

Συναισθήματα, εικόνα εαυτού και συμπεριφορά εφήβων σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειας

Γ. Κολαΐτης, Μ. Λιακοπούλου

Παιδοψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία"

Ψυχιατρική 2005, 16:351–362

Μελετήθηκαν οι αποκλίσεις συμπεριφοράς και συναισθήματος σε εφήβους, όπως αναφέρονται από τους ίδιους και τους γονείς τους, σε σχέση με την εικόνα εαυτού και τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι και οι γονείς τους, σε κοινοτικό δείγμα 221 εφήβων ηλικίας 12–18 ετών, με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων/κλιμάκων Child Behaviour Checklist για γονείς και Youth Self Report για εφήβους, Children's Self Concept Scale (Piers-Harris) και Family Assessment Device (General Functioning Scale). Γονείς και έφηβοι συμφωνούσαν στην αναφορά προβλημάτων εσωτερίκευσης, εξωτερίκευσης και συνόλου προβλημάτων, και στα δύο φύλα, με εξαίρεση την ηλικία των 12–13 ετών. Τα αναφερόμενα από τους ίδιους τους εφήβους προβλήματα άγχους/κατάθλιψης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς φαίνεται να αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας. Έφηβοι με άγχος/κατάθλιψη, προβλήματα εσωτερίκευσης, εξωτερίκευσης και συνολικά προβλήματα παρουσίαζαν χειρότερη εικόνα εαυτού. Επίσης, οι έφηβοι βαθμολογούσαν τη λειτουργικότητα των οικογενειών τους διαφορετικά από τους γονείς τους και φαίνεται να έχουν χειρότερη αντίληψη από εκείνους· μάλιστα, έφηβοι με χειρότερη εικόνα εαυτού βαθμολογούσαν χειρότερα τις οικογένειές τους και αντιστρόφως. Συζητούνται οι κλινικές εφαρμογές της παρούσης μελέτης, με βασικό στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στους εφήβους και τις οικογένειές τους.

Λέξεις ευρητηρίου: διαταραχές συναισθήματος/συμπεριφοράς, έφηβοι, εικόνα εαυτού, λειτουργικότητα οικογένειας.

Εισαγωγή

Η εφηβεία θεωρείται ως περίοδος αλλαγών που αφορούν, μεταξύ άλλων, στον τρόπο με τον οποίο ο/η έφηβος/η αντιλαμβάνεται τον εαυτό του/της και τους άλλους (οικογένεια, συνομηλίκους, σχολείο, ευρύτερη κοινωνία). Είναι, επίσης, γνωστό πως η εφηβεία συνδέεται με υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, για την αξιόπιστη και έγκυρη αξιολόγηση των οποίων είναι απαραίτητη η συλλογή πληροφοριών από πολλαπλές πηγές. Επίσης, ότι υπάρχουν συχνά αποκλίσεις μεταξύ των πληροφοριοδοτών, π.χ. μεταξύ εφήβων και των γονέων τους. Ακόμα, γνωρίζουμε πως διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τις κρίσεις των γονέων στην αξιολόγηση των παιδιών τους, π.χ. η δική τους ψυχοπαθολογία.¹

Στις έρευνες των Achenbach,² Stanger και Lewis,³ Dorfner και συν.⁴ και Seiffge-Krenke και Kollmar,⁵ οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα για τον εαυτό τους απ' ό,τι οι γονείς τους για εκείνους. Στην τελευταία μάλιστα μελέτη, οι γονείς είχαν υψηλή συμφωνία μεταξύ τους, ιδιαίτερα όσον αφορούσε τις κόρες τους, ενώ γονείς και έφηβοι είχαν χαμηλή συμφωνία. Η συμφωνία ήταν μεγαλύτερη για τα εσωτερικευόμενα, παρά για τα εξωτερικευόμενα προβλήματα. Σε γενικές γραμμές, οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερη συμπτωματολογία σε σύγκριση με τους γονείς τους. Εν τούτοις, οι αξιολογήσεις των μητέρων σχετιζόνταν σημαντικά με τις αυτο-αξιολογήσεις των εφήβων, ενώ των πατέρων δεν σχετιζόνταν.⁵

Στη μελέτη των Verhulst και van der Ende,⁶ σε κοινοτικό, επίσης, δείγμα εφήβων ηλικίας 11–19 ετών, οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερα προβλήματα παρά οι γονείς τους γι' αυτούς. Οι διαφορές/αποκλίσεις ήταν μεγαλύτερες για τα εξωτερικευόμενα παρά για τα εσωτερικευόμενα προβλήματα, μεγαλύτερες για τα κορίτσια και, επίσης, αυξάνονταν με την πρόοδο της ηλικίας. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι οι έφηβοι, ιδίως όσο μεγαλώνουν, είναι απαραίτητοι πληροφοριοδότες σχετικά με τα προβλήματά τους.

Αντιθέτως, σε κλινικά δείγματα οι ενήλικες βαθμολογούν τα προβλήματα των παιδιών σαν πιο σο-

βαρά απ' ό,τι τα ίδια τα παιδιά.⁷ Στη μελέτη των Dorfner και συν.,⁴ τα αναφερόμενα από τους γονείς εσωτερικευόμενα προβλήματα και η παραπτωματοκτικότητα αυξάνονταν με την ηλικία, ενώ η επιθετικότητα και τα προβλήματα προσοχής μειώνονταν. Τα κορίτσια ανέφεραν περισσότερα προβλήματα απ' ό,τι τα αγόρια σε όλες τις εσωτερικευόμενες κλίμακες του Youth Self Report.² Στη μελέτη των Rey και συν.,⁸ σε κλινικώς παραπεμφθέντες εφήβους, η συμφωνία μεταξύ αυτών και των γονέων τους ήταν μεγαλύτερη σε εξωτερικευόμενα παρά σε εσωτερικευόμενα συμπτώματα. Η συμφωνία γινόταν μεγαλύτερη με την πρόοδο της ηλικίας για τα αγόρια, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στη συμφωνία παιδιού-γονέα όσον αφορά στο φύλο. Η συμφωνία, επίσης, ήταν μεγαλύτερη για ορισμένες κατηγορίες συμπεριφοράς, π.χ. την κατάθλιψη.

Η έννοια της εικόνας εαυτού είναι μεγάλης σημασίας, ιδιαίτερα σ' αυτή την εξελικτική περίοδο της ζωής και μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Η κακή εικόνα εαυτού και η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίζονται με κατάθλιψη και άγχος στην εφηβεία.⁹ Επίσης, η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζουν την εικόνα εαυτού του εφήβου.⁹ Σύμφωνα με τους θεωρητικούς του κοινωνικού ελέγχου, η εικόνα εαυτού είναι παράγων που επηρεάζει τον αυτοέλεγχο. Άτομα με χαμηλό αυτοέλεγχο έχουν ασθενέστερο εγώ, είναι λιγότερο ανεκτικά στη ματαίωση και περισσότερο παρορμητικά. Έχει, επίσης, υποστηριχθεί η άποψη ότι η κακή εικόνα εαυτού είναι ένας ψυχοκοινωνικός δείκτης σχολικών δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς.¹⁰ Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι μαθητές με κακή εικόνα εαυτού είχαν λιγότερο θετικά χαρακτηριστικά στην τάξη τους στους τομείς της συμπεριφοράς, της συνεργασίας, της επιμονής, της ηγετικής ικανότητας, του άγχους, των προσδοκιών για μελλοντική φοίτηση και συναλλαγές με τους συνομηλίκους, συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους με καλή εικόνα εαυτού. Η κακή, δηλαδή, εικόνα εαυτού, οι χαμηλές εκπαιδευτικές προσδοκίες, η εξωτερική εστίαση του ελέγχου και οι αρνητικές στάσεις προς το σχολείο συσχετίζονται μεταξύ τους.¹¹

Η οικογένεια είναι το πλαίσιο, μέσα στο οποίο αναπτύσσεται ο/η έφηβος/η, αλλά και ένα πεδίο συγκρούσεων γι' αυτόν/ήν. Οι αποκλίσεις συμπεριφοράς/συναίσθηματος των εφήβων, ιδιαίτερα αυτές που αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη, σχετίζονται με δυσλειτουργικότητα στις οικογένειες.^{12,13} Πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι σε κοινοτικό δείγμα οι αντιλήψεις των εφήβων για την οικογένειά τους έχουν άμεση σχέση με τα συμπτώματά τους, ιδίως με τα καταθλιπτικά.¹⁴

Στην παρούσα μελέτη ενός κοινοτικού δείγματος εφήβων και των οικογενειών τους που ανήκουν στη μέση αστική τάξη θελήσαμε να εξετάσουμε τα ακόλουθα: Την εκτίμηση των γονέων όσον αφορά στη συμπεριφορά και το συναίσθημα των παιδιών τους. Την εκτίμηση των ίδιων των εφήβων όσον αφορά στη συμπεριφορά, το συναίσθημα και τις δεξιότητές τους. Αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ γονέων και παιδιών ως προς τις αναφερόμενες εκτιμήσεις. Ποια είναι η εικόνα εαυτού που έχουν οι έφηβοι και πώς σχετίζεται με τη λειτουργικότητα της οικογένειας και την ψυχοπαθολογία τους; Ποια είναι η λειτουργικότητα της οικογένειας (α) κατά την αντίληψη των εφήβων, (β) κατά την αντίληψη των γονέων τους και (γ) εάν υπάρχει συμφωνία μεταξύ τους.

Υλικό και μέθοδος

Πληθυσμός. Μελετήθηκαν κοινοτικό δείγμα 221 εφήβων ηλικίας 12–18 ετών, της ίδιας κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, και οι γονείς τους. Στη μελέτη μετείχαν 119 αγόρια (54%) και 102 κορίτσια (46%). Ποσοστό 16% των παιδιών είχε ηλικία 12–13 ετών, 39% 14–15 ετών, 40% 16–17 ετών και 5% 18 ετών.

Διαγνωστικά εργαλεία

Το *Ερωτηματολόγιο Παιδικής Συμπεριφοράς των Achenbach και Edelbrock* (Child Behaviour Checklist/CBCL-Parent Version¹⁵), συμπληρούμενο από γονείς για τα παιδιά τους, είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ανιχνευτικό εργαλείο για τον εντοπισμό παιδιών και εφήβων με προβλήματα συμπεριφοράς και

συναίσθηματος. Αποτελείται από δύο κύριους παράγοντες που συνιστούν τα προβλήματα εσωτερικής και εξωτερικής και οκτώ κλίμακες που συνιστούν κλινικά σύνδρομα, τα οποία είναι: απόσυρση, σωματικά συμπτώματα, άγχος/κατάθλιψη, που αποτελούν τα προβλήματα εσωτερικής, καθώς και παραπτωματική και επιθετική συμπεριφορά, που αποτελούν τα προβλήματα εξωτερικής.¹⁶ Επίσης, ο Achenbach πρότεινε τρία σύνδρομα που δεν εντάσσονται στις δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων, δηλαδή: προβλήματα κοινωνικά, σκέψης και προσοχής. Επιπροσθέτως, το ερωτηματολόγιο εξετάζει τη σχολική και κοινωνική προσαρμογή του παιδιού, καθώς και τον βαθμό συμμετοχής του σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. αθλήματα, νεανικές οργανώσεις). Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των ψυχολογικών προβλημάτων και της προσαρμογής παιδιών και εφήβων 2–18 ετών και μπορεί να χορηγηθεί στους γονείς των παιδιών/εφήβων (CBCL), στους εκπαιδευτικούς (TRF) ή στους ίδιους τους εφήβους (Youth Self-Report/YSR²). Στην παρούσα μελέτη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια για τους γονείς και τους εφήβους. Το YSR αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο περιλαμβάνει μία σειρά ερωτήσεων που αξιολογούν την προσαρμοστική συμπεριφορά και συνιστούν δύο κλίμακες, *Δραστηριότητες και Κοινωνικότητα*, καθώς και *Συνολική Κλίμακα Δεξιοτήτων*. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 118 στοιχεία (συμπτώματα) που βαθμολογούνται σε κλίμακα τριών σημείων:

- 0 = δεν ισχύει
- 1 = ισχύει μερικές φορές και
- 2 = ισχύει συχνά ή πάντα

Δεκαέξι επιπλέον σημεία δεν δείχνουν προβλήματα, αλλά αναφέρονται σε κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές, π.χ. «Μου αρέσει να βοηθώ τους άλλους». Τα υπόλοιπα στοιχεία συνδυάζονται, για να αποτελέσουν 8 κλίμακες ή σύνδρομα, δύο ευρύτερες κλίμακες και μία συνολική βαθμολογία προβλημάτων. Για τα αγόρια μόνο, υπάρχει ένα ένατο σύνδρομο με το όνομα *Αυτοκαταστροφικότητα*. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του CBCL και του YSR έχουν αποδει-

χθεί ικανοποιητικές, τόσο σε ξένες¹⁷ όσο και ελληνικές μελέτες.^{18,19}

Η *Κλίμακα Εικόνας Εαυτού των Παιδιών* (Piers-Harris Children's Self Concept Scale²⁰), συμπληρούμενη από εφήβους, απαρτίζεται από μια ομάδα δηλώσεων σχετικά με το τί αρέσει και τί όχι στα παιδιά και τους εφήβους για τον εαυτό τους. Οι δηλώσεις αυτές είναι ομαδοποιημένες στις εξής κατηγορίες: σωματικά χαρακτηριστικά/εμφάνιση, νοητικές ικανότητες, προσωπικότητα/χαρακτήρας, σχολικές δεξιότητες, ελεύθερος χρόνος/ψυχαγωγία, ιδιαίτερες ικανότητες, σωματική υγεία.

Η υποκλίμακα *General Functioning Scale (GF)* της κλίμακας *McMaster Family Assessment Device (FAD)*²¹ αποτελεί μια σύντομη μορφή της FAD, αποτελούμενη από 12 στοιχεία (δηλώσεις): παρέχει ένα μέτρο της συνολικής υγείας/παθολογίας της οικογένειας. Έξι στοιχεία της κλίμακας περιγράφουν υγιή λει-

τουργικότητα της οικογένειας και τα άλλα έξι μη υγιή λειτουργικότητα. Η κλίμακα, η οποία έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, προτείνεται για τη συντομία και την ευκολία χορήγησής της σε έρευνες όπου απαιτείται σφαιρική αξιολόγηση της οικογενειακής λειτουργικότητας.

Στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (one-way ANOVA), το κριτήριο *t* και ο συντελεστής *r* του Pearson. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS.

Αποτελέσματα

1. *Αξιολόγηση της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς* (με το CBCL). Ο πίνακας 1 δείχνει τα αποτελέσματα των αναλύσεων (με την ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης) του CBCL γονέων.

Πίνακας 1. Μέσες τιμές (και σταθερές αποκλίσεις) στις Κλίμακες Προβληματικής Συμπεριφοράς και Προσαρμογής του CBCL ως προς το φύλο των εφήβων (ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης).

Ερωτηματολόγιο CBCL γονέων	Αγόρια (N=119) [Μ.Τ. (Σ.Α.)]	Κορίτσια (N=102) [Μ.Τ. (Σ.Α.)]
Απόσυρση	2,1 (1,9)	2,2 (2,0)
Σωματικά ενοχλήματα	0,7 (1,2)	1,1 (1,4)*
Άγχος/Κατάθλιψη	5,1 (3,6)	5,3 (3,5)
Κοινωνικά προβλήματα	2,4 (1,9)	2,2 (2,0)
Προβλήματα σκέψης	0,5 (0,9)	0,4 (0,8)
Παραπτωματική συμπεριφορά	2,7 (2,0)	2,5 (1,9)
Επιθετική συμπεριφορά	9,1 (6,4)	7,4 (6,1)*
Προβλήματα προσοχής	3,9 (3,0)	3,2 (2,9)
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	7,7 (5,2)	8,0 (5,5)
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	11,7 (7,9)	9,3 (7,0)*
Συνολικά προβλήματα	32,0 (17,9)	28,2 (17,5)
Δραστηριότητες	3,5 (2,0)	4,5 (1,7)***
Κοινωνική προσαρμογή	6,8 (1,8)	6,0 (1,7)**
Γενική προσαρμογή	13,1 (2,7)	12,9 (2,7)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Πίνακας 2. Μέσες τιμές (και σταθερές αποκλίσεις) στις Κλίμακες Προβληματικής Συμπεριφοράς και Προσαρμογής του CBCL ως προς την ηλικιακή ομάδα των εφήβων (ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης).

Ερωτηματολόγιο CBCL γονέων	Ηλικιακή ομάδα*		
	12–13 ετών (N=36)	14–15 ετών (N=86)	16–18 ετών (N=99)
Απόσυρση	2,2 (2,0)	2,0 (1,8)	2,1 (2,0)
Σωματικά ενοχλήματα	0,8 (1,3)	1,1 (1,2)	0,9 (1,3)
Άγχος/Κατάθλιψη	5,0 (3,4)	5,3 (3,6)	5,3 (3,5)
Κοινωνικά προβλήματα	2,2 (1,9)	2,3 (2,0)	2,2 (2,0)
Προβλήματα σκέψης	0,4 (0,8)	0,4 (0,9)	0,5 (1,0)
Παραπτωματική συμπεριφορά	2,6 (1,9)	2,7 (2,0)	2,6 (2,0)
Επιθετική συμπεριφορά	8,3 (6,1)	8,1 (6,3)	8,3 (6,2)
Προβλήματα προσοχής	3,6 (2,9)	3,5 (3,0)	3,5 (2,9)
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	7,9 (5,2)	8,0 (5,4)	7,8 (5,2)
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	10,6 (7,6)	10,4 (7,4)	10,6 (7,5)
Συνολικά προβλήματα	31,0 (17,9)	30,9 (17,6)	30,7 (17,8)
Δραστηριότητες	3,9 (1,8)	4,1 (2,0)	3,9 (1,7)
Κοινωνική προσαρμογή	6,3 (1,8)	6,5 (1,7)	6,4 (1,8)
Γενική προσαρμογή	12,9 (2,6)	13,1 (2,5)	13,0 (2,8)

(*) Μη σημαντικές διαφορές.

Οι διαφορές που προέκυψαν μεταξύ των δύο φύλων αφορούσαν στα σωματικά συμπτώματα, όπου επικρατούσαν τα κορίτσια ($p<0,05$), την επιθετική συμπεριφορά και τα εξωτερικευόμενα προβλήματα, όπου επικρατούσαν τα αγόρια ($p<0,05$), τη συμμετοχή σε δραστηριότητες ($p<0,001$) και σε κοινωνικές ομάδες ($p<0,01$).

Ο πίνακας 2 δείχνει τα αποτελέσματα των αναλύσεων του CBCL γονέων κατά ηλικιακή ομάδα, στις οποίες δεν βρέθηκαν διαφορές σε κανένα σύμπτωμα ή ικανότητες.

Συνολικά, 75,1% των εφήβων βρίσκονταν σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των γονέων τους στο φυσιολογικό φάσμα, 15% στο οριακό και 9,9% στο κλινικό, αναφορικά με τα συνολικά προβλήματα στην κλίμακα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δεξιότητες των

εφήβων του δείγματος ήταν 78,7%, 12,7% και 8,6%.

2. *Αξιολόγηση των εφήβων για τους εαυτούς τους* (με το YSR). Στον πίνακα 3 φαίνονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων (one-way ANOVA) στο YSR των εφήβων. Βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στις κλίμακες απόσυρσης, σωματικών ενοχλημάτων, άγχους/κατάθλιψης, εσωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα, όπου τα κορίτσια είχαν υψηλότερο μέσο όρο ($p<0,01$). Επίσης, στις κλίμακες παραπτωματικότητα, επιθετικότητα και εξωτερικευόμενα προβλήματα, όπου τα αγόρια είχαν υψηλότερο μέσο όρο ($p<0,01$).

Συνολικά, 76,9% των εφήβων βρίσκονταν στο φυσιολογικό φάσμα, 14,5% στο οριακό και 8,6% στο κλινικό, αναφορικά με τα συνολικά προβλήματα στην κλίμακα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δεξιότητες

των εφήβων του δείγματος ήταν 78,2%, 15,0% και 6,8%. Η ηλικιακή ομάδα των 16–18 ετών έχει περισσότερα εξωτερικευμένου τύπου προβλήματα ($p<0,01$), καθώς και άγχος/κατάθλιψη ($p<0,01$), από τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες (Πίνακας 4).

3. *Συσχετίσεις μεταξύ των δύο πηγών πληροφοριών.* Οι αξιολογήσεις γονέων και εφήβων σχετιζόνταν στατιστικώς σημαντικά, ως ακολούθως. Για τα εσωτερικευόμενα προβλήματα: $r=0,30$ ($p<0,05$) για τα αγόρια και $r=0,42$ ($p<0,01$) για τα κορίτσια. Για τα εξωτερικευόμενα: $r=0,37$ ($p<0,01$) για τα αγόρια και $r=0,40$ ($p<0,01$) για τα κορίτσια. Τέλος, για τα συνολικά προβλήματα: $r=0,45$ ($p<0,01$) για αγόρια και $r=0,47$ ($p<0,01$) για κορίτσια, αντιστοίχως. Επίσης, υπήρχε σημαντική συσχέτιση αναφορών γονέων και εφήβων σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ($p<0,01$), πλην της ηλικιακής ομάδας 12–13 ετών στα εσωτερικευόμενα προβλήματα, όπου η συσχέτιση είναι επίσης

σημαντική, αλλά σε διαφορετικό επίπεδο ($< 0,05$).

4. *Αξιολόγηση εικόνας εαυτού από τους εφήβους και συσχετίσεις με άλλες αξιολογήσεις:* (α) Η μέση τιμή στο ερωτηματολόγιο Piers-Harris (P-H) ήταν 62,9 (ΣΑ=10,3). Η ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων στις υποκλίμακες του εργαλείου ούτε διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. (β) Βρέθηκαν αρνητικές συσχετίσεις εικόνας εαυτού με YSR στις κλίμακες εσωτερικευόμενων ($r=-0,45$, $p<0,05$), εξωτερικευόμενων ($r=-0,52$, $p<0,05$), συνολικών προβλημάτων ($r=-0,69$, $p<0,01$), άγχους/κατάθλιψης ($r=-0,51$, $p<0,05$) και θετικές με κλίμακες κοινωνικών προβλημάτων ($r=0,35$, $p<0,05$) και απόσυρσης ($r=0,42$, $p<0,05$). (γ) Βρέθηκε, τέλος, ότι η εικόνα εαυτού σχετίζεται με τη λειτουργικότητα της οικογένειας ($r=-0,39$, $p<0,05$). Ειδικότερα, βρέθηκαν συσχετίσεις συγκεκριμένων παραγόντων της κλίμακας P-H

Πίνακας 3. Μέσες τιμές (και σταθερές αποκλίσεις) στις Κλίμακες Προβληματικής Συμπεριφοράς και Προσαρμογής του YSR ως προς το φύλο των εφήβων (ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης).

Ερωτηματολόγιο YSR εφήβων	Αγόρια (N=119) [Μ.Τ. (Σ.Α.)]	Κορίτσια (N=102) [Μ.Τ. (Σ.Α.)]
Απόσυρση	3,5 (2,6)	4,2 (2,5)**
Σωματικά ενοχλήματα	2,4 (2,1)	3,1 (2,6)**
Άγχος/Κατάθλιψη	6,9 (4,8)	9,7 (5,0)**
Κοινωνικά προβλήματα	2,9 (2,1)	2,9 (2,2)
Προβλήματα σκέψης	2,4 (2,2)	2,5 (2,1)
Παραπτωματική συμπεριφορά	4,6 (3,6)	3,3 (2,6)**
Επιθετική συμπεριφορά	10,8 (6,1)	9,6 (5,0)**
Προβλήματα προσοχής	5,7 (2,9)	6,0 (2,6)
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	12,2 (7,5)	16,5 (8,5)**
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	14,9 (9,0)	12,9 (7,0)**
Συνολικά προβλήματα	40,2 (20,1)	44,6 (20,2)**
Δραστηριότητες	3,7 (1,3)	4,3 (1,2)**
Κοινωνική προσαρμογή	6,5 (1,6)	5,4 (1,5)**
Γενική προσαρμογή	12,1 (2,4)	11,4 (2,2)

** $p<0,01$

Πίνακας 4. Μέσες τιμές (και σταθερές αποκλίσεις) στις Κλίμακες Προβληματικής Συμπεριφοράς και Προσαρμογής του YSR ως προς την ηλικιακή ομάδα των εφήβων (ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης).

Ερωτηματολόγιο YSR εφήβων	Ηλικιακή ομάδα		
	12–13 ετών (N=36)	14–15 ετών (N=86)	16–18 ετών (N=99)
Απόσυρση	3,6 (2,4)	3,8 (2,6)	4,0 (2,5)
Σωματικά ενοχλήματα	2,9 (2,0)	2,8 (2,2)	2,7 (2,4)
Άγχος/Κατάθλιψη	6,8 (4,9)	8,2 (5,1)	9,8 (5,3)**
Κοινωνικά προβλήματα	2,9 (2,0)	2,7 (2,1)	3,0 (2,2)
Προβλήματα σκέψης	2,1 (2,2)	2,8 (2,2)	2,3 (2,1)
Παραπτωματική συμπεριφορά	3,8 (3,0)	3,9 (3,1)	4,1 (3,1)
Επιθετική συμπεριφορά	9,5 (5,1)	10,1 (5,4)	10,4 (5,6)
Προβλήματα προσοχής	5,8 (2,8)	6,1 (2,7)	6,2 (2,7)
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	14,2 (7,9)	14,0 (8,0)	14,3 (8,1)
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	12,5 (7,1)	14,1 (8,5)	14,9 (8,6)**
Συνολικά προβλήματα	40,6 (19,9)	42,1 (20,1)	44,1 (20,3)
Δραστηριότητες	3,1 (1,2)	4,0 (1,3)	4,1 (1,2)
Κοινωνική προσαρμογή	5,9 (1,5)	5,9 (1,5)	6,1 (1,7)
Γενική προσαρμογή	11,8 (2,2)	11,7 (2,2)	12,2 (2,4)

με την κλίμακα FAD, που αφορούσαν στους παράγοντες I (Κοινωνική συμπεριφορά, $p<0,01$), IV (Άγχος, $p<0,05$) και VI (Ευτυχία και ικανοποίηση, $p<0,01$).

5. *Ερωτηματολόγιο οικογενειακής λειτουργικότητας και συσχετίσεις με άλλες αξιολογήσεις:* (α) Η μέση τιμή που βρέθηκε στο FAD (GF) ήταν 1,5 ($\Sigma A=1,1$). Η διαφορά στις μέσες τιμές μεταξύ FAD εφήβων και FAD γονέων ήταν σημαντική ($1,5\pm 1,1$ έναντι $1,2\pm 1,0$, $t=3,0$, $p<0,001$), με τους εφήβους να έχουν περισσότερο δυσλειτουργική αντίληψη για τις οικογένειές τους. (β) Βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του CBCL γονέων και του FAD γονέων στις αναφορές άγχους/κατάθλιψης ($r=0,62$, $p<0,01$), εσωτερικευόμενων (για αγόρια- $r=0,54$, $p<0,01$ και κορίτσια- $r=0,35$, $p<0,05$), εξωτερικευόμενων (για κορίτσια- $r=0,32$, $p<0,05$) και συνολικών προβλημάτων ($r=0,45$,

$p<0,05$). (γ) Βρέθηκαν, επίσης, σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ακόλουθων υποκλιμάκων της κλίμακας YSR και του FAD εφήβων: άγχος/κατάθλιψη ($r=0,69$, $p<0,01$), κοινωνικά προβλήματα ($r=0,52$, $p<0,01$), εσωτερικευόμενα προβλήματα (αγόρια: $r=0,44$, $p<0,05$, κορίτσια: $r=0,52$, $p<0,01$), εξωτερικευόμενα προβλήματα (αγόρια: $r=0,32$, $p<0,05$, κορίτσια: $r=0,45$, $p<0,05$) και συνολικά προβλήματα ($r=0,52$, $p<0,01$).

Συζήτηση

Συμπεριφορά και συναίσθημα εφήβων. Στη μελέτη μας 25% των εφήβων, με βάση την εκτίμηση των γονέων, και 23% σύμφωνα με τη δική τους εκτίμη-

ση παρουσίαζε ψυχολογικά προβλήματα διαφόρου βαρύτητας. Διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι περί το 20% των εφήβων παρουσιάζουν τέτοιου είδους προβλήματα.²² Οι αποκλίσεις συμπεριφοράς / συναισθήματος των εφήβων, όπως τις αντιλαμβάνονται οι γονείς τους και οι ίδιοι οι έφηβοι και όπως εκφράζονται από τις μέσες τιμές στα ερωτηματολόγια CBCL και YSR, δείχνουν να είναι γενικά υψηλότερες απ' αυτές στη μελέτη των Roussos και συν.¹⁹ και πιο κοντά σ' αυτές που αναφέρονται από τους Motti-Stefanidi και συν.,¹⁸ Tsiantis και συν.²³ και Μόττη-Στεφανίδη και συν.²⁴ Όμως, οι παραπάνω μελέτες αφορούσαν παιδιά μικρότερης ηλικίας (6–12 ετών), όπου τα ποσοστά αποκλίσεων συμπεριφοράς / συναισθήματος είναι χαμηλότερα. Οι διαφορές στα αναφερόμενα από τους γονείς και τους ίδιους τους εφήβους προβλήματα ανάλογα με το φύλο ήταν αναμενόμενες: τα κορίτσια παρουσίαζαν περισσότερα εσωτερικευμένου τύπου προβλήματα, ενώ τα αγόρια εξωτερικευμένου τύπου, εύρημα και άλλων προηγούμενων μελετών.^{19,25} Γονείς και έφηβοι συμφωνούν στις εκτιμήσεις τους ως προς τα εσωτερικευόμενα, εξωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα, τόσο για αγόρια όσο και για κορίτσια. Η συμφωνία εμφανίζεται μικρότερη για αγόρια 12–13 ετών με εσωτερικευόμενα προβλήματα. Μία πιθανή εξήγηση γι' αυτό το εύρημα είναι ότι τα αγόρια με εσωτερικευόμενου τύπου προβλήματα δεν τα κοινοποιούν, λόγω της μεγαλύτερης ανασφάλειας που νοιώθουν κατ' αυτή την περίοδο της ζωής, ενώ τα κορίτσια γενικώς εκφράζουν πιο άνετα φόβους, άγχος και θλίψη. Αντιθέτως, σε άλλη μελέτη,⁵ γονείς και έφηβοι παρουσίαζαν χαμηλή συμφωνία στις εκτιμήσεις τους. Στην ίδια μελέτη οι έφηβοι ανέφεραν μεγαλύτερη συμπτωματολογία, παρά οι γονείς τους. Εν τούτοις, οι βαθμολογήσεις των μητέρων για τις συμπεριφορές των παιδιών τους σχετίζονταν σημαντικά με εκείνες των εφήβων, όχι όμως και των πατέρων. Παρόμοιες σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν και στη μελέτη των Verhulst and van der Ende.⁶ Ο βαθμός συμφωνίας, όμως, στη δική μας μελέτη ήταν ο ίδιος για όλες τις ηλικίες. Θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι ο μεγάλος αυτός βαθμός συμ-

φωνίας στη δική μας μελέτη δείχνει ότι οι Έλληνες γονείς και έφηβοι, τουλάχιστον σ' αυτό το τμήμα του ομοιογενούς κοινωνικο-οικονομικός, αλλά και από άποψη εθνικής καταγωγής, πληθυσμού επικοινωνούν καλά και δεν έχουν αποξενωθεί μεταξύ τους, ώστε και οι έφηβοι εκφράζουν τις αλλαγές που τους συμβαίνουν και οι γονείς μπορούν να περιγράψουν τις αλλαγές που παρατηρούν στα παιδιά τους. Στη μελέτη των Logan και King²⁶ βρέθηκε ότι η καλύτερη επικοινωνία στην οικογένεια σχετιζόταν με μεγαλύτερη αναγνώριση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε κορίτσια εφήβους από τους γονείς τους, εύρημα που αποδίδουν στην καλύτερη επικοινωνία των συναισθηματικών δυσκολιών των κοριτσιών (όχι όμως και των αγοριών) με τους γονείς τους. Χρειάζεται πάντως να λάβουμε υπ' όψιν ότι η μελέτη μας αφορά κοινοτικό και όχι κλινικό δείγμα εφήβων. Τα αναφερόμενα στη μελέτη μας από τους ίδιους τους εφήβους προβλήματα άγχους / κατάθλιψης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς περιγράφονται και σε άλλες μελέτες, τόσο στον ελλαδικό^{27,28} όσο και στον διεθνή χώρο²⁹ και φαίνεται να αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας, εύρημα και των άλλων μελετών. Οι Roussos και συν.,²⁸ όπως και εμείς, βρήκαν περισσότερα εξωτερικευόμενου τύπου προβλήματα στις μεγαλύτερες ηλικίες εφήβων στο YSR. Δεν βρέθηκαν διαφορές στις κλίμακες δεξιοτήτων στους εφήβους ανάλογα με την ηλικία τους, εύρημα και άλλων μελετών.^{25,30,31} Αντιθέτως, βρέθηκαν διαφορές που σχετίζονταν με το φύλο των εφήβων: τα αγόρια συμμετείχαν σε περισσότερες δραστηριότητες ενώ τα κορίτσια είχαν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, με βάση τις εκτιμήσεις τόσο των γονέων όσο και των ίδιων των εφήβων.

Εικόνα εαυτού εφήβων. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ φύλων αναφορικά με την εικόνα εαυτού, αντίθετα με την υπάρχουσα γνώση, ότι δηλαδή τα κορίτσια παρουσιάζουν διαφορετική (χειρότερη) εικόνα εαυτού συγκριτικά με τα αγόρια.³² Όπως αναμενόταν, έφηβοι με άγχος/κατάθλιψη, εσωτερικευόμενα, εξωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα παρουσίαζαν χειρότερη εικόνα εαυτού. Αντίθετα, φαίνεται παράδοξο το εύρημα ότι έφηβοι με περισσότερα α-

ναφερόμενα κοινωνικά προβλήματα και απόσυρση παρουσιάζουν θετικότερη εικόνα εαυτού (ενδεχομένως πρόκειται για μηχανισμό άμυνας του εγώ ή έδωσαν ψευδείς απαντήσεις). Συγκεκριμένοι παράγοντες της κλίμακας για την εκτίμηση της εικόνας εαυτού από τους εφήβους σχετιζόνταν με την άποψη που είχαν για τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους. Έφηβοι με λιγότερο ικανοποιητική κοινωνική συμπεριφορά, υψηλότερα επίπεδα άγχους και χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας και ικανοποίησης έκριναν ως περισσότερο δυσλειτουργική την οικογένειά τους (βλέπε και στη λειτουργικότητα της οικογένειας).

Η λειτουργικότητα της οικογένειας. Είναι επίσης αξιοσημείωτο, αλλ' όχι απρόσμενο, ότι οι έφηβοι βαθμολογούν τη λειτουργικότητα των οικογενειών τους διαφορετικά από τους γονείς τους — και μάλιστα φαίνεται να έχουν χειρότερη αντίληψη από εκείνους. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί με την απομυθοποίηση της οικογένειας κατά την εφηβική ηλικία και είναι συμβατό με εκείνο των Tamplin και Goodyer,³³ στη μελέτη των οποίων οι έφηβοι βαθμολόγησαν την οικογένειά τους χειρότερα απ' ό,τι οι γονείς τους. Μάλιστα δε όσο χαμηλότερη ήταν η συναισθηματική διάθεση και η αυτοεκτίμηση των εφήβων τόσο χειρότερη ήταν η βαθμολογία της λειτουργικότητας των οικογενειών τους στο FAD. Αυτά τα συμπεράσματα ομοιάζουν με αυτά της δικής μας μελέτης, όπου οι απαντήσεις των εφήβων με άγχος / κατάθλιψη, κοινωνικά, εσωτερικευόμενα, εξωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα σχετιζόνταν με την αντίληψή τους για χειρότερη λειτουργικότητα των οικογενειών τους, εύρημα που διαπιστώθηκε και σε άλλες μελέτες.^{14,34} Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται στη μελέτη της Garnefski,²⁹ η οποία όμως μελέτησε την αντίληψη που είχαν οι έφηβοι για τις οικογένειές τους και όχι τη λειτουργικότητά τους. Βρήκε δηλαδή ότι η αρνητική θεώρηση της οικογένειας απ' ενός μεν αυξανόταν με την πρόοδο της ηλικίας και απ' ετέρου ότι είχε σημαντική συσχέτιση τόσο με συμπτώματα κατάθλιψης όσο και με αντικοινωνική συμπεριφορά.²⁹ Επίσης, οι έφηβοι με χειρότερη εικόνα εαυτού βαθμολογούσαν χειρότερα τις οικογένειές τους και αντιστρόφως. Μπορούμε να υ-

ποθέσουμε ότι η ψυχοπαθολογία των εφήβων επηρεάζει την αντίληψη που έχουν για την οικογένειά τους ή ότι υπάρχει πράγματι δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια που σχετίζεται με την αναφερόμενη ψυχοπαθολογία των εφήβων ή με τη δυσλειτουργία άλλων μελών της οικογένειας. Ίδιες συσχετίσεις ίσχυαν και για τους γονείς: εκείνοι που περιέγραφαν τα παιδιά τους να έχουν τα προηγούμενα προβλήματα (πλην των κοινωνικών προβλημάτων) παρουσίαζαν χειρότερη λειτουργικότητα των οικογενειών τους. Φαίνεται ότι η διαταραχή της λειτουργικότητας της οικογένειας είναι ένας ευαίσθητος δείκτης που συνδέεται με ψυχοπαθολογία σε κάποιο ή κάποια από τα μέλη της, όπως άλλωστε δείχνει και η κλινική εμπειρία. Επομένως, μπορεί να υποθεθεί ότι, προκειμένου να προληφθούν τα προβλήματα συναισθήματος/συμπεριφοράς στους εφήβους, θα πρέπει να εντοπίζονται οι οικογένειες που βρίσκονται σε κίνδυνο όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα και να τους παρέχεται εκπαίδευση και υποστήριξη (Garnefski 2000).

Συμπερασματικά, από τη μελέτη αυτή φαίνεται ότι στον ελληνικό πληθυσμό τα προβλήματα των εφήβων αυξάνονται στις μεγαλύτερες ηλικίες και σ' αυτές οι γονείς χρειάζονται μεγαλύτερη βοήθεια. Αν και υπάρχει συσχέτιση των αξιολογήσεων μεταξύ γονέων και εφήβων σ' αυτό το δείγμα πληθυσμού, φαίνεται ότι οι Έλληνες γονείς θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν μέσω ενημέρωσης, ώστε να αναζητούν έγκαιρα κατάλληλη υποστήριξη για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Τα ευρήματά μας έχουν συγκεκριμένες κλινικές εφαρμογές. Παρά τη συμφωνία στην αναφορά αποκλίσεων συμπεριφοράς / συναισθήματος μεταξύ παιδιών και γονέων στην παρούσα μελέτη, η πλήρης, συνεκτική και αξιόπιστη αξιολόγηση των παιδιών και εφήβων απαιτεί την αναζήτηση και σύνθεση πληροφοριών από διάφορες πηγές (παιδί / έφηβος, γονείς, σχολείο). Το αποτέλεσμα της αξιολόγησης της λειτουργικότητας της οικογένειας θα πρέπει να μας παραπέμπει σε ύπαρξη ή μη προβλημάτων στα μέλη της, ιδίως στους εφήβους: επίσης, για να επέλθει βελτίωση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των εφήβων, θα πρέπει να αλλάξει και ο αρνητικός τρόπος, με τον οποίο α-

ντιλαμβάνονται την οικογένειά τους.¹⁴ Αλλά και η ψυχοπαθολογία των ενηλίκων μελών μιας οικογένειας θα πρέπει να μας κατευθύνει στην αξιολόγηση και των εφήβων μελών της οικογένειας έτσι, ώστε να προσφερθεί η κατάλληλη βοήθεια. Όπως, επίσης, διαταραχές αξιολογούμενες στα παιδιά ή τους εφήβους θα πρέπει να μας κατευθύνουν σε αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας, η οποία θα πρέπει να εμπλέκεται και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων των νεαρών μελών της. Τέλος, σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει οι γονείς να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν αποκλίσεις συμπεριφοράς και κυρίως συναισθήματος, π.χ. κατάθλιψη,

στα παιδιά τους ώστε να τους προσφέρουν την απαιτούμενη βοήθεια. Η αναγνώριση της αναγκαιότητας για προσφορά βοήθειας εμπίπτει επίσης στον ρόλο και τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που είναι, μεταξύ άλλων, και η ενίσχυση των ικανοτήτων των γονέων προς αυτή την κατεύθυνση.²⁶ Είναι άλλωστε γνωστή η σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισης των διαταραχών ψυχικής υγείας στα παιδιά αφού, εκτός των άλλων επιπτώσεων, τείνουν να συνεχίζονται στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή και να προκαλούν ποικίλου βαθμού δυσπροσαρμοστικότητα στα άτομα.³⁵⁻³⁸

Adolescent behavioural and emotional problems in relation to their self-concept and family functioning

G. Kolaitis, M. Liakopoulou

Department of Child Psychiatry, Athens University Medical School, "Aghia Sophia" Children's Hospital

The main aim of the present study was to examine the behavioural and emotional problems of adolescents in relation to their self-concept and family functioning. For this purpose, a community sample of 221 adolescents aged 12–18 years was studied using the Child Behaviour Checklist-parent version and the Youth Self Report, the Children's Self Concept Scale (Piers-Harris) and the Family Assessment Device (General Functioning Scale). Parents and adolescents agreed when reporting internalising, externalising and total problems, with an exception at the ages of 12–13 years. Self-reported problems of anxiety/depression and antisocial behaviour by the adolescents seemed to increase with age. Adolescents with anxiety/depression, internalising, externalising and total problems had a worse self-concept. In addition, adolescents rated their family functioning as being worse than their parents did; adolescents with a worse self-concept rated their families worse and vice-versa. The findings and the clinical implications of this study are discussed, especially in terms of early recognition and management of psychosocial problems in adolescents and their families.

Key words: *adolescents, emotional, behavioural disorders, self-concept, family functioning.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Renouf AG, Kovacs M. Concordance between mothers' reports and children's self-reports of depressive symptoms: A longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:208-216.
2. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.
3. Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children in internalising and externalising behaviour problems. *J Clin Child Psychol* 1993, 33:107-115.
4. Dopfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustka F. Reliability and factorial validity of the Child Behaviour Checklist-an analysis of a clinical and field sample. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* 1994, 22:189-205.
5. Seiffge-Krenke I, Kollmar F. Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *J Child Psychol Psychiat* 1998, 39:687-697.
6. Verhulst FC, van der Ende J. Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *J Child Psychol Psychiat* 1992, 33:1011-1023.
7. Handwerk ML, Larzelere RE, Soper SH, Friman PC. Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychol Assess* 1999, 11:14-23.
8. Achenbach TM. Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.
9. Coleman J. The nature of adolescence. Methnew, London, 1980.
10. Hay I. Gender self-concept profiles of adolescents suspended from high school. *J Child Psychol Psychiat* 2000, 41:345-352.
11. Hinshaw SP. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 1992, 111:127-155.
12. Rey JM, Schrader E, Morris-Yates A. Parent-child agreement on children's behaviours reported by the Child Behaviour Checklist (CBCL). *J Adolesc* 1992, 15:219-230.
13. Rubin C, Rubenstein JL, Stechlez G, et al. Depressive affect in "normal" adolescents: relationship to life stress, family and friends. *Am J Orthopsychiat* 1992, 62:430-441.
14. Sheeber L, Hops H, Alpert A, David K, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1997, 25:333-343.
15. Millikan E, Wambold MZ, Bihun JT. Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:1486-1494.
16. Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Guide Profile. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
17. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.
18. Motti-Stefanidi F, Tsiantis J, Richardson SC. Epidemiology of behavioural and emotional problems of primary school-children in Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1993, 2:111-118.
19. Roussos A, Karantanos G, et al. Achenbach's child behavior checklist and teacher's report form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999, 8:165-172.
20. Piers E, Harris D. The Piers-Harris Self-Concept Scale. Counselor Recordings και Tests, Nashville, TN, 1969.
21. Byles J, Byrne C, Boyle M, Offord D. Ontario Child Health Study: Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Fam Process* 1988, 27:97-104.
22. Costello EJ. Developments in Child Psychiatric Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28:836-841.
23. Tsiantis J, Motti-Stefanidi F, Richardson C, Schmeck K, Poustka F. Psychological problems of school-age German and Greek children: a cross-cultural study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994, 3:209-219.
24. Μόττη-Στεφανίδη Φ, Κολαΐτης Γ, Richardson C, Τσιάντης Ι. Προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος και προσαρμογή παιδιών σχολικής ηλικίας: Σύγκριση κλινικού και μη κλινικού δείγματος στο ερωτηματολόγιο για γονείς του Achenbach. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία* 2000, 1:85-97.
25. Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev* 1981, 46:1-82.
26. Logan DE, King CA. Parental identification of depression and mental health service use among depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:296-304.
27. Madianos MG, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population of adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiat* 1993, 8:139-146.
28. Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C. The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, 10:47-53.
29. Garnefski N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39:1175-1181.

30. Fitzpatrick C, Deehan A. Competencies and problems of Irish children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999, 8:17-23.
31. Slobodskaya HR. Competence, emotional and behavioural problems in Russian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999, 8:173-180.
32. Offer D, Schonert-Reichl AK, Boxer MA. Normal adolescent development: empirical research findings. In: Lewis M (ed): *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1996:286-287.
33. Tamplin A, Goodyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, 10:170-179.
34. Veerman JW. Family stress, family functioning and emotional/behavioural problems following child psychiatric treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995, 4:21-31.
35. Verhulst FC, Koot HM, Berden GF. Four-year follow-up of an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29:440-448.
36. Verhulst FC, van der Ende J. The eight-year stability of problem behavior in an epidemiologic sample. *Ped Res* 1995, 38:612-617.
37. Ferrinand RF, Stijnen T, Verhulst FC, van der Reijden M. Associations between behavioural and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *J Adolesc* 1999, 22:123-136.
38. Mattison RE, Spitznagel EL. Long-term stability of Child Behavior Checklist profile types in a child psychiatric clinic population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:700-707.