναι ο αριθμός των Α χαρακτηριστικών ≥ 6 ; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| | Είναι ο αριθμός των Η/Ι χαρακτηριστικών ≥ 6 ; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| DSM-IV Κριτήριο Β | Υπάρχουν σημάδια χρόνιας ύπαρξης συμπτωμάτων και ελλείψεων; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| DSM-IV Κριτήριο Γ και Δ | Τα συμπτώματα και οι βλάβες/αδυναμίες είναι έκδηλα σε τουλάχιστον δύο τομείς λειτουργικότητας Ενήλικη ζωή Παιδική ηλικία | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| DSM-IV Κριτήριο Ε | Τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από την ύπαρξη άλλης ψυχιατρικής διαταραχής | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ από.... |
| | Υποστηρίζεται και ενισχύεται η διάγνωση από παράπλευρες πληροφορίες; Γονείς/αδέλφια/άλλους | <input type="checkbox"/> δ/γ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Συντρόφους/καλούς φίλους/άλλους</p> <p>Σχολικές αναφορές</p> <p>0=καμία/λίγη υποστήριξη 1=μερική υποστήριξη 2=εμφανής υποστήριξη</p> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> δ/γ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> δ/γ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| | <p>Διάγνωση ΔΕΠ-Υ***</p> | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ, υπο-τύπος <input type="checkbox"/> 314.01 συνδυασμένος <input type="checkbox"/> 314.00 έλλειψης προσοχής <input type="checkbox"/> 314.01 Υπερκινητικός- παρορμητικός τύπος |

Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Βρέφους - Αναθεωρημένο-IBQ

No Φακέλου. _____ Ημερ/νία γεννήσεως _____
_____ ημέρα. μήνας
χρόνος
Ημερομηνία _____ Ηλικία _____
_____ μήνες
εβδομάδες
Φύλλο παιδιού _____

ΟΔΗΓΙΕΣ:

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά πριν την συμπλήρωση:

Καθώς διαβάζετε την κάθε περιγραφή συμπεριφοράς του βρέφους, παρακαλούμε σημειώστε τη συχνότητα αυτής κατά τη διάρκεια της ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ (τις τελευταίες επτά ημέρες) κυκλώνοντας τον αριθμό που ταιριάζει. Οι αριθμοί αυτοί δείχνουν τη συχνότητα κατά την οποία παρατηρήσατε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά την τελευταία εβδομάδα..

| | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

Το “Δεν ισχύει” (X) χρησιμοποιείται σε περίπτωση που δεν παρατηρήσατε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Για παράδειγμα, αν η ερώτηση αναφέρεται στο ότι το βρέφος χρειάστηκε να περιμένει για φαγητό /ποτό ενώ δεν χρειάστηκε να περιμένει τότε κυκλώνετε το (X). Το “Δεν ισχύει” είναι διαφορετικό από το “Ποτέ” (1). Το “Ποτέ” χρησιμοποιείται σε περίπτωση που το βρέφος βρέθηκε στη συγκεκριμένη κατάσταση αλλά δεν παρουσίασε τη συμπεριφορά που περιγράφεται κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδα. Για παράδειγμα, εάν το βρέφος χρειάστηκε να περιμένει για φαγητό/ποτό τουλάχιστον μία

φορά χωρίς όμως να κλάψει δυνατά, τότε κυκλώνετε το (1).

Παρακαλώ μην παραλείψετε καμία ερώτηση.

| | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| | | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | | | | | | |

Διάστημα μιας εβδομάδας

Πόσο συχνά το μωρό σας:

1 2 3 4 5 6 7 X (1) παράγει ήχους όταν είναι έτοιμος/η για περισσότερο φαγητό;

1 2 3 4 5 6 7 X (2) φαίνεται θυμωμένος/η (κλαίει και γκρινιάζει) όταν τον/την βάζετε στην κούνια;

1 2 3 4 5 6 7 X . . . (3) φαίνεται ήρεμος/η όταν είναι στην κούνια;

1 2 3 4 5 6 7 X . . (4) κλαίει ή γκρινιάζει πριν πάει για ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας;

1 2 3 4 5 6 7 X . . (5) κοιτάει εικόνες σε βιβλία και/ή περιοδικά για 5 λεπτά ή περισσότερο κάθε φορά;

1 2 3 4 5 6 7 X . . (6) κοιτάζει το περιστρεφόμενο παιχνίδι κούνιας, την πάντα ή μια εικόνα για 5 λεπτά ή περισσότερο;

1 2 3 4 5 6 7 X . . (7) παίζει με ένα παιχνίδι ή αντικείμενο για 5 με 10 λεπτά;

1 2 3 4 5 6 7 X (8) παίζει με ένα παιχνίδι ή αντικείμενο για 10 λεπτά ή περισσότερο;

1 2 3 4 5 6 7 X (9) γελάει δυνατά όταν παίζει;

1 2 3 4 5 6 7 X (10) επαναλαμβάνει την ίδια κίνηση με ένα αντικείμενο για 2 λεπτά ή περισσότερο (π.χ., να βάζει ένα αντικείμενο μέσα σε ένα άλλο, να κλωτσάει ή να χτυπάει κάποιο αντικείμενο);

1 2 3 4 5 6 7 X (11) χαμογελάει ή γελάει όταν καταφέρνει κάτι(π.χ., να κάνει πύργο από κύβους, κ.α.)?

1 2 3 4 5 6 7 X (12) χαμογελάει ή γελάει όταν του/της δίνετε ένα παιχνίδι;

1 2 3 4 5 6 7 X (13) του αρέσει όταν του διαβάζετε;

| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

1 2 3 4 5 6 7 X (14) του αρέσει να ακούει τον ήχο των λέξεων, όπως αυτές σε παιδικά τραγούδια;

1 2 3 4 5 6 7 X (15) του αρέσουν ήπιες ρυθμικές δραστηριότητες, όπως το κούνημα;

1 2 3 4 5 6 7 X (16) του αρέσει να το γαργαλάτε εσείς ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας;

1 2 3 4 5 6 7 X (17) του αρέσει η αίσθηση των μαλακών κουβερτών;

1 2 3 4 5 6 7 X (18) του αρέσει να το τυλίγεται σε μια μαλακή κουβέρτα;

1 2 3 4 5 6 7 X (19) του αρέσει να ακούει ένα μουσικό παιχνίδι στην κούνια του;

1 2 3 4 5 6 7 X (20) ο ήχος του τηλεφώνου τραβάει την προσοχή του από το παιχνίδι;

1 2 3 4 5 6 7 X (21) αντιδρά όταν το περιορίζετε (παιδικό καρεκλάκι, πάρκο, κάθισμα αυτοκινήτου κλπ.);

1 2 3 4 5 6 7 X (22) το τρομάζουν οι ξαφνικές αλλαγές στάσης σώματος (π.χ. όταν το κινείτε ξαφνικά);

1 2 3 4 5 6 7 X (23) κινείται γρήγορα προς τα καινούργια αντικείμενα;

1 2 3 4 5 6 7 X (24) δείχνει έντονη επιθυμία για κάτι που θέλει;

1 2 3 4 5 6 7 X (25) παρατηρεί τους ενήλικες να κάνουν οικιακές δουλειές (π.χ. μαγείρεμα) για πάνω από 5 λεπτά;

1 2 3 4 5 6 7 X (26) φωνάζει όταν είναι ενθουσιασμένο;

1 2 3 4 5 6 7 X (27) παρατηρεί ήχους χαμηλής συχνότητας (π.χ. το κλιματιστικό ή τον ήχο του ψυγείου);

1 2 3 4 5 6 7 X (28) παρατηρεί την αλλαγή του φωτός όταν συννεφιάσει;

1 2 3 4 5 6 7 X (29) παρατηρεί τον ήχο ενός αεροπλάνου;

| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

1 2 3 4 5 6 7 X (30) παρατηρεί ένα πουλί στο δέντρο;

1 2 3 4 5 6 7 X (31) παρατηρεί υφάσματα με άγρια υφή (π.χ. μάλλινα);

1 2 3 4 5 6 7 X (32) φαίνεται στεναχωρημένο χωρίς εμφανές αίτιο;

Κατά την διάρκεια του φαγητού, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (33) ξαπλώνει ή κάθεται ήσυχο;

1 2 3 4 5 6 7 X (34) στριφογυρίζει ή κλωτσάει;

1 2 3 4 5 6 7 X (35) κουνάει τα χέρια του;

Όταν πηγαίνει για ύπνο το βράδυ, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (36) κοιμάται μέσα σε 10 λεπτά;

1 2 3 4 5 6 7 X (37) δυσκολεύεται να χαλαρώσει και να κοιμηθεί;

1 2 3 4 5 6 7 X (38) κοιμάται εύκολα;

Όταν το ντύνατε ή ξεντύνατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (39) στριφογύρισε και/ή προσπάθησε να ξεφύγει;

1 2 3 4 5 6 7 X (40) χαμογέλασε ή γέλασε;

1 2 3 4 5 6 7 X (41) ‘μπαμπάλισε’;

Όταν το βάλατε μέσα στη μπανιέρα, πόσο συχνά το βρέφος :

1 2 3 4 5 6 7 X (42) χαμογέλασε;

1 2 3 4 5 6 7 X (43) γέλασε;

| | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

Όταν παίζετε μαζί του κινητικά, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (44) χαμογελάει;

1 2 3 4 5 6 7 X (45) γελάει;

Κατά το παιχνίδι 'κου κου τσα', πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (46) χαμογελάει;

1 2 3 4 5 6 7 X (47) γελάει;

Πόσο συχνά αρέσει στο βρέφος να χοροπηδάει:

1 2 3 4 5 6 7 X (48) στα γόνατά σας;

1 2 3 4 5 6 7 X (49) πάνω σε ένα αντικείμενο, όπως ένα κρεβάτι, ή παιχνίδι;

Όταν το κρατάτε, πόσο συχνά το βρέφος :

1 2 3 4 5 6 7 X (50) τραβιέται μακριά ή κλωτσάει;

1 2 3 4 5 6 7 X (51) φαίνεται να του αρέσει;

Όταν το βρέφος ήθελε κάτι, πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (52) εκνευρίζεται όταν δεν παίρνει αυτό που θέλει;

1 2 3 4 5 6 7 X (53) κάνει εκρήξεις θυμού (κλαίει, φωνάζει, κοκκινίζει όταν δεν παίρνει αυτό που θέλει;

Όταν το βάζετε σε κάθισμα αυτοκινήτου ή παιδικό καρεκλάκι, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (54) κουνάει τα χέρια και κλωτσάει;

1 2 3 4 5 6 7 X (55) στριφογυρίζει το σώμα;

| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

Πόσο συχνά το βρέφος παράγει ήχους σαν να σας μιλάει όταν:

1 2 3 4 5 6 7 X (56) είναι στο αυτοκίνητο;

1 2 3 4 5 6 7 X (57) είναι πάνω στο καρότσι του σούπερ μάρκετ;

1 2 3 4 5 6 7 X (58) του μιλάτε;

Όταν το κουνήσατε ή το αγκαλιάσατε, την τελευταία εβδομάδα, πόσο συχνά το βρέφος:

1 2 3 4 5 6 7 X (59) φάνηκε να του αρέσει;

1 2 3 4 5 6 7 X (60) φάνηκε να θέλει να ξεφύγει;

1 2 3 4 5 6 7 X (61) καθώς το ταΐζατε στην αγκαλιά σας, πόσο συχνά το βρέφος φαινόταν να θέλει να ξεφύγει αμέσως μόλις τελείωσε το τάισμα;

1 2 3 4 5 6 7 X (62) μετά τον ύπνο, πόσο συχνά το βρέφος κλαίει αν δεν εμφανιστεί κάποιος εντός κάποιων λεπτών;

1 2 3 4 5 6 7 X (63) όταν το βάζετε για μεσημεριανό ύπνο, πόσο συχνά το βρέφος ηρεμεί γρήγορα;

1 2 3 4 5 6 7 X (64) πόσο συχνά 'κλαιγούριζε' επειδή δεν ήθελε να πάει για ύπνο;

1 2 3 4 5 6 7 X (65) πόσο συχνά χαμογελούσε ή γελούσε όταν του πλένατε το πρόσωπο;

1 2 3 4 5 6 7 X (66) πόσο συχνά το βρέφος 'μπαμπαλίζει' όταν το λούζετε;

1 2 3 4 5 6 7 X (67) πόσο συχνά άρεσε στο βρέφος να παίζει με το αγαπημένο παιχνίδι του στην κούνια για πάνω από 5 λεπτά;

1 2 3 4 5 6 7 X (68) βλέποντας ένα παιχνίδι που ήθελε, πόσο συχνά το βρέφος έδειξε ενθουσιασμό για να το πάρει;

1 2 3 4 5 6 7 X (69) όταν του δοθεί ένα καινούργιο παιχνίδι, πόσο συχνά το μωρό
το 'κυνηγάει' το
το κυνηγάει;

| | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

1 2 3 4 5 6 7 X (70) πόσο συχνά στριφογυρίζει το βρέφος όταν το
βάζετε ανάσκελα;

1 2 3 4 5 6 7 X (71) πόσο συχνά ηρεμεί το βρέφος εντός 5 λεπτών όταν
εκνευριστεί με κάτι;

1 2 3 4 5 6 7 X (72) πόσο συχνά το βρέφος εκνευρίζεται και δεν ηρεμεί
για πάνω από 20 λεπτά;

1 2 3 4 5 6 7 X (73) πόσο συχνά το βρέφος σας σπρώχνει μέχρι να το
αφήσετε κάτω όταν το κουβαλάτε;

1 2 3 4 5 6 7 X (74) πόσο συχνά το βρέφος δείχνει εκνευρισμένο όταν
είναι κουρασμένο;

1 2 3 4 5 6 7 X (75) πόσο συχνά κλαίει το βρέφος μετά από μια γεμάτη
μέρα;

Διάστημα δύο εβδομάδων

Όταν έρχεται σε επαφή με ένα άγνωστο ενήλικα, πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (76) 'κολλάει' πάνω στο γονέα;

1 2 3 4 5 6 7 X (77) αρνείται να πάει στον άγνωστο;

1 2 3 4 5 6 7 X (78) δεν εξοικειώνετε ποτέ με τον άγνωστο ενήλικα;

Όταν ήσασταν απασχολημένοι και το μωρό δεν μπορούσε να τραβήξει την προσοχή
σας
πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (79) στεναχωρήθηκε;

1 2 3 4 5 6 7 X (80) έκλαψε;

| | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| (1) Ποτέ | (2) Πολύ σπάνια | (3) Λιγότερο από τις μισές φορές | (4) Περίπου τις μισές φορές | (5) Πάνω από τις μισές φορές | (6) Σχεδόν πάντα | (7) Πάντα | (X) Δεν ισχύει |
|-------------|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------|

Όταν τραγουδάτε ή μιλάτε στο μωρό, πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (81) ηρεμεί αμέσως;

1 2 3 4 5 6 7 X (82) του παίρνει πιο πολύ από 10 λεπτά να ηρεμήσει;

Όταν δείχνετε κάτι στο μωρό πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (83) ηρεμεί αμέσως;

1 2 3 4 5 6 7 X (84) παίρνει πιο πολύ από 10 λεπτά να ηρεμήσει;

Όταν χαϊδεύετε ή τρίβετε απαλά το μωρό, πόσο συχνά:

1 2 3 4 5 6 7 X (85) ηρεμεί αμέσως;

1 2 3 4 5 6 7 X (86) Σας παίρνει πάνω από 10 λεπτά να το ηρεμήσετε;

1 2 3 4 5 6 7 X (87) Πόσο συχνά κλαίει για περισσότερο από 10 λεπτά στην παρουσία ξένων;

1 2 3 4 5 6 7 X (88) Πόσο συχνά το μωρό ενθουσιάζεται και εξερευνά το νέο περιβάλλον όταν επισκέπτεστε ένα νέο μέρος;

1 2 3 4 5 6 7 X (89) Πόσο συχνά κλαίει όταν κάποιος μη οικείος σας επισκέπτεται και δοκιμάζει να πάρει το μωρό αγκαλιά;

1 2 3 4 5 6 7 X (90) Όταν συγγενείς ή οικείοι σας επισκέπτονται, πόσο συχνά το μωρό σας ενθουσιάζεται;

1 2 3 4 5 6 7 X (91) Όταν κουνάτε το μωρό σας, πόσο συχνά του/ της παίρνει περισσότερο από κάποια λεπτά για να ηρεμήσει;



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ**

Αξιότιμοι κύριοι/κυρίες,

Με την παρούσα επιστολή θα θέλαμε να ζητήσουμε τη συνδρομή σας στην έρευνα που πραγματοποιείται από την κ. Καραγιάννη Ελένη-Μιχαλίτσα, στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της. Η συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή εκπονείται στο Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού του Πανεπιστημίου Αιγαίου, με επιβλέπουσα την κ. Παπαηλιού Χριστίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια. Κύριο στόχο της έρευνας στην παρούσα φάση αποτελεί η μελέτη χαρακτηριστικών επιτόκων που σχετίζονται με την ικανότητα οργάνωσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Η συλλογή δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με τη χορήγηση ενός σύντομου ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώνεται εύκολα και η διάρκεια συμπλήρωσής του είναι περίπου 10 λεπτά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει παρουσία της ερευνήτριας, εφόσον το επιθυμεί η ερωτώμενη για διευκόλυνσή της.

**ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΘΑ ΣΥΛΛΕΓΕΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ,
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ ΚΑΙ ΔΕ
ΔΗΜΟΣΙΟΠΟΙΕΙΤΑΙ**

Με εκτίμηση

ΧΡΙΣΤΙΝΑ Φ. ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ**

«ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΝΗΠΙΟΥ»

Στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής, στο Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού του Πανεπιστημίου Αιγαίου, η Καραγιάννη Ελένη πραγματοποιεί έρευνα που αφορά στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-βρέφους, με στόχο την μελέτη της επικοινωνίας τους.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στην έρευνα θα συμμετάσχουν βρέφη 2 μηνών μαζί με τις μητέρες τους μέχρι να φτάσουν την ηλικία των 9 μηνών.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Οι αλληλεπιδράσεις μητέρας – παιδιού θα μελετηθούν στο περιβάλλον του σπιτιού, ενώ θα βιντεοσκοποούνται, προκειμένου να διευκολυνθεί η ανάλυση και η εξαγωγή συμπερασμάτων. Στις μητέρες θα δοθούν οδηγίες να αλληλεπιδράσει με το βρέφος της όπως θα έκανε σε μια φυσιολογική-καθημερινή μέρα για 15 λεπτά (όταν το βρέφος είναι 2 και 4 μηνών), για 20 λεπτά (όταν είναι 6 μηνών) και για 30 λεπτά όταν το ίδιο βρέφος γίνει 9 μηνών. Οι βιντεοσκοπήσεις θα γίνονται 2 φορές σε μία εβδομάδα περίπου, όταν το βρέφος είναι 2, 4, 6 και 9 μηνών αντίστοιχα.

**ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΘΑ ΣΥΛΛΕΓΕΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ,
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ ΚΑΙ ΔΕ
ΔΗΜΟΣΙΟΠΟΙΕΙΤΑΙ**

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ!

Η ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΔΙΔΑΚΤΩΡΙΣΣΑ

Καραγιάννη Ελένη

Ο ΓΟΝΕΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Παπαηλιού Χριστίνα Φ.