



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

Διπλωματική Εργασία

«Το Άγχος στα Αδέρφια Ηλικίας 8-18 Ετών Παιδιών με Διαταραχή Φάσματος του Αυτισμού. Συσχέτιση με το Άγχος των Γονέων στο Γονεϊκό τους Ρόλο και τις Γονεϊκές Στρατηγικές Διαχείρισης-Αντιμετώπισης Κρίσεων»

Φοιτήτρια Καλυβίτη Μαρία

A.M 7450562100008

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Παπανικολάου Αικατερίνη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Παπανικολάου Αικατερίνη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Επιβλέπουσα)

Κολαίτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθήνα, Απρίλιος 2023



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

Διπλωματική Εργασία

«Το Άγχος στα Αδέρφια Ηλικίας 8-18 Ετών Παιδιών με Διαταραχή Φάσματος του Αυτισμού. Συσχέτιση με το Άγχος των Γονέων στο Γονεϊκό τους Ρόλο και τις Γονεϊκές Στρατηγικές Διαχείρισης-Αντιμετώπισης Κρίσεων».

**Φοιτήτρια Καλοβίτη Μαρία
Α.Μ 7450562100008**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Παπανικολάου Αικατερίνη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Παπανικολάου Αικατερίνη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Επιβλέπουσα)

Κολαίτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθήνα, Απρίλιος 2023

Περίληψη

Θεωρητικό Υπόβαθρο: Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με διαταραχή φάσματος αυτισμού (ΔΑΦ) επιβαρύνονται ψυχολογικά περισσότερο, σε σχέση με τους γονείς-αδέρφια παιδιών τυπικής ανάπτυξης (ΤΑ).

Σκοπός: Η διερεύνηση επίδρασης της ΔΑΦ στην ψυχική υγεία των γονέων και στα ΤΑ αδέρφια, καθώς και των γονεϊκών στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση άγχους σε δύσκολες καταστάσεις/κρίσεις της οικογένειας.

Μεθοδολογία: Το δείγμα προήλθε από την περιοχή της Εύβοιας με τη συμμετοχή 97 οικογενειών από συλλόγους γονέων-κηδεμόνων ειδικών σχολείων (ομάδα ΔΑΦ) και 100 οικογενειών από δημόσιο δημοτικό σχολείο (ομάδα ελέγχου). Η Μέση ηλικία γονέα για τις ομάδες ΔΑΦ-Ελέγχου ήταν τα 47 έτη (ΤΑ 6,95) & 45 έτη (ΤΑ 5,11) αντίστοιχα. Η μέση ηλικία παιδιών και για τις δύο ομάδες ήταν τα 13 έτη με (ΤΑ 3,63) & (ΤΑ 3,08) αντίστοιχα. Σε ότι αφορά την αντιπροσωπευτικότητα φύλου, παρουσιάστηκε αριθμητική υπεροχή των γυναικών και στις δύο ομάδες γονέων, ενώ στα παιδιά, ίσος αριθμός κοριτσιών και αγοριών και στις δύο ομάδες.

Μέσα συλλογής δεδομένων: Χορηγήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια-κλίμακες: Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο γονέα-παιδιού, Κλίμακα Παιδικού άγχους (Spense Children's Anxiety(S-CAS), Κλίμακα Παιδικής κατάθλιψης (Children's Depression Inventory (CDI), Κλίμακα Γονεϊκού άγχους (Parenting Stress (PSI-SF), Κλίμακα προσωπικής εκτίμησης οικογενειακής κρίσης (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES).

Αποτελέσματα: Οι γονείς της ΔΑΦ ομάδας, εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$), καθώς βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Ωστόσο, δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς το βαθμό συμπτωμάτων άγχους στα ΤΑ αδέρφια ούτε ως προς τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι οικογένειες σε δύσκολες καταστάσεις/κρίσεις. Στις αναλύσεις παλινδρόμησης, στο σύνολο του δείγματος, βρέθηκε ότι η επιβάρυνση του γονέα σχετιζόταν σημαντικά θετικά με την κατάθλιψη των παιδιών ($\beta = 0,008, p = 0,002$), με τη διαταραχή πανικού-αγοραφοβία ($\beta = 0,008, p = 0,015$), την κοινωνική φοβία ($\beta = 0,005, p = 0,026$), και την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά ($\beta = 0,008, p = 0,001$). Η αμυντική απάντηση του γονέα σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τη Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ($\beta = 0,014, p = 0,001$). Η αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά ($\beta = 0,013, p = 0,003$) και η Κινητοποίηση της οικογένειας για βοήθεια σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τη Διαταραχή άγχους αποχωρισμού ($\beta = 0,015, p = 0,015$).

Συμπεράσματα: Οι γονείς με ΔΦΑ παιδιά και ΤΑ αδέρφια, εμφανίζουν μεγάλο άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο και αυτός είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζει το άγχος και η κατάθλιψη των παιδιών. Επομένως, επειδή, η μελέτη των συναισθηματικών δυσκολιών στα ΤΑ αδέρφια κρίνεται σημαντική, η συγκεκριμένη έρευνα, θα παρέχει τη βάση για να διερευνήσει εκ νέου μελλοντικά, τόσο το άγχος των ΤΑ αδερφών, όσο και των γονέων.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, τυπική ανάπτυξη, ΔΦΑ, Γονείς, Στρατηγικές.

Summary

Theoretical background: Parents and siblings of children with autism spectrum disorder (ASD) are psychologically burdened more than parents and siblings of children of typical development (TD).

Aim: To investigate the effect of ASD on the mental health of parents and children/siblings of TA, and the strategies used to manage stress when there is a child with autism in the family.

Methodology: The sample came from the region of Evia with the participation of 97 families from parent-guardian associations of special schools (ASD group) and 100 families from a public primary school (control group). The mean parent age for the ASD-Control groups was 47 years (SD 6.95) & 45 years (5.11) respectively. The mean age of children for both groups was 13 years with (TA 3.63) & (3.08) respectively. Regarding gender representativeness, there was a numerical superiority of women in both groups of parents, while in children, an equal number of girls and boys in both groups.

Means of data collection: Improvised parent-child questionnaire, Child Anxiety Scale (S-CAS), Child Depression Scale (CDI), Parental Anxiety Scale (PSI-SF), Personal Rating Family Crisis Scale (F-COPES).

Results: Parents with TD children and ASD siblings show greater anxiety in their parent role ($p < 0,05$), compared to the control group as a statistically significant difference was found between them. However no significant difference was found between both groups in terms of the degree of anxiety symptoms of children with and without sibling ASD, nor in terms of the strategies used by families in difficult situations/crises. Also the parent burden was found to be significantly positively related to children's depression ($\beta = 0,008$, $p = 0,002$), panic Disorder- agoraphobia ($\beta = 0,008$, $p = 0,015$) and social phobia ($\beta = 0,005$, $p = 0,026$), with compulsive behavior ($\beta = 0,008$, $p = 0,001$). Parental defensiveness was significantly positively associated with Generalized Anxiety Disorder ($\beta = 0,014$, $p = 0,001$). The search for spiritual support was significantly related positively to compulsive behavior ($\beta = 0,013$, $p = 0,003$) and the act of Family Mobilization to obtain and receive help was significantly positively related with Separation Anxiety Disorder ($\beta = 0,015$, $p = 0,015$).

Conclusions: Parents with ASD children and TD siblings show great stress in their parental role and this is one of the main factors influencing children's anxiety and depression. Therefore, because the study of emotional difficulties in TD siblings is considered important, this research will provide the basis to re-investigate in the future, both TD siblings and parent stress.

Keywords: Stress, typical development, ASD, Parents, Strategies.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2,3
Πρόλογος-Ευχαριστίες.....	6
Εισαγωγή.....	7
1. Θεωρητικό μέρος Κεφάλαιο 1 Διαταραχές Φάσματος Αυτισμού.....	10
2.1 Κεφάλαιο 2 Αγχώδεις διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία.....	14
2.2 Κατηγορίες διαταραχών άγχους.....	15
2.3 Κλινική Εικόνα του Άγχους στα ΤΑ Αδέρφια Παιδιών με ΔΦΑ.....	20
2.4 Τα Προβλήματα Εσωτερίκευσης στα Παιδιά και τους Εφήβους	23
2.5 Προβλήματα Εσωτερίκευσης-Εξωτερίκευσης στα Παιδιά-Εφήβους ΤΑ	25
2.6 Γονεϊκό Στρες	27
2.7 Η Σχέση του Γονεϊκού Άγχους με το Άγχος των Παιδιών ΤΑ	30
3.1 Κεφάλαιο 3 ^ο Γονεϊκές Πρακτικές Διαχείρισης Κρίσεων (Η θεωρία).....	32
3.2 Γονεϊκές Πρακτικές Διαχείρισης Κρίσεων στις Οικογένειες με Παιδιά ΔΦΑ και ΤΑ (Η Έρευνα)_Το Μοντέλο Διαχείρισης Οικογενειακής Κρίσης.....	34
3.3 Οι Στρατηγικές Διαχείρισης Κρίσεων από τα Αδέρφια ΤΑ Παιδιών με ΔΦΑ	38
3.4 Η Σχέση μεταξύ Γονεϊκών Πρακτικών Διαχείρισης Κρίσεων & του Άγχους στα Αδέρφια ΤΑ	39
4.1 Ερευνητικό Μέρος Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία Ερευνητικοί Στόχοι.....	45
4.2 Σχεδιασμός.....	46
4.3 Συμμετέχοντες-Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού.....	46
4.4 Διαδικασία.....	47
4.5 Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	48
4.6 Ερευνητική/Κλινική Δεοντολογία	54
4.7 Στατιστική Ανάλυση.....	55

5.1 Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων-Δημογραφικά	
Χαρακτηριστικά.....	57
6. Συζήτηση.....	73
7. Βιβλιογραφία.....	98
8. Παραρτήματα.....	112

Πρόλογος-Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου» της Ιατρικής Σχολής. Καθώς η μελέτη αυτή ολοκληρώθηκε, θεωρώ σημαντικό να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν με την στήριξή τους προκειμένου να επιτευχθεί το δύσκολο αυτό έργο.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα μου, καθηγήτρια παιδοψυχιατρικής Καθηγήτρια Αικατερίνη Παπανικολάου για την πολύτιμη συμβολή της στην εργασία. Η υποστήριξη και η καθοδήγησή της ήταν πολύ σημαντική. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Ομότιμο Καθηγητή παιδοψυχιατρικής κο Κολαίτη Γεράσιμο για τη μετάδοση των γνώσεων και επιστημονικών εμπειριών του, στοιχεία ιδιαίτερα σημαντικά για την πορεία μου στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και την επιστήμη.

Ακόμα, θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, ιδιαίτερα στον παιδοψυχίατρο Καθηγητή κο Γιαννακόπουλο Γεώργιο, ο οποίος κάθε φορά μετέδιδε τις επιστημονικές γνώσεις του με ιδιαίτερη ηρεμία. Θερμά “ευχαριστώ”, τέλος θα ήθελα να προσφέρω, στον κο Ζαραβίνο-Τσάκο Φοίβο, επιστημονικό συνεργάτη του προγράμματος, για την πολύτιμη καθοδήγηση του, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, αλλά και ιδιαίτερα στη διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη γραμματέα του προγράμματος, κα Κληρονόμου για τη υποστήριξη θεμάτων σε πρακτικό επίπεδο όποτε χρειαζόταν.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να μην παραληφθεί η αναφορά σε όλους τους συλλόγους των γονέων-κηδεμόνων των ειδικών σχολείων Χαλκίδας με τους οποίους συνεργάστηκα. Σημαντική μνεία χρειάζεται να γίνει στο Διευθυντή και μαθητές του 9^{ου} Δημοτικού Σχολείου Χαλκίδας. Χωρίς τη βοήθειά τους, η διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας δεν θα είχε επιτευχθεί. Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου και τα παιδιά μου, καθώς με υπομονή, στάθηκαν στο πλευρό μου και συνέβαλαν στην επίτευξη των προσωπικών μου στόχων.

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, η έρευνα σε αδέρφια ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές έχει αναδειχθεί σε ένα αναπτυσσόμενο πεδίο. Οι κλινικοί γιατροί, οι οικογένειες και οι επιστήμονες καταλαβαίνουν ολοένα και περισσότερο τη σημασία της σχέσης στα αδέρφια. Αυτή είναι συνήθως η μεγαλύτερη σχέση που θα έχουν τα άτομα στη ζωή τους (Hodapp et al., 2005).

Τόσο οι γονείς, όσο και τα τυπικής ανάπτυξης (ΤΑ) αδέρφια των παιδιών με διαταραχή φάσματος αυτισμού (ΔΦΑ) αντιμετωπίζουν πλήθος αντιδραστικών προβλημάτων ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν βρει ότι τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν ασθενή κεντρική συνοχή και δυσκολίες στην εκτελεστική λειτουργία (Vanegas & Davidson, 2015). Πιο συγκεκριμένα, εμφανίζουν δυσκολίες στον προγραμματισμό, τη μνήμη εργασίας, τον έλεγχο των παρορμήσεων και την αναστολή, την νοητική ευελιξία καθώς και στην έναρξη και παρακολούθηση της δράσης (Hill, E., 2004). Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, η ανατροφή ενός παιδιού με αυτισμό συχνά αναφέρεται ότι σχετίζεται με επιπλέον καταπόνηση και χρόνιο στρες στις οικογένειες (Kovshoff et al., 2017; McStay et al., 2016).

Πρόσφατα δεδομένα παρουσιάζουν τους γονείς παιδιών με ΔΦΑ με 4 φορές σε υψηλότερα επίπεδα στρες, σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών ΤΑ (Βίλλη, 2017; Silva & Schalock, 2012). Ωστόσο, παρά τον υψηλό αριθμό των μελετών που δείχνουν αυξημένο άγχος στις μητέρες παιδιών με ΔΦΑ, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει το γενικό άγχος μεταξύ των ΤΑ αδελφών στις συγκεκριμένες οικογένειες (Smith & Elder, 2010; Shivers et al., 2017; Shivers et al., 2019; Tsao et al., 2012; Thomas et al., 2015). Οι Petalas et al. (2009) διαπίστωσαν ότι αδέρφια ΤΑ με αδέρφια με ΔΦΑ κινδυνεύουν από την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων, ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι τα ΤΑ κορίτσια με αδέρφια με ΔΦΑ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους, συγκριτικά

με αγόρια-αδερφούς παιδιών με ΔΦΑ, λόγω της παρουσίας σημαντικών στρεσογόνων γεγονότων ζωής, εξαιτίας του αυτιστικού φάσματος (Orsmond et al., 2009; Petalas et al., 2009).

Επομένως, το άγχος μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση διαφόρων συναισθηματικών και άλλων προβλημάτων στα ΤΑ παιδιά με αδέρφια με ΔΦΑ. Η κατάθλιψη και τα συμπεριφορικά προβλήματα επίσης δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των συγκεκριμένων οικογενειών. Ως εκ τούτου, η μελέτη του άγχους της συγκεκριμένης κατηγορίας παιδιών ΤΑ είναι επιβεβλημένη (Shivers et al., 2017).

Ευρεία γκάμα στρατηγικών χρησιμοποιούνται από τις οικογένειες για την αντιμετώπιση του άγχους. Οι συγκεκριμένες στρατηγικές τους βοηθούν να διαχειριστούν και να μειώσουν στο βαθμό που είναι εφικτό τα αγχωτικά γεγονότα. Είναι ιδιαίτερο σημαντικό να διαχειριστούν οι στρεσογόνοι παράγοντες. Αντίθετα, η κλιμάκωση του άγχους, μπορεί να οδηγήσει σε κρίσεις που έχουν σχέση με την ψυχολογική υγεία των μελών (Twoy, Connolly, & Novak, 2007).

Η εργασία απαρτίζεται από δύο μέρη (θεωρητικό-ερευνητικό). Το πρώτο μέρος συναρθρώνεται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον εννοιολογικό προσδιορισμό του αυτισμού και στον τρόπο που συνδέονται το άγχος και η διάθεση στα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ και τους γονείς. Στο δεύτερο κεφάλαιο τίθεται η εννοιολογική προσέγγιση, η κλινική εικόνα και οι κατηγορίες του άγχους στα παιδιά γενικά, βιβλιογραφία ερευνών που εξετάζει το άγχος στο γονεϊκό ρόλο, καθώς και το άγχος στα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται εννοιολογικά μοντέλα διαχείρισης άγχους και πρακτικές αντιμετώπισης-διαχείρισης κρίσεων που εφαρμόζονται από την οικογένεια. Τέλος, εξετάζεται η σχέση μεταξύ των γονεϊκών πρακτικών και του άγχους στα ΤΑ παιδιά στις συγκεκριμένες οικογένειες.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στα συγκεκριμένα κεφάλαια παρατίθενται η μεθοδολογία της έρευνας, ο σκοπός, το δείγμα και τα ερευνητικά εργαλεία (4^ο κεφάλαιο), τα αποτελέσματα της έρευνας (5^ο κεφάλαιο). Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις σχετικά με το υπό μελέτη θέμα (6^ο κεφάλαιο).

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Ο όροι αυτισμός και εαυτός συνδέονται μεταξύ τους. Κύριο χαρακτηριστικό του αυτισμού είναι η απομόνωση του ατόμου από την ύπαρξή του-εαυτό. Ένας Ελβετός ψυχίατρος χρησιμοποίησε πρώτη φορά το συγκεκριμένο όρο (Bleuer, 1911). Ο ίδιος περιέγραψε τα άτομα με αυτισμό σαν σχιζοφρενείς που δεν είχαν επαφή με την πραγματικότητα. Στη συνέχεια, το 2013, η APA εκδίδει το DSM-V όπου επικρατεί ο όρος ΔΑΦ (Autism Spectrum Disorder- ASD), (Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος).

Το DSM-V (2013) ταξινομεί τα χαρακτηριστικά του αυτισμού σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιγράφει συμπτώματα με σοβαρή δυσχέρεια στην επικοινωνία και την κοινωνική συναλλαγή, στην κοινωνική και συναισθηματική αμοιβαιότητα. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει στερεοτυπικούς, επαναλαμβανόμενους, τελετουργικούς και περιορισμένους τρόπους συμπεριφοράς.

Συνηθισμένα γνωρίσματα του παιδιού με αυτισμό είναι η αποφυγή και η αγνόηση σε οτιδήποτε αφορά αλλαγή πλαισίου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Επίσης, δυσκολεύεται στη διαχείριση πολλών ερεθισμάτων ταυτόχρονα ή στη διεκπεραίωση πολλών πραγμάτων. Ακόμα, εκδηλώνει υπερευαισθησία ή υπό ευαισθησία σε ερεθίσματα αισθητηριακά με αποτέλεσμα να παρουσιάζει άγχος, δυσφορία, σύγχυση, μερικές φορές και πόνο (Lennard-Brown, 2004). Συνηθίζεται πολλές φορές να εμφανίζει δυσκολίες στην αυτοσυντήρησή του, όπως φαγητό, ύπνο, τουαλέτα. Πολλές φορές μέσω της επιθετικότητας που εκδηλώνει προς τους άλλους ή προς τον εαυτό του, χαρακτηρίζεται από έλλειψη αίσθησης του κινδύνου. Μ' αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα στα μέλη της οικογένειάς του. (Jungbauer & Meye, 2008; Κυπριωτάκη, 2009). Επίσης, αντιμετωπίζει δυσκολία στην

κοινωνική σκέψη και κατανόηση που περιλαμβάνει και την αναγνώριση εκφράσεων προσώπου, τη διάκριση και τη μνήμη των προσώπων (Corbett et al., 2009).

Εικόνα 1. Μοντέλο Πολλαπλών Ελλειμάτων



(Bishop, 1989; Goodman, 1989; Boucher, 2006; Happe et al., 2006)

Τέλος, μετα-ανάλυση επιδίδει στα παιδιά με ΔΑΦ, 40% κλινικής σημασίας αγχώδεις εκδηλώσεις (Steensel, 2011). Σύμφωνα με τα παραπάνω, αναλαμβάνονται ευθύνες από τους γονείς προκειμένου να επιληφθούν θέματα διάγνωσης, διατήρησης υγείας, ελέγχου συμπεριφοράς καθώς και υποστήριξης και βοήθειας των παιδιών τους στην καθημερινότητα. Οι ίδιοι, αλλά και τα ΤΑ αδέρφια των παιδιών με ΔΦΑ αναπτύσσουν ψυχολογικά προβλήματα, σε σχέση με τους γονείς των παιδιών που ακολουθούν τυπική ανάπτυξη, λόγω του ότι η ανατροφή ενός παιδιού με αυτισμό συνεπάγεται πολλές προκλήσεις (Stoppelbein, Biasini, Pennick & Greening, 2015; Eapen & Guan, 2016).

Αν και μέχρι σήμερα η αιτιολογία των διαταραχών φάσματος του αυτισμού είναι άγνωστη, οι Gardener et al. (2011) στη μετα-ανάλυσή τους, αναδεικνύουν τους περιγεννητικούς και νεογνικούς ως τους παράγοντες εκείνους που αυξάνουν τον κίνδυνο, καθώς τα άτομα με αυτούς τους συγκεκριμένους παράγοντες, είχαν περισσότερα μέλη της οικογένειας με τον ευρύτερο φαινότυπο αυτισμού. Το ίδιο αναφέρεται σε έρευνα των Ornoy et al. (2015), σύμφωνα με την οποία, η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) που επηρεάζει περίπου το 1% όλων των παιδιών σχετίζεται, εκτός από πολύπλοκους γενετικούς

παράγοντες, με μια ποικιλία προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεννητικών αιτιολογιών.

Η υπόθεση του κοινού κινδύνου υποστηρίχθηκε επίσης από τα ευρήματα μελέτης των Zwaigenbaum et al. (2002) που έδειξαν περισσότερες σύνθετες προγεννητικές, περιγεννητικές και νεογνικές αντιξοότητες σε αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ, τα οποία είχαν υψηλό οικογενειακό φορτίο για τον ευρύτερο φαινότυπο αυτισμού (Zwaigenbaum et al., 2002). Στην παραπάνω μελέτη, συμμετείχαν 78 παιδιά με ΔΑΦ και 88 ΤΑ αδέρφια. Μέσω τυποποιημένης συνέντευξης ρωτήθηκαν οι μητέρες για θέματα που αφορούσαν την εγκυμοσύνη και τη γέννηση και καθορίστηκε ένας συνολικός δείκτης. Τα αποτελέσματα της συνέντευξης κατέδειξαν χαρακτηριστικά σε συγγενείς δευτέρου και τρίτου βαθμού που μοιάζουν με αυτισμό και ονομάζεται «ευρύτερος φαινότυπος αυτισμού».

Πρόσφατες μελέτες, ακόμα υπογραμμίζουν ότι το 10-20% των παιδιών ΤΑ με ΔΦΑ αδέρφια, θα έχουν επίσης ΔΦΑ τα ίδια (Hansen et al., 2019; Ozonoff et al., 2011) σε σύγκριση με τον εθνικό επιπολασμό των ΗΠΑ 2,2% (Maenner et al., 2018). Από τα υπόλοιπα αδέρφια των ατόμων με ΔΦΑ που δεν πληρούν τα κριτήρια για αναπτυξιακή διαταραχή, ένα επιπλέον 20-30% μπορεί, κάποια στιγμή, να επιδείξει άλλες αναπτυξιακές ασυνήθιστες καταστάσεις (Charman et al., 2017; Messinger et al., 2013).

Ακόμα, μελετώντας και σπάνιες μεταλλάξεις και πολύπλοκα γενετικά patterns φάνηκε ότι τα ίδια γονίδια που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτισμού, σχετίζονται με τις κοινωνικές δεξιότητες ατόμων γενικού πληθυσμού. Το παραπάνω εύρημα αποδεικνύει την ύπαρξη συνεχούς (Antaki et al., 2016). Επιπλέον, η μελέτη G-WAS, βρήκε ότι ανάμεσα στα άτομα με αυτισμό και στα αυτιστικά χαρακτηριστικά σε γενικό πληθυσμό, υπάρχει επικάλυψη σε κοινές γενετικές παραλλαγές στα χαρακτηριστικά: παιδική συμπεριφορά, ακαμψία και προσοχή στη λεπτομέρεια. Το γονίδιο MET συνδεόταν με ακαμψία (Bralten et al., 2017).

Επομένως, τα ΤΑ αδέρφια των παιδιών με ΔΦΑ διατρέχουν γενετικά αυξημένο κίνδυνο να έχουν ΔΦΑ, δυσπροσάρμοστες συμπεριφορές και άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις. Ακόμα, τα παιδιά των οποίων ο ένας ή και οι δύο γονείς είναι γενετικοί φορείς αγχώδους διαταραχής, όπως και γονιδίου ΔΦΑ, φαίνεται να παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο στο άγχος και την κατάθλιψη (Petalas et al., 2012; Rutter, 2005).

Αντίστοιχη μελέτη, εξέτασε τη σχέση μεταξύ του ευρύτερου φαινοτύπου αυτισμού Broader phenotype of autism (BAP) και της καταθλιπτικής διάθεσης σε μητέρες με και χωρίς ΔΦΑ παιδιά. Οι πρώτες ανέφεραν μεγαλύτερη καταθλιπτική διάθεση και υψηλότερο γονικό άγχος, από τις μητέρες παιδιών χωρίς ΔΦΑ (Ingersoll et al., 2010). Σύμφωνα με τα προηγούμενα, διαπιστώνεται, πως τόσο οι γονείς, όσο και τα αδέρφια των παιδιών με ΔΦΑ, λόγω των δυσκολιών της ανατροφής και συνύπαρξης στην οικογένεια ενός παιδιού με αυτισμό, επιβαρύνονται περισσότερο, από τους γονείς παιδιών ΤΑ, και επομένως απαιτείται επιπλέον χρόνος, προσπάθεια και υπομονή με αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους και συναισθηματικών δυσκολιών (Eapen, 2016; Eapen & Guan, 2016; Stoppelbein et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Αγχώδεις Διαταραχές στην Παιδική & Εφηβική Ηλικία

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες. Το άγχος μερικές φορές είναι ωφέλιμο σε ορισμένες καταστάσεις (Parekh, 2017). Ωστόσο, το υπερβολικά υψηλό επίπεδο άγχους επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή και έκπτωση των κοινωνικών και άλλων περιοχών της λειτουργικότητας (McEwen, 2017; DSM-5, 2013).

Οι Reef et. al (1983) ερεύνησαν τη συνέχεια της ψυχοπαθολογίας σε δείγμα 2076 παιδιών χρησιμοποιώντας το Child Behaviour Checklist (CBCL). Με παρέλευση 24 ετών τα το άγχος/κατάθλιψη, η επιθετικότητα και η παραβατικότητα, ήταν οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην ενηλικίωση (Reef et al., 1983). Ακόμα, ο Costello et al. (2003), παρακολούθησε παιδιά 9-13 ετών μέχρι τα 16 έτη. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγχωδών διαταραχών κάνει εμφάνιση στα 9-10 έτη, ενώ παρουσιάζει ύφεση στα 12 έτη.

Τέλος, το 2007, βάση αποτελεσμάτων της μακροχρόνιας μελέτης 4627 ατόμων της Medical Research Council National Survey of Health & Development, προέκυψαν ξεχωριστά προφίλ με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στη διάρκεια ζωής. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα που μετρήθηκαν αφορούσαν άγχος και κατάθλιψη στις ηλικίες 13, 15 και μεγαλύτερα έτη και εξετάστηκαν επίσης προγνωστικοί δείκτες για την πρόιμη παιδική ηλικία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 44,8% του δείγματος μέχρι τα 53 του έτη, δεν εμφάνισε συμπτώματα, το 33,6% είχε συμπτώματα με μέτρια βαρύτητα, το 11,3% με μέτρια συμπτώματα τα οποία είχαν έναρξη στην ενηλικίωση. Αν και το 5,8% συμπτώματα εμφάνισε συμπτώματα χαρακτηριστικά της εφηβείας, ωστόσο καλής έκβασης στην ενηλικίωση, το 2,9% είχε σοβαρά συμπτώματα με έναρξη στην ενηλικίωση και τέλος το 1,7%

επαναλαμβανόμενα σοβαρά συμπτώματα στη διάρκεια της ζωής. Τα παραπάνω ευρήματα, υπογραμμίζουν τη συνέχεια των διαταραχών άγχους στην ενήλικη ζωή (Colman et al., 2007).

2.2 Κατηγορίες Διαταραχών Άγχους.

Παιδιά και έφηβοι με αγχώδη διαταραχή, εσωτερικεύουν τα προβλήματά τους. Η εσωτερικευση τους δημιουργεί ανησυχία, απόσυρση, απομόνωση, φοβίες και σωματικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας στις ΗΠΑ σε πληθυσμό 10.123 εφήβους με ηλικία 13-18 ετών αναφέρουν ότι ποσοστό 1/3 εφηβικού πληθυσμού και συγκεκριμένα 31,9% πληρούσε τα κριτήρια μιας τουλάχιστον αγχώδους Διαταραχής. Συγκεκριμένα το 2,2% εμφάνισε Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (ΓΑΔ), ενώ το 19,3% Ειδική Φοβία (ΕΦ). Ως αναφορά στο φύλο υπήρξε υπεροχή στα κορίτσια (Merikangas et al., 2010).

Η Μελέτη της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρικής Σχολής, του Πανεπιστημίου Αθηνών, αξιολόγησε το άγχος σε δείγμα με 696 έφηβους μαθητές από τρία Λύκεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι μετά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων άγχους του Spielberg (State-Trait Anxiety Inventory) και της συλλογής και καταγραφής των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, το 47,4 και 46,6 αντίστοιχα στις δύο κλίμακες πληρούσαν τα κριτήρια κάποιας αγχώδους διαταραχής. Τέλος, Εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία 2013-2014 βρήκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονταν πιο συχνά στα παιδιά και εφήβους (6,9%) με πιο συχνή την κοινωνική φοβία, δεύτερη πιο συχνή τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, τρίτη τη ΓΑΔ και τέλος την ψυχαναγκαστική διαταραχή (Rikkens et al., 2016).

Συχνότητα και Μέση Ηλικία Έναρξης των διαταραχών άγχους σε Παιδιά & Εφήβους

Διαταραχή	Συχνότητα στο γενικό πληθυσμό (%)	Μέση Ηλικία Έναρξης (χρόνια)
Ειδική Φοβία	2-4	7-9 έτη
Διατ. Άγχους Αποχωρισμού	6-12	7-8 έτη
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	3-6	10-14 έτη
Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους	1-3	Πρώτα έτη της Εφηβείας
Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή		13-15 έτη
Σχολική Φοβία	1-2	10-14 έτη

Atkinson & Hornby, 2002

Το διαγνωστικό εγχειρίδιο (DSM-5), αναφέρει τις εξής κατηγορίες διαταραχών άγχους με τα παρακάτω κλινικά γνωρίσματα:

α. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (ΔΑΑ). Κατά τη ΔΑΑ το παιδί-έφηβος νιώθει αναπτυξιακά υπερβολικό φόβο ή αίσθημα άγχους κατά τον αποχωρισμό από τα άτομα με τα οποία είναι προσκολλημένο και προκαλεί σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική και άλλες σημαντικές πτυχές της λειτουργικότητας. Στα μικρότερα παιδιά ίσως εμφανιστεί σχολική άρνηση. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να έχουν ανησυχία για άλλες καταστάσεις, όπως φόβο μήπως εμπλακούν οι γονείς τους σε ατύχημα, ή μήπως τα απαγάγουν.

Τέλος, συχνά το παιδί - έφηβος εκδηλώνει παράπονα σωματικών ενοχλημάτων και ανησυχία για μελλοντική εμφάνιση κακού στα πρόσωπα με τα οποία συμβιώνει συναισθηματικά (Durbano, 2015; Hirshfeld-Becker DR & Biederman, 2002). Τα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΑΦ έχει βρεθεί ότι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους αποχωρισμού (Lobato et al., 2011). Η ΔΑΑ επηρεάζει περίπου το 4% των παιδιών, συμβαίνει πιο συχνά σε παιδιά <12 ετών (APA-2013), αλλά οι περιπτώσεις παιδικής ηλικίας τείνουν να είναι πιο

σοβαρές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και ο σύντομος αποχωρισμός μπορεί να προκαλέσει πανικό. (Shear et al., 2006).

β. Ειδική Φοβία (ΕΦ) Το κύριο σύμπτωμα του παιδιού-εφήβου στην ΕΦ, είναι ο υπερβολικός και επίμονος φόβος σε συγκεκριμένο ερέθισμα. Το παιδί αποφεύγει αυτό το ερέθισμα, ή το υπομένει με μεγάλη δυσφορία (DSM-5, 2013; Κολαίτης, 2020). Έχει βρεθεί, ότι τα ΤΑ αδέρφια, μπορεί να είναι γενετικά ευάλωτα στην ανάπτυξη διαταραχών που περιλαμβάνουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως άγχος και φοβίες (Bailey et al., 1998; Bolton et al., 1998; Smalley, 1997). Επιπλέον, τα αδέρφια των παιδιών με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ) λαμβάνουν συχνότερες διαγνώσεις ψυχιατρικών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών από ό,τι τα αδέρφια υγιών ομάδων ελέγχου. Μελέτη κοόρτης, απέδειξε ότι τα ΤΑ αδέρφια των παιδιών με ΔΑΦ έδειξαν αυξημένα ποσοστά όλων των διαταραχών έναρξης της παιδικής ηλικίας που ερευνήθηκαν και συναισθηματικών διαταραχών, αγχώδων διαταραχών και άλλων νευρωτικών διαταραχών (Olkoniemi et al., 2016).

Η μελέτη των Vallance et al. 2008, αναδεικνύει ότι το 2%-4% των παιδιών εμφανίζουν συμπτώματα ειδικής φοβίας. Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 5%-10% και σε κλινικό δείγμα παιδιών με αγχώδεις διαταραχές περίπου στο 15%. Τέλος, βρέθηκε ότι περισσότερες φοβίες εμφανίζουν τα κορίτσια (Keeley & Storch, 2009; Lydon et al., 2015; May et al., 2013).

γ. Διαταραχή Πανικού (ΔΠ)-Αγοραφοβία. Χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα της ΔΠ είναι οι επανειλημμένες και απροσδόκητες προσβολές έντονου φόβου μέσα σε λίγα λεπτά. Το παιδί και ο έφηβος ίσως βιώνει και παραισθησίες ή αίσθημα αποπραγματοποίησης. Ακόμα, συνοδά συμπτώματα ίσως είναι ο φόβος απώλειας ελέγχου ή επερχόμενης τρέλας (DSM-5, 2013; Κολαίτης, 2020).

Ωστόσο, τα μικρότερα παιδιά δεν αναπτύσσουν την ικανότητα να σκέφτονται για το μέλλον (π.χ πως θα είναι εάν πεθάνω), γι' αυτό διάφοροι μελετητές ανέφεραν ότι τα μικρά παιδιά δεν βιώνουν πανικό (Chorpita et al., 1996), ωστόσο αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από άλλες έρευνες (APA, 2003). Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό βρίσκεται πολύ χαμηλά (<0,4%), ενώ πιο υψηλά κυμαίνεται στους εφήβους, όπου μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους, όπως η περίοδος εισαγωγής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, ίσως πυροδοτήσουν πανικό (APA, 2013). Έχει παρατηρηθεί πως οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά με ΔΦΑ, είναι πιο πιθανό να μεγαλώσουν τα αγχώδη παιδιά με κρίσεις πανικού, λόγω της αδυναμίας διαχείρισης του πανικού, επομένως αδυνατούν να βοηθήσουν και τα παιδιά τους στη διαχείριση των συμπτωμάτων του (Barnes, 2009; Calderón, 2008; Horowitz, 2008; Lee, 2009).

Χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα της αγοραφοβίας είναι ο έντονος φόβος ή άγχος, όταν το παιδί χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς (Μ.Μ.Μ), όταν βρίσκεται σε ανοιχτούς ή κλειστούς χώρους (DSM-5, 2013; Κολαίτης, 2020). Το ποσοστό στα παιδιά είναι χαμηλά, ενώ αυξάνεται σταδιακά στην εφηβεία.

δ. Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ). Το κύριο σύμπτωμα της ΔΓΑ είναι το υπερβολικό άγχος που επιμένει, η υπερβολική ανησυχία και η δυσκολία από το παιδί-έφηβο διατήρησης του ελέγχου. Συνηθισμένη ηλικία που εμφανίζεται είναι τα 10-12 έτη. Έρευνα στη Δανία σε 755 παιδιά που μελέτησε πως κατανέμονται οι διαταραχές άγχους, βρήκε ότι τα αγόρια στη σχολική ηλικία και τα έφηβα κορίτσια εμφανίζουν μεγάλο άγχος (Esbjorn et., 2010). Ακόμα, τα αδέρφια τα παιδιών με ΔΦΑ, ανησυχούν για διάφορα μελλοντικά γεγονότα και άγνωστες καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος (Benderix et al., 2007; Corsano et al., 2017). Τέλος, βρέθηκε σε παιδιά μικρότερα των 17 ετών, διαταραχή άγχους αποχωρισμού με την εμφάνιση ΓΑΔ (Ivarsson et al., 2008; Lefkowitz et al., 2007; Petalas et al., 2012; Pine et al., 2008; Tsai et al., 2018). Ο επιπολασμός κυμαίνεται από 2,7% έως 4,6% (DSM-5, 2013; Κολαίτης, 2020).

ε. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (ΔΚΑ). Κλινικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της ΔΚΑ είναι ο έντονος και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων. Ακόμα, χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο φόβος σε καταστάσεις στις οποίες το παιδί ή ο έφηβος θα πρέπει να εκτεθεί και νιώθει ότι θα υποστεί εξουχιστικό έλεγχο. Τα παιδιά μπορεί να εμφανίζουν κλάμα, πάγωμα, ενώ τόσο τα παιδιά και οι έφηβοι, αποτυχία να μιλήσουν σε κοινωνικές συνθήκες (APA, 2013). Συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης είναι των 11-13 ετών (πρώιμη εφηβεία). Επιπλέον, τα παιδιά ηλικίας 6-11 ετών ξεκινούν το σχολείο, μαθαίνοντας να ζουν σε ένα νέο περιβάλλον. Η κατανόηση του αυτισμού του αδελφού/ή τους από τους άλλους, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αύξηση του άγχους και κατά επέκταση σε κοινωνικό άγχος, καθώς τα ΤΑ αδέρφια μπαίνουν στο σχολείο και φοβούνται πώς οι συνομήλικοι θα αξιολογήσουν την οικογένειά τους (Beesdo et al., 2009). Επιπλέον, τα ΤΑ αδέρφια των αυτιστικών παιδιών είναι πιο πιθανό από τα αδέρφια παιδιών χωρίς τη συγκεκριμένη διαταραχή, να αποσυρθούν και να έχουν φτωχές κοινωνικές δεξιότητες (Wright, 2018).

στ. Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ). Σύμφωνα με το DSM-2013, οι επίμονες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή και εικόνες που βιώνονται ως ανεπιθύμητες, αποτελούν τις εμμονές-ιδεοληψίες, ενώ οι επαναλαμβανόμενες πράξεις στις οποίες προβαίνει το παιδί-έφηβος προκειμένου να εξουδετερώσει αυτές τις σκέψεις, αποτελούν τους καταναγκασμούς. Τα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους, ίσως να μην μπορούν να κατανοήσουν το σκοπό των παραπάνω πράξεων (APA, 2013). Συνήθως εμφανίζεται στη μέση εφηβεία, 13-15 έτη.

Οι ΔΑΦ έχουν συνοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη (20%), προβλήματα εξωτερίκευσης, διαταραχή πρόσληψης τροφής, κατάχρησης ουσιών και σχολική άρνηση (Μπεζεβέγκης, 2009). Τέλος, τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα άγχους και ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής

διαταραχής λόγω γονικών χαρακτηριστικών όπως συμβαίνει και με τον ευρύτερο φαινότυπο αυτισμού (BAP) (Huang et al., 2022; Hurley et al., 2007).

ζ. Σχολική Φοβία

Από τη θετική προσαρμογή στη ΣΧΟΛΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Θετική Προσαρμογή +	Σχολική Φοβία -
<p>Χαρά Υψηλό κίνητρο για μάθηση Δημιουργικότητα Υψηλή Αυτοεκτίμηση Υψηλή Αυτοαποτελεσματικότητα</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Το παιδί φοιτά στο σχολείο χωρίς προβλήματα</p>	<p>Στεναχώρια/λύπη/άγχος Χαμηλό κίνητρο για μάθηση Έλλειψη Δημιουργικότητας Χαμηλή Αυτοεκτίμηση Χαμηλή Αυτοαποτελεσματικότητα</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Το παιδί αποφεύγει τη φοίτηση Η αποφυγή μειώνει το άγχος και ενισχύει το πρόβλημα</p>

Καλαντζή & Σοφianoπούλου, 2016

Η έναρξη της σχολικής φοβίας γίνεται για πρώτη φορά και πολύ πιο έντονα με την έναρξη της φοίτησης του παιδιού στο σχολείο. Ωστόσο, καθώς το παιδί βαδίζει στην εφηβεία, δυσκολεύεται στην ανεξαρτητοποίησή του από την οικογένεια, και νιώθει μειονεκτικά σε σχέση με ότι έχει να κάνει της παρακολούθησης των μαθημάτων, της επίδοσης εξετάσεων, και επομένως τη μελλοντικής επαγγελματικής του επιτυχίας. Έχει βρεθεί ότι τα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΑΦ, πολλές φορές εμφανίζουν ακαδημαϊκές και άλλες δυσκολίες (Gonela, 2006).

2.3 Κλινική Εικόνα του Άγχους στα ΤΑ Αδέρφια Παιδιών με ΔΦΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται με μεγάλη συχνότητα στα παιδιά και τους εφήβους (3-18%), (DSM-5, 2013; Κολαίτης, 2020). Για πρώτη φορά Αμερικανοί ψυχολόγοι, παιδαγωγοί και κοινωνιολόγοι ασχολήθηκαν με το θέμα στη δεκαετία του '80. Οι ίδιοι χαρακτηρίζουν τα αδέρφια ΤΑ, ως «ομάδα κινδύνου», η οποία είναι ευάλωτη για ψυχικές διαταραχές.

Ωστόσο, πρόσφατα, έχει υπάρξει το ενδιαφέρον στην έρευνα για τα παιδιά ΤΑ με αδέρφια στο φάσμα (Brien et al., 2009; Δροσινού- Γαλάνη, 2014; Ζώνιου- Σιδέρη, 2011; Green, 2013; McHale et al., 2016; Meadan et al., 2010; Shivers et al., 2019; Smith & Elder, 2010; Tsao et al., 2012; Thomas et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, οι Giallo et al. (2012) διαπίστωσαν ότι το 15% των αδερφών (ηλικίας 10-18 ετών) ΤΑ ήταν σε κίνδυνο ή στο κλινικά σημαντικό εύρος για συναισθηματικές δυσκολίες. Σε σχέση με τα παιδιά που δεν έχουν αδέρφια στο φάσμα του αυτισμού, τα ΤΑ αδέρφια, έχει βρεθεί ότι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα διαταραχής άγχους αποχωρισμού (Lobato et al., 2011), συναισθηματικών προβλημάτων (Petalas et al., 2009) και εσωτερικευμένες συμπεριφορές (Fisman et al., 2000). Επιπλέον, στην μελέτη των Hallett et al. (2013), βρέθηκαν διαταραχές άγχους και κοινωνικής φοβίας σε παιδιά ΤΑ, τα οποία μπορεί να μοιάζουν με το αυτιστικό προφίλ (Ivarsson & Melin, 2008; Pine et al., 2008). Τα ευρήματα αυτά κάνουν φανερή τη σχέση που υποδηλώνεται μεταξύ των διαταραχών άγχους γενικότερα και των ΔΦΑ (Hallett et al., 2013).

Ικανοποιητικός αριθμός σύγχρονων ερευνών, έχουν επιβεβαιώσει τις συναισθηματικές και αγχώδεις δυσκολίες που δημιουργεί η συμβίωση ενός παιδιού με ΔΦΑ στα ΤΑ αδέρφια του (Cridland et al., 2016; Hastings et al., 2014; Mandlaco & Webb, 2015; McHale 2016; Tomeny et al., 2017; Tsai et al., 2017). Σε έρευνα παιδιών ΤΑ με αδέρφια ΔΦΑ βρήκαν αυξημένες ανησυχίες για το μέλλον (Benderix & Sivberg, 2007; Corsano et al., 2017; Mascha & Boucher, 2006; Lefkowitz et al., 2007; Παυλοπούλου & Δημητρίου, 2020; Petalas et al., 2012; Tsai et al., 2018) και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ενώ οι Cassel et al. (2007) ερευνώντας παιδιά με ΤΑ με αδέρφια με ΔΦΑ, παρατήρησαν ότι τα πρώτα χαμογελούν λιγότερο σε σχέση με τα παιδιά ΤΑ που δεν έχουν αδέρφια με ΔΦΑ.

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 69 μελετών διαπιστώθηκε ότι τα ΤΑ αδέρφια είχαν χειρότερα αποτελέσματα στην κοινωνική, συναισθηματική, συμπεριφορική και ψυχολογική

λειτουργία, από τις ομάδες ελέγχου (Shivers et al., 2019).

Επιπλέον, μελετώντας την ψυχοφυσιολογική επίδραση του αυτισμού στα ΤΑ αδέρφια, οι Lovell & Wetherell (2016), διαπίστωσαν ότι λόγω των δυσκολιών της συμπεριφοράς των αδερφών στο φάσμα, είναι συχνό το φαινόμενο τα ΤΑ αδέρφια να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Από τις λίγες έρευνες που διεξήχθησαν σε ελληνικό πληθυσμό σχετικά με την ψυχοπαθολογία παιδιών ΤΑ, που έχουν αδερφό-η με ΔΦΑ, διαπιστώθηκε ότι τα ΤΑ αδέρφια εμφανίζουν πιο παθητικές προσωπικότητες, συγκριτικά με τα αδέρφια παιδιών με άλλη αναπηρία, καθώς οι ρόλοι της φροντίδας και υπευθυνότητας που μαθαίνουν και της γονεϊκής συμπεριφοράς, τα μαθαίνουν να λειτουργούν σε πιο ενεργητικό ρόλο (Tsampanli et al., 2011).

Σε αντίθεση, με τα προηγούμενα, άλλες μελέτες, βρήκαν ότι τα αδέρφια ΤΑ αποκόμισαν θετική επίδραση από τη σχέση με τον αδερφό-η τους με ΔΦΑ στα δικά τους προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως η αυξημένη ενσυναίσθηση και κατανόηση (Angell et al., 2012; Chan & Goh, 2014; Corsano et al., 2017; Cridland et al., 2016; Gorjy et al., 2017; Παυλοπούλου & Δημητρίου, 2019; Petalas et al., 2012; Ward et al., 2016). Επιπλέον, έρευνες έχουν αναδείξει την τάση υψηλότερης κοινωνικής ικανότητας που έχουν τα αδέλφια ΤΑ παιδιών με αυτισμό να αποδίδουν στους εαυτούς τους, σε σχέση με τα ΤΑ αδέλφια παιδιών χωρίς ΔΦΑ (Verte et al., 2003). Τέλος, σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που εστιάζονταν στη σχέση αδελφών ΤΑ και ΔΦΑ (Banda, 2015; Saxena & Adamsons, 2013), βρέθηκε ότι τα αδέρφια ΤΑ βιώνουν πολλές και ιδιαίτερες εμπειρίες όταν συμβιώνει με έναν αδελφό ή αδελφή με ΔΦΑ. Ακόμα, βιώνουν πολλαπλά συναισθήματα (Petalas et al., 2012).

Ωστόσο, δεν ήταν όλα τα ευρήματα συνεπή, έτσι ώστε αρκετές μελέτες δεν παρατήρησαν καμία επίδραση (Benson & Karlof, 2008; Tomeny et al., 2012), προσαρμοστική ή μη προσαρμοστική (Macks & Reeve, 2007) στην ψυχολογική λειτουργία των ΤΑ αδελφών. Λόγω αυτών των ασυνεπών ευρημάτων υπογραμμίζεται η ανάγκη για επιπλέον έρευνα στον τομέα. Επομένως, η υπόθεση που τόσο διαδίδεται, ότι δηλαδή το να έχει κανείς

παιδί με ΔΦΑ, είναι όλα καταστροφή και στεναχώρια, ίσως χρειάζεται να αμφισβητηθεί (Watson et al., 2021).

Τέλος, πολλά ερευνητικά ευρήματα δηλώνουν ότι ορισμένα ΤΑ αδέρφια αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα ψυχολογικής προσαρμογής από άλλα παιδιά. Ωστόσο οι αρνητικές επιδράσεις δεν είναι σε καμία περίπτωση αναπόφευκτες ή καθολικές. Κατόπιν των παραπάνω, είναι σημαντικό να υπογραμμίζονται επίσης οι θετικές προοπτικές και ο θετικός αντίκτυπος (Hasting, 2016; Kovshoff et al., 2017).

2.4 Τα Προβλήματα Εσωτερικευσης στα Παιδιά και τους Εφήβους

Ένα από τα σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας είναι η Κατάθλιψη. Σύμφωνα με το DSM-5, κατάθλιψη βιώνει το παιδί ή ο έφηβος, όταν το συναίσθημα είναι κάτι παραπάνω από θλίψη, δηλαδή είναι ένα επίμονο συναίσθημα θλίψης, το οποίο δεν υποχωρεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το παιδί-έφηβος παρουσιάζει δυσκολίες στον τρόπο σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα παραπάνω επηρεάζεται σοβαρά η λειτουργικότητά του σε όλα τα περιβάλλοντα, καθώς και στην αλληλεπίδρασή του με τους σημαντικούς άλλους (DSM-5). Στην μακροχρόνια μελέτη του Maudsley, το διάστημα 1970-1983, 149 άτομα με μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ), επαναξιολογήθηκαν 20 έτη μετά. Το 62,4% διαγνώστηκε με ΜΚΔ που είχε υποτροπιάσει και 75,2% έλαβε επίσης διάγνωση με άλλης μορφής κατάθλιψη (Fombonne et al., 2001). Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η κατάθλιψη στους εφήβους παρουσιάζει κινδύνους να διαγνωστεί το άτομο με κατάθλιψη ως ενήλικας. Πιο συγκεκριμένα στους εφήβους, η βιβλιογραφία έχει από καιρό αναγνωρίσει την εφηβεία ως μια ιδιαίτερα σημαντική αναπτυξιακή περίοδο, με το πρότυπο «καταιγίδας και άγχους» πιο πιθανό να εμφανίζεται στην εφηβεία, παρά σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία (Rew et al., 2014).

Μορφές κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους, είναι οι παρακάτω:

α. Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση (θλίψη, συγκινησία και απόγνωση ως αντίδραση σ' ένα πρόσφατο συγκεκριμένο στρεσογόνο παράγοντα).

β. Δυσθυμική Διαταραχή (ήπια κατάθλιψη) καταθλιπτική διάθεση (οξυθυμία) εμμένει για τουλάχιστον ένα έτος + 2 (απώλεια ευχαρίστησης σε δραστηριότητες, συναισθήματα αναξιοσύνης και κόπωση)/ πιο μακροχρόνια πορεία και πρόιμη έναρξη.

γ. Μείζον κατάθλιψη (κλινική κατάθλιψη) 5 ή > συμπτώματα διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων

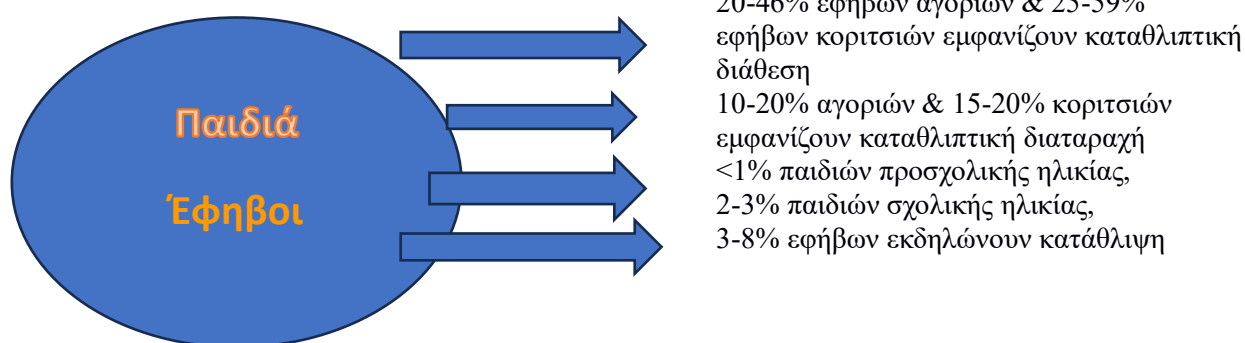
δ. Διπολική Διαταραχή

Η Κλινική εικόνα της κατάθλιψης είναι διαφορετική αναλόγως του αναπτυξιακού σταδίου που εισέρχεται το παιδί, ενώ σύμφωνα με το ABC θεωρητικό μοντέλο, υπάρχουν συγκεκριμένες αναπτυξιακές σχέσεις ανάμεσα στους Συναισθηματικούς, Βιολογικούς & Γνωστικούς παράγοντες ευαλωτότητας οι οποίοι συμβάλλουν στην κατάθλιψη κατά την εφηβεία. Συγκεκριμένα βιολογικοί παράγοντες ευαλωτότητας → συναισθηματικούς παράγοντες ευαλωτότητας στην παιδική ηλικία → γνωστική ευαλωτότητα κατά την εφηβεία (Hayde et al., 2008).

Παιδική Ηλικία	Εφηβική Ηλικία
Θλίψη, ακεφιά, ευ συγκινησία (εύκολα κλάματα), άγχος/ φόβος αποχωρισμού, αίσθημα πλήξης, ψυχοσωματικά συμπτώματα – κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες. Σχολική αποτυχία/ μείωση της σχολικής επίδοσης – έλλειψη κινήτρου, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής.	Λεκτική εξωτερίκευση συναισθημάτων στεναχώριας, δυσφορίας, απελπισίας, ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης. Χαμηλή αυτοεκτίμηση – επικριτικά σχόλια για τον εαυτό «είμαι βλάκας, χαζός, κανείς δε με αγαπάει, είμαι αντιπαθητικός». Απότομη αλλαγή της διάθεσης. Αδιαφορία και βαρεμάρα ψυχοκινητική επιβράδυνση και

Παιδική Ηλικία	Εφηβική Ηλικία
Κοινωνική απόσυρση, ελάττωση των ενδιαφερόντων και του παιχνιδιού και ευερεθιστότητα.	αυξομείωση βάρους (τα προβλήματα στη λήψη τροφής μπορεί να αγγίζουν τα όρια νευρικής ανορεξίας ή βουλιμίας).)
Δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις-αδυναμία να αντέξουν ακόμα και μικρές ματαιώσεις.	Προβλήματα ύπνου. Χρήση ουσιών/αλκοόλ Αυτοκτονικός ιδεασμός.

Στην Ελλάδα, στην έρευνα (Μαδιανός, 1993) με δείγμα 1316 εφήβων οι οποίοι είχαν ηλικία 12-17 βρέθηκε αυξημένη βαθμολογία στην κατάθλιψη 20.3%.



Ακολούθως, στα πλαίσια της KIDSSCTEEN (2009), με συμμετοχή 13 χωρών ΕΕ, σε δείγμα 1.174 παιδιών από την Ελλάδα, προέκυψε ότι 5% των αγοριών και 12% των κοριτσιών είχαν βαθμολογία στο CDI>15. Τέλος, η μελέτη του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ το 2010, σε δείγμα 713 μαθητών 15-18 ετών, έδειξε ότι τα κορίτσια υπερείχαν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ τα αγόρια περισσότερα συμπτώματα με την πρόοδο της ηλικίας.

2.5 Προβλήματα Εσωτερικευσης-Εξωτερικευσης στα Παιδιά-Εφήβους ΤΑ

Τα ΤΑ αδέρφια, παιδιών με ΔΦΑ, συχνά διαπιστώνεται ότι πέρα από το άγχος, παρουσιάζουν και συμπτώματα κατάθλιψης συγκρίνοντάς τα με τα παιδιά ΤΑ που δεν έχουν αδέρφια στο φάσμα (Barlow et al., 2006; Shivers, 2017; Vermaes et al., 2012). Ακολούθως, τα αδέρφια ΤΑ που έχουν αδερφό-η στο φάσμα, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα συναισθηματικά

προβλήματα και συνολικά συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με οικογένειες στις οποίες μεγαλώνουν μόνο ΤΑ αδέρφια (Lovell et al., 2016).

Ωστόσο, οι Verte et al. (2003) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως μεγαλύτερο αριθμό εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων, καθώς και προβλημάτων συμπεριφοράς παρουσιάζουν οι ηλικίες 6-11 ετών στα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ, σε σύγκριση με παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Επιπλέον, στις οικογένειες ΔΦΑ με αδέρφια ΤΑ, το φύλο των αδελφών δε φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη, αν και συνήθως έχει βρεθεί ότι στις αδελφές ανατίθενται επιπλέον υποχρεώσεις που έχουν να κάνουν με τη συμβίωση με τα ΔΑΦ αδέρφια τους και τις εργασίες στο σπίτι (Gold, 1993; Mates, 1990).

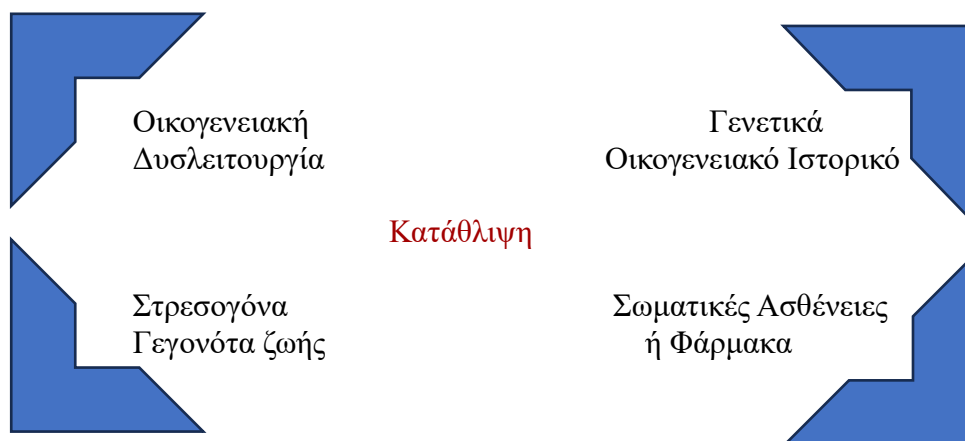
Συγκεκριμένα, σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι τα κορίτσια με αδέρφια με ΔΦΑ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους, συγκριτικά με αγόρια-αδερφούς παιδιών με ΔΦΑ, λόγω τους παρουσίας σημαντικών στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή τους (Orsmond, Lid & Seltzer 2009). Ωστόσο, οι Verte et al. (2003) και Al-Ma'aytah et al. (2012) διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια αναπτύσσουν πιο θετική στάση απ' τα αγόρια.

Επιπλέον, έρευνες έχουν καταδείξει τα οφέλη της καλύτερης προσαρμογής που έχουν τα ΤΑ αδέρφια προερχόμενα από πολυπληθείς οικογένειες (Bauminger & Yinniya, 2001), ενώ χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι επίσης το συναίσθημα της λιγότερης ντροπής και αμηχανίας σε σύγκριση με αδέρφια προερχόμενα από πιο μικρές οικογένειες (McHale et al, 1986).

Ωστόσο, διαφορετικής μορφής ήταν τα αποτελέσματα νεότερης έρευνας, όπου μεγαλύτερες σε μέλη οικογένειες είχαν ως χαρακτηριστικό μεγαλύτερη καθυστέρηση στην κοινωνικοποίηση των αδελφών (Meadan et al., 2010; Tsao et al., 2012). Επιπλέον, άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το μέγεθος της οικογένειας δεν επηρεάζει το πως τα αδέρφια προσαρμόζονται στο σπίτι-σχολείο (Kaminsky & Dewey, 2001), ενώ οι Petalas et al. (2012) βρήκαν, ότι ο βαθμός λειτουργικότητας του αυτιστικού αδερφού και τα

προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων, οδήγησαν σε αύξηση του επιπέδου των προβλημάτων συμπεριφοράς, στα αδέρφια ΤΑ.

Από τη στιγμή που στην οικογένεια έρχεται η διάγνωση ΔΦΑ, διαταράσσεται το οικογενειακό περιβάλλον. Τα συναισθήματα που νιώθουν τα ΤΑ αδέρφια, πολλές φορές, τους δημιουργούν σύγχυση και αμηχανία, ακόμα δυσκολεύονται στην αλληλεπίδραση με τα οικεία πρόσωπα του περιβάλλοντος τους. Συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες και θέματα σχολικής διαρροής με το σχολείο και γενικότερα με τη μάθηση. (Γκονέλα, 2006).



Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να διατηρείται η καλή υγεία-ευεξία των γονέων, προκειμένου να αναπτύσσεται η βέλτιστη φροντίδα στα παιδιά (Benson & Karlof, 2008; Davis et al., 2008; Dua, 2008; Jennifer et al., 2009).

2.6 Γονεϊκό Στρες

Το Πανεπιστήμιο του Κάνσας αναφέρει τον εξής ορισμό για την οικογένεια: Η οικογένεια αποτελείται από εκείνους τους ανθρώπους που έχουν στενές καθημερινές σχέσεις. Τα μέλη της οικογένειας αλληλοϋποστηρίζονται και συνδέονται μεταξύ τους βιολογικά και συναισθηματικά (Rillotta et al., 2011). Ακόμα, η Φραγγογιάννη (2016) υποστηρίζει, ότι η οικογένεια σχετίζεται όχι μόνο με τα άτομα, που την απαρτίζουν και με το χώρο που μοιράζονται, αλλά και με την ύπαρξη συγκεκριμένων ιδιοτήτων, κανόνων, ρόλων, μορφών

επικοινωνίας και τρόπων επίλυσης προβλημάτων. Στη συνέχεια, η Στεργιοπούλου (2017) υποστηρίζει ότι η οικογένεια αποτελεί το σημαντικότερο πεδίο για τη ανάπτυξη, τόσο φυσική, όσο και ψυχική των μελών της.

Η έννοια «Γονεϊκό στρες» τα τελευταία χρόνια έχει προσελκύσει πλούσιο ερευνητικό ενδιαφέρον και ακολουθεί τις θεωρητικές προσεγγίσεις (Amireh, 2018; Estes et al., 2013; Hayes & Watson, 2013; Picardi et al., 2018). Σύμφωνα με τη Hill (1958) το στρες στην οικογένεια χαρακτηρίζεται κρίση. Είναι μια σημαντική συνθήκη όπου τα μέλη της οικογένειας δεν έχουν προετοιμαστεί καθόλου ή έχουν προετοιμαστεί σε μικρό βαθμό. Το παραπάνω συμβαίνει με την ανακοίνωση της διάγνωσης στους γονείς, σε περίπτωση παιδιού με ΔΦΑ, ενώ οι δυσκολίες μπορεί να προκαλέσουν σημαντικό αντίκτυπο σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς τομείς λειτουργίας (WHO, 2018).

Οι Crinc & Greenberg (1990) πληροφορούν για τι καθημερινές ματαιώσεις και τις απαιτήσεις που πηγάζουν από την καθημερινή αλληλεπίδραση ενός παιδιού, κάτι που εμφανίζεται καθημερινά στις οικογένειες με ΔΦΑ. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις (Easter et al., 2015; Hayes & Watson, 2013) και μελέτες ανασκόπησης αποδεικνύουν ότι το άγχος φροντίδας σχετίζεται με ψυχολογικά προβλήματα (Cousino & Hazen, 2013; Fairthorne et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, οι Fernandez-Alcantara et al. (2016) βρήκαν ότι κυριαρχούσαν βασικά συναισθήματα των γονέων όπως σοκ, άρνησης, φόβου, ενοχής, θυμού, θλίψης, καθώς και αβοηθησίας και αγωνίας, λόγω της απροσδόκητης απώλειας του παιδιού. Επιπλέον, άγχος και θυμός δημιουργείται στους γονείς όταν νιώθουν ότι οι ειδικοί και συγγενείς δεν λειτουργούν βοηθητικά στην αγωνία που έχουν για το μέλλον του παιδιού τους (Williams & Wright, 2004).

Σε έρευνα στην Ελλάδα, με βάση την έρευνα των Gatzoyia et al. (2014) αξιολογήθηκε δείγμα 111 Ελλήνων γονέων ατόμων με ΔΦΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ποσοστό 34,2 %

εμφάνισης μέτριων έως σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ποσοστό 55,0 % μέτριας έως σοβαρής γενικής ψυχολογικής καταπόνησης. Τα πιο σοβαρά συμπτώματα φάνηκε να παρουσιάζουν οι μητέρες.

Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη της Βίλλη (2018) με συμμετέχοντες γονείς παιδιών με αυτισμό και γονείς παιδιών ΤΑ, αναδεικνύει ευρήματα με ενδιαφέρον. Χαρακτηριστικά, μεγαλύτερο ποσοστό στρες, κατάθλιψης και άγχους παρουσίασαν οι γονείς που είχαν παιδιά στο φάσμα, καθώς και αρνητικό θυμικό συγκριτικά με τους γονείς εκείνους που δεν είχαν παιδιά ΔΑΦ, παρά μόνο ΤΑ παιδιά. Παρόμοια με τα παραπάνω είναι και τα ευρήματα των Karaivazoglou et al. (2018), σε δείγμα οικογενειών παιδιών με ΔΦΑ, η οποία έδειξε υψηλή συναισθηματική επιβάρυνση των μητέρων, καθώς και μεγάλη οικογενειακή επιβάρυνση των οικογενειών αυτών (Ntre et al., 2018).

Μια σημαντική περιοχή, ακόμα που σχετίζεται με το άγχος των γονέων, όπως και με το άγχος στα ΤΑ αδέρφια, είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις αυτών. Η έρευνα των Cuzzocrea et al. (2016), έδειξε σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλίμακας Attachment Subscale in Parenting Stress Index (PSI), ότι βασικός παράγοντας πιο υψηλού στρες μεταξύ γονέων-παιδιού με ΔΦΑ συγκριτικά με τους γονείς παιδιών ΤΑ, ήταν η δυσλειτουργία στην αλληλεπίδραση γονέων-παιδιών. Τα αποτελέσματα, όμως των Hoffman et al. (2009) δεν ήταν όμοια με την προηγούμενη μελέτη, καθώς δεν εντοπίστηκαν διαφορές στην ίδια κλίμακα μεταξύ των παραπάνω μητέρων.

Ωστόσο, νεότερα ευρήματα των Blacher & Baker, (2017) αποδεικνύουν ότι οι μητέρες με παιδιά στο φάσμα, εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τις μητέρες των ΤΑ παιδιών. Επιπλέον, ευρήματα από έρευνες στις οποίες έχουν αξιολογηθεί τα γονικά δημογραφικά στοιχεία, είναι ποικιλόμορφα. Συγκεκριμένα, από τις εν λόγω μελέτες, έχει βρεθεί ότι δεν εντοπίζεται σχέση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών γονέων-στρες, όπως ηλικία και φύλο (Amireh, 2018; Harrop et al., 2016; Sim et al., 2017). Τέλος,

σύμφωνα με μελέτες διδύμων, το ποσοστό εμφάνισης ΔΑΦ σχετικά με την κληρονομικότητα, έχει βρεθεί ότι είναι 50% (CI: 45-56) για ΔΑΦ και 54% (CI: 44-64) για αυτισμό. Σύμφωνα με τα παραπάνω, επιβεβαιώνεται η σχέση του αυτισμού με τα γονίδια και η ανησυχία των γονέων για τα υπόλοιπα παιδιά μήπως κι αυτά διαγνωστούν στο φάσμα (Adolphs, 2008; Mazefsky, 2008; Santin, 2014).]

2.7 Η Σχέση του Γονεϊκού Άγχους με το Άγχος των Παιδιών ΤΑ

Η συμβίωση με ένα παιδί που έχει ΔΦΑ, μπορεί επομένως να αποτελέσει πρόκληση για τα μέλη της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των ΤΑ αδελφών, καθώς σε μελέτες που έχει πραγματοποιήσει το BHCA (2006), βρέθηκε πως μερικοί γονείς που έχουν παιδί στο φάσμα, λαμβάνουν διάγνωση κατάθλιψης, και νιώθουν συναισθήματα πλήρης απόγνωσης και απόσυρσης. Το γονικό άγχος, σύμφωνα με τη μελέτη των Giallo and Gavidia-Payne, (2006) έχει αποδειχθεί ότι προβλέπει συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα εσωτερίκευσης σε ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ. Πιο συγκεκριμένα σε μελέτη που αφορούσε ΤΑ αδέρφια, οι Shivers et al. (2012) διαπίστωσαν ότι το άγχος της μητέρας, είχε ως συνέπεια τα συναισθήματα άγχους στα ΤΑ αδέρφια. Ακόμα, σε μελέτη των Quintero and McIldyre, (2010) οι μητέρες που ανέφεραν περισσότερο άγχος είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες στα αδέρφια ΤΑ.

Από τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι σε οικογένειες με ΔΦΑ και ΤΑ παιδιά, συνηθισμένη συμπεριφορά των γονέων είναι να υπάρχει μεγαλύτερη προσοχή στο παιδί με ΔΦΑ και λιγότερο ενδιαφέρον στο παιδί ΤΑ. Μ' αυτό τον τρόπο προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα και ενοχές στο παιδί. Κατόπιν, τα παραπάνω δημιουργούν άγχος και δυσάρεστα συναισθήματα στα ΤΑ παιδιά τους (Walton & Ingersoll, 2015). Στην έρευνα των Thomas et al. (2015) βρέθηκε ότι στην κοινωνική, συμπεριφορική και ακαδημαϊκή προσαρμογή των ΤΑ παιδιών φάνηκε να εμπλέκεται η ευημερία της μητέρας (Quintero &

McIntyre, 2010), καθώς οι μητέρες με παιδιά στο φάσμα έχουν περισσότερες καθημερινές δυσκολίες, άγχος και συχνότερα περιστατικά καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τις μητέρες χωρίς παιδιά με ΔΦΑ.

Επιπλέον, μελέτη στην Ελλάδα των Koukouriki et al. (2020) διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα ογδόντα πέντε αδερφών ΤΑ παιδιών με αυτισμό σχολικής ηλικίας και τη γονική ψυχική υγεία, την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και τους δημογραφικούς παράγοντες. Τα ΤΑ παιδιά με αδέρφια στο φάσμα εμφάνισαν πιο υψηλά επίπεδα σε καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με εκείνα που είχαν μόνο ΤΑ αδέρφια και οι παλινδρομήσεις που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά με το γονικό άγχος, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα είναι συνεπή με ευρήματα της βιβλιογραφίας (Koukouriki et al., 2020). Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα αυτά προεκτείνουν προηγούμενα ευρήματα για την αρνητικό βαθμό επίδρασης του παιδιού με ΔΑΦ, στην ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία όλων των μελών της οικογένειας και ειδικότερα στα αδέρφια ΤΑ. Ταυτόχρονα, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα υπογραμμίζουν σημαντικούς παράγοντες συσχέτισης, καθώς επίσης αναδεικνύουν την ανάγκη για παρεμβάσεις που θα είναι κεντρικές σε όλη την οικογένεια (Koukouriki et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Γονεϊκές Πρακτικές Διαχείρισης Κρίσεων (Η θεωρία)

Η ανατροφή ενός παιδιού είναι μία διαδικασία που προκαλεί άγχος στους γονείς, ωστόσο η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας αναπτυξιακής διαταραχής, εκδηλώνει πιο μεγάλο άγχος (PetersScheffer et al., 2012; Woodman et al., 2015) και δημιουργεί πρόσθετες υποχρεώσεις (Lee, 2013). Επομένως, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει ο γονέας τις αγχογόνες καταστάσεις, μπορεί να περιγραφεί ως ένας ιδιαίτερα συντονισμένος και προσαρμοστικός τρόπος σε μία συνθήκη στην οποία είναι απαραίτητο να παρουσιάζονται και συμπεριφορικού και συναισθηματικού τύπου προσαρμογές (Glidden et al., 2006).

Ωστόσο, οι ερευνητές αντιμετωπίζουν προκλήσεις σχετικά με τον τρόπο κατηγοριοποίησης των στρατηγικών αντιμετώπισης (Folkman & Moskowitz, 2004). Διαφορετικά εργαλεία έχουν κατασκευαστεί και χρησιμοποιούνται, καθώς δεν υπάρχει συμφωνία στο πως είναι εφικτό να αξιολογούνται οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Για το λόγο αυτό διερευνώντας το συγκεκριμένο πεδίο, το καθιστά ένα πολύπλοκο θέμα (Miranda et al., 2019).

Μοντέλα Αντιμετώπιση του Άγχους

Οι τους Lazarus & Folkman, (1984) έχουν προτείνει το αλληλεπιδραστικό μοντέλο του στρες και της διαχείρισής του. Η χρήση του Γνωστικού Διαμεσολαβητικού Μοντέλου προϋποθέτει ότι οι οικογένειες με άτομα με διάγνωση ΔΦΑ δεν υφίστανται καθολική πίεση. Ωστόσο, οι McCubbin και Patterson (1982) αναπροσάρμοσαν το μοντέλο ABCX (Hill, 1958). Κατά αυτό, το άγχος X, που εκδηλώνει η οικογένεια επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες: Αρχικά, ο παράγοντας A, αναφέρεται στο συμβάν που δημιουργεί άγχος και στα χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως εκείνα του φύλου, ηλικίας, βαθμού αναπηρίας κ.α. Ο παράγοντας B, αναφέρεται στις υπηρεσίες που διαθέτουν υποστήριξη και ο παράγοντας C, περιγράφει το στρεσογόνο συμβάν, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται οι γονείς (Ferguson, 2002).

Επιπλέον, για να κατανοηθούν οι αντιδράσεις των γονέων είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη και εκείνοι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τον τρόπο πρόσληψης του συμβάντος από την οικογένεια και τον τρόπο διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης με βάση τις διαθέσιμες πηγές υποστήριξης (Ferguson, 2002). Ωστόσο, το Διπλό ABCX των McCubbin και Patterson (1982), διερευνά όχι μόνο το γεγονός που προκαλεί στρες, αλλά επιδρά και συσσωρευτικά, στο χρόνο. Αργότερα, ο McCubbin et al. (1996) έκανε γνωστό το μοντέλο διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης, το οποίο περιγράφεται στην ενότητα 3.2, καθώς και το μοντέλο ανθεκτικότητας (Resiliency model), το οποίο, σύμφωνα με τον McCubbin and Thomson, (2001) εξηγεί γιατί ένα άτομο ανακάμπτει ή προσαρμόζεται όταν στρεσογόνοι παράγοντες εκδηλώνονται από διάφορα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του (Tway et al., 2007).

Εικόνα 4.
Διπλό ABCX Μοντέλο του Στρες



Ακόμα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δύο μοντέλα διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων (models of coping), περιγράφονται: το μοντέλο προσέγγισης-αποφυγής (approach-avoidance model) και το μοντέλο που επικεντρώνεται στο πρόβλημα έναντι του συναισθήματος (problem-focus versus emotion-versus problem). Τα συγκεκριμένα, μοντέλα έχουν κοινά σημεία, ωστόσο έχουν και διαφορές. Στην περίπτωση της προσέγγισης, το άτομο αναζητά πληροφορίες, μέσω της παρατήρησης και του ελέγχου, για το πρόβλημα που τον αγχώνει και προσπαθεί να βρει τη λύση. Στην περίπτωση της αποφυγής, το άτομο

προτιμάει να αγνοήσει, να αρνηθεί, να υποτιμήσει το πρόβλημα ή να στραφεί μακριά από αυτό.

Ωστόσο, το μοντέλο που επικεντρώνεται στο πρόβλημα έναντι του συναισθήματος, διαχειρίζεται τις στρατηγικές αντιμετώπισης ανάλογα με το πως αυτές λειτουργούν υποθετικά. Στην πρώτη περίπτωση, το άτομο ενεργοποιείται να λύσει το πρόβλημα ή να το αλλάξει. Στη δεύτερη περίπτωση, των συναισθημάτων, καλείται να βάλει σε τάξη τα συναισθήματα που απορρέουν από το αγχογόνο παράγοντα (Meadan et al., 2010), ή να τα αντιληφθεί ως ευχάριστα (Compas et al., 2001).

3.2 Γονεϊκές Πρακτικές Διαχείρισης Κρίσεων στις Οικογένειες με Παιδιά ΔΦΑ και ΤΑ (Η Έρευνα) Το Μοντέλο Διαχείρισης Οικογενειακής Κρίσης

Έρευνες έχουν αναδείξει τη θετική σχέση του γονεϊκού άγχους με τις στρατηγικές αντιμετώπισης-διαχείρισης κρίσεων (Craig et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης κάνει την υπόθεση ότι χαρακτηριστικά όπως εκείνα των ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης, της απόκτησης κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ συγγενών και φίλων, της γνωστικής αναδιαμόρφωσης και του επαναπροσδιορισμού αγχωτικών γεγονότων προκειμένου να καταστούν διαχειρίσιμα, σχετίζονται με θετική οικογενειακή προσαρμογή. Με θετική οικογενειακή προσαρμογή σχετίζονται και η αναζήτηση και εύρεση παρηγοριάς στην πνευματική υποστήριξη, καθώς και η ενεργοποίηση απόκτησης κοινοτικής υποστήριξης και βοήθειας από άλλους. Ωστόσο, στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι παθητικές, όπως της αποδοχής δυσλειτουργικών καταστάσεων, η οποία δεν βοηθά στην κινητοποίηση των μελών της οικογένειας, σχετίζονται με δυσάρεστη προσαρμογή στις συνθήκες κρίσης (McCubbin et al., 1996).

Οι Altieri and Von Kluge, (2009); Gray (2006) σε έρευνά τους βρήκαν ότι οι γονείς με ΔΦΑ παιδιά και ΤΑ αδέρφια, καταφέρνουν να επιβιώσουν παρά τις δυσκολίες τους, αφού υιοθετούν στρατηγικές για να ανταπεξέλθουν στις ιδιαίτερες καθημερινές καταστάσεις. Στην

ίδια έρευνα, οι γονείς προκειμένου να προσαρμοστούν στην εκάστοτε στρεσογόνο κατάσταση, αναγκάζονται να αλλάζουν τον καθημερινό τρόπο ζωής τους, ωστόσο, είναι δύσκολη ορισμένες φορές η εφαρμογή των αλλαγών αυτών (Altiere & von Kluge, 2009; Van Esch et al., 2018). Σύμφωνα με τους Searing et al. (2015) and Higgins et al. (2015), όταν ανάμεσα στους γονείς υπάρχει βαθμός αλληλοϋποστήριξης και αλληλοκατανόησης, αυτό ανακουφίζει τους γονείς στην αλληλεπίδραση με άλλα μέλη, όπως τον σύντροφο, την οικογένεια, το φίλο και γενικότερα με όσους μπορούν να τους στηρίξουν κοινωνικά, ώστε να μπορούν να προσαρμοστεί στις δύσκολες στιγμές που έχει η ανατροφή των παιδιών.

Ωστόσο, καθώς τα μέλη της οικογένειας αντιλαμβάνονται τις αγχογόνες εμπειρίες με συγκεκριμένο τρόπο, αυτό επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η γνωστική στρατηγική του επαναπροσδιασμού-επανασχεδίασης (reframing), έχει αναδειχθεί ως στρατηγική με αποτέλεσμα (Luther et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι οικογένειες που συμμετείχαν στην παραπάνω έρευνα, υποστήριξαν ότι η συμμετοχή τους σε ομάδες συμβουλευτικής μαζί με άλλους γονείς με ΔΦΑ και ΤΑ παιδιά, τους βοήθησε να αντιμετωπίσουν το άγχος και την έντονη ανησυχία (Eason et al., 2014; Frost et al., 2010; Kuhlthau et al., 2011; Stille et al., 2010).

Ακόμα, οι Peppereil et al. (2016) βρήκαν, ότι οι γονείς παιδιών με ΔΦΑ, εφαρμόζουν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, συγκριτικά με τις μητέρες παιδιών ΤΑ. Αυτό το γεγονός ίσως να δυσκολέψει τις δικές τους ανάγκες στο να κοινωνικοποιηθούν, να νιώσουν αυτοπεποίθηση και να δυσκολευτούν στην αυτονομία (Dieleman, et al., 2019; Hoffman et al., 2009; Myers et al., 2009). Σύμφωνα με παραπάνω μπορεί να παραμεληθούν και άλλες πτυχές της οικογενειακής ζωής (Hoogsteen & Woodgate, 2013; Myers et al., 2009).

Σε πιο πρόσφατη έρευνα, ωστόσο, οι μελετητές συμπέραναν πως οι μητέρες αυτές, εφαρμόζουν πιο πολύ τις στρατηγικές της κοινωνικής υποστήριξης και της θετικής επανεκτίμησης για να διαχειριστούν το γονεϊκό άγχος (Dardas & Ahmad, 2015; Slattery et al.,

2017). Προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα οι στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων και ο βαθμός επίδρασής τους στο άγχος των γονέων, σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Kiami and Goodgold, (2017) σε σχετική έρευνα τους στη Βοστώνη, συμμετείχαν μητέρες παιδιών στο φάσμα. Βρέθηκε ότι αυτές προβλέπουν το μητρικό άγχος, το οποίο μειώνεται, καθώς αυξάνονται οι βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Από την άλλη πλευρά, άλλες έρευνες, αναφέρουν ότι οι μη προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η αποφυγή, χρησιμοποιούνται πιο συχνά, ανάμεσα στους γονείς παιδιών με ΔΦΑ σε σύγκριση με τους γονείς με ΤΑ παιδιά (Lai et al., 2015; Piazza et al., 2014; Wang et al., 2010).

Ειδικότερα τα ευρήματα των Lai et al. (2015) επιβεβαιώνονται και από προηγούμενη έρευνα των Pisula & Kossakowska, (2010) όπου οι στρατηγικές της διαφυγής-αποφυγής από τους γονείς παιδιών με αυτισμό χρησιμοποιούνταν πιο συχνά, σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών ΤΑ. Οι γονείς αυτοί φαίνεται ότι δεν επιθυμούν να ομιλούν για τις δυσκολίες του παιδιού τους, ενώ πολλές φορές προβαίνουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Dunn et al., 2001). Ακόμα, πολλοί γονείς αμέσως μετά τη διάγνωση, επικεντρώνονται περισσότερο στην επαγγελματική τους ζωή. Ακόμα, οι ίδιοι προτιμούν να περνούν πολλές ώρες μακριά από την καθημερινή ζωή τους στο σπίτι. Η στρατηγική αυτή αντιμετώπισης συναντάται περισσότερο χαρακτηριστικά στους πατέρες και πιο λίγο στις μητέρες (Gray, 2003).

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνουν οι Dardas & Ahmad, (2015) καθώς αποδείχθηκε, ότι οι πατέρες, χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της Θετικής Επανασχεδίασης και της Αποφυγής-Διαφυγής, χωρίς ωστόσο να μειώνεται το επίπεδο του στρες που νιώθουν. Οι ερευνητές αποδίδουν το εύρημα αυτό στο ότι υπάρχει η πιθανότητα οι πατέρες να μην κάνουν σωστή χρήση διαχείρισης της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν και επομένως οι τρόποι που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τα στρεσογόνα γεγονότα είναι μη κατάλληλοι (Dardas & Ahmad, 2015; Glidden & Natcher, 2009).

Σε συμφωνία με την προηγούμενη έρευνα, η συστηματική ανασκόπηση των Vernhet et al. (2018), έδειξε ότι χρησιμοποιούνται πιο πολύ στρατηγικές αποφυγής. Οι πρακτικές αυτές εφαρμόζονται από τους γονείς που δεν έχουν αποδεχτεί της διάγνωση του παιδιού τους και από εκείνους που δεν κατέχουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων. Ωστόσο, αν και αναδεικνύονται αποτελέσματα ερευνών που στρέφονται στη μία ή στην άλλη κατηγορία στρατηγικών αντιμετώπισης, υπάρχουν στο προσκήνιο έρευνες που κατέδειξαν τη χρήση ποικιλίας στρατηγικών διευθέτησης του άγχους (Hall & Graff, 2011; Hastings et al., 2005).

Ακόμα, εμφανίζεται ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον προς τη θρησκεία. Στην έρευνα των Durban et al. (2012) διαπιστώθηκε ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των μητέρων τις ωθούσε να χρησιμοποιήσουν περισσότερο την στροφή στη θρησκεία για την αντιμετώπιση των αγχογόνων προβλημάτων και δυσκολιών. Αυτό συμβαίνει, ίσως επειδή, οι ίδιες δεν γνώριζαν ως προς που να αναζητήσουν βοήθεια. Η συγκεκριμένη στρατηγική της θρησκείας συναντάται είτε μεμονωμένα και σε εφαρμογή με άλλες στρατηγικές (Durban et al., 2012; Moawad, 2012; Padden & James, 2017).

Επομένως, σύμφωνα με τον Picardi et al. (2018) η επιλογή στην αντιμετώπιση διαχείρισης κρίσεων δεν είναι εύκολη. Οι γονείς παιδιών με ΔΦΑ και ΤΑ αδέρφια, προσπαθούν να επεξεργαστούν και να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους και τις περιστασιακές, αλλά και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Συνεπώς, η χρήση στρατηγικών που χρησιμοποιούνται και στο πρόβλημα και στο συναίσθημα είναι επιβεβλημένη.

Είναι σημαντικό να ειπωθεί πως ένας μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων αναφέρουν ότι έχει τεράστια σημασία να υπάρχει ενημέρωση από τους κλινικούς γιατρούς. Είναι σημαντικό, επίσης να υπάρχει ενημέρωση και από άλλους επαγγελματίες στους γονείς (Bakare et al., 2009; Edwards, 2009; Elder & D'Alessandro, 2009; Lin et al., 2008; Patricia et al., 2009).

Σύμφωνα με τα προηγούμενα, κρίνεται απαραίτητο να προβληθούν οι στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων, προκειμένου οι γονείς με ΔΦΑ παιδιά και ΤΑ αδέρφια να οδηγούνται στην κατάλληλη προσαρμογή και μείωση των επιπέδων στρες (Das et al. 2017; Kiami & Goodgold, 2017; Zaidmam et al., 2017).

3.3 Οι Στρατηγικές Διαχείρισης Κρίσεων από τα Αδέρφια ΤΑ Παιδιών με ΔΦΑ

Σχετικά με τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα αδέρφια ΤΑ για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους, σε μελέτη των Cridland et al. (2016); Macks and Reeve, (2007) and Woodgate et al. (2008) βρέθηκε ότι η συμβίωση με ένα παιδί με ΔΦΑ, μπορεί να προσφέρει πολλά οφέλη σε έναν αδελφό ΤΑ. Συγκεκριμένα, οι Ross and Cuskelly, (2009) ερευνήσαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ΤΑ αδερφών παιδιών με και χωρίς αυτισμό. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 40% των ΤΑ αδελφών στην ομάδα ΔΦΑ, είχαν βαθμολογίες στη λίστα ελέγχου συμπεριφοράς (Achenbach, 1991), που βρίσκονταν είτε στο όριο, είτε σε κλινικό εύρος. Συνολικά, αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν ότι τα ΤΑ αδέρφια των παιδιών με αυτισμό έχουν χαμηλότερες κοινωνικές και συναισθηματικές ικανότητες σε σύγκριση με παιδιά ΤΑ που δεν έχουν αδέρφια στο φάσμα.

Ακόμα, αξίζει να αναφερθεί ότι σε έρευνα των Petalas et al. (2009) τα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ επηρεάστηκαν, όταν βίωσαν κοινωνική απομόνωση, καθώς προσαρμόσαν την καθημερινότητα και τη συμπεριφορά τους στις ανάγκες και συμπεριφορές των αδελφών τους με ΔΦΑ, με αποτέλεσμα να μην αφιερώνουν χρόνο σε ψυχαγωγικές οικογενειακές δραστηριότητες. Επίσης, σε ποιοτική μελέτη που διεξάχθηκε από τους Angell et al. (2012) διαπιστώθηκε ότι τα ΤΑ αδέρφια που συμμετείχαν, προσαρμόστηκαν στο να έχουν αδέρφια με ΔΦΑ, είτε απομονώνοντας τους εαυτούς τους, γεγονός που αντικατόπτριζε έναν περιορισμό των προσωπικών τους ορίων είτε διευρύνοντας τα προσωπικά τους όρια λαμβάνοντας υποστήριξη από άλλους ή/και εκπαιδεύοντας ενεργά τους άλλους σχετικά με τις ΔΦΑ.

Πιο συγκεκριμένα, Κορίτσι, 8 ετών, είπε: «Βασικά είμαι στο χώρο μου, στο δωμάτιό μου και διαβάζω». Αγόρι, 8 ετών, είπε ότι η ζωγραφική τον έκανε να νιώσει καλύτερα: «Λοιπόν, μια φορά έκανα αυτή την εικόνα που ονομάζεται κόσμος καραμέλας και αυτό βοήθησε». Αγόρι, επίσης, 8 ετών, είπε: «Συνήθως ανεβαίνω στο δωμάτιό μου και βλέπω τηλεόραση για λίγο». Κανένα από τα αδέρφια που συμμετείχαν δεν ανέφερε ότι περιόριζε υπερβολικά τα όριά του, ωστόσο αυτό συνέβαινε, μόνο όταν ήταν απαραίτητο και μόνο για σύντομο χρονικό διάστημα. Μια άλλη στρατηγική αντιμετώπισης που εντόπισαν οι ερευνητές, ήταν η απόκτηση υποστήριξης από άλλους. Πιο συγκεκριμένα, κορίτσι, 11 ετών, ζήτησε υποστήριξη από μια διαδικτυακή ομάδα και είπε: «Απλώς μιλώντας γι' αυτό, και μοιράζοντας τις ίδιες εμπειρίες, με κάνει να νιώθω καλύτερα».

Τα ευρήματα της πιο πάνω έρευνας επιβεβαιώνουν ότι μια ομάδα υποστήριξης μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία στα ΤΑ αδέρφια με αδερφό-η με ΔΦΑ. Κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία συνήθως, τα ΤΑ αδέρφια συζητούν τα συναισθήματά τους, μαθαίνουν στρατηγικές αντιμετώπισης και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και αναπτύσσουν ένα δίκτυο συνομηλίκων ((Angell et al., 2012; Jones et al., 2020). Όπως προτείνουν οι Chan and Goh, (2014) & Pavlopoulou and Dimitriou, (2020) τα αδέρφια ΤΑ έχουν τις δυνατότητες να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, ωστόσο είναι σημαντικό να τους παρέχεται η ανάλογη υποστήριξη για να αποκτούν τις δεξιότητες για υγιή προσαρμογή (Watchon et al., 2021).

3.4 Η Σχέση μεταξύ Γονεϊκών Πρακτικών Διαχείρισης Κρίσεων & του Άγχους στα Αδέρφια ΤΑ

Αρκετές διαχρονικές μελέτες καταδεικνύουν ότι οι πτυχές της οικογενειακής λειτουργίας είναι προγνωστικοί δείκτες της προβληματικής συμπεριφοράς. Επίσης, είναι δείκτες της επιμονής και αλλαγής της ψυχοπαθολογίας στα παιδιά (Asamow, 1993; Cambell, 1994). Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα μελέτης των Mohammadi and Zarafshan, (2014)

αποκάλυψαν ότι η συναισθηματική ανταπόκριση, οι ρόλοι, η επίλυση προβλημάτων και ο έλεγχος συμπεριφοράς από τους γονείς, συσχετίστηκαν σημαντικά με συμπεριφορικές και προ-κοινωνικές συμπεριφορές σε αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ. Στις παραπάνω μελέτες, οι υψηλότερες βαθμολογίες στους «ρόλους» και στην «επίλυση προβλημάτων» συσχετίστηκαν αρνητικά με τις μειώσεις στα προβλήματα συμπεριφοράς και θετικά με την αύξηση στην προκοινωνική συμπεριφορά (Mohammadi & Zarafshan, 2014).

Πρόσφατα, επίσης, ερευνητές, χρησιμοποίησαν το μοντέλο διάθεσης-στρες και διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου που δημιουργούν αύξηση στην πιθανότητα προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά ΤΑ με αδέρφια στο φάσμα. Μ' αυτό τον τρόπο, προσπάθησαν να βρουν πώς ορισμένα αδέρφια ΤΑ βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχολογικής δυσπροσαρμογής λόγω των γενετικών ευπαθειών και των περιβαλλοντικών μεταβλητών (Petalas et al., 2012). Πιο συγκεκριμένα, οι Orsmond and Seltzer, (2007) με το συγκεκριμένο μοντέλο, βρήκαν ότι η αδράνεια από τη μητέρα λόγω της κατάθλιψης, συσχετίστηκε με αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους στα παιδιά. Επιπλέον, συχνά τα αδέρφια ΤΑ συμπεριφέρονται κυκλοθυμικά με αισθήματα παραίτησης από τη μια, ωστόσο, με μεγάλα αποθέματα δύναμης για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της αυτιστικής διαταραχής.

Επιπλέον, μελέτες έχουν καταδείξει ότι, στις οικογένειες με παιδιά στο φάσμα και παιδιά ΤΑ, οι γονείς, στο πλαίσιο των στρατηγικών που χρησιμοποιούν, να κατευνάσουν το άγχος που προκύπτει στην καθημερινότητά τους, συμβαίνει πολλές φορές, να αναθέτουν αρμοδιότητες στα ΤΑ παιδιά, ίσως επειδή πιστεύουν ότι έχουν τη δύναμη μέσα στην οικογένεια να λύσουν μόνοι τους τα προβλήματα που προκύπτουν (Lovell & Wetherell, 2015). Για παράδειγμα, για να ανακουφίσουν κάποιο από το βάρος των γονιών τους και να τους βοηθήσουν στην κρίση, τα αδέρφια συχνά αναλαμβάνουν πρόσθετες οικιακές δουλειές και ευθύνες (Dyke et al., 2009), ωστόσο έτσι περιορίζουν τις ευκαιρίες για εξωσχολικές

δραστηριότητες και κοινωνική αλληλεπίδραση με συνομηλίκους (Barak-Levy et al., 2010; Moyson & Roeyers 2012). Επιπλέον, οι γονείς, οι οποίοι επιβαρύνονται υπερβολικά από τον ρόλο φροντίδας τους, έχει βρεθεί ότι είναι λιγότερο διαθέσιμοι σωματικά και συναισθηματικά για τα άλλα παιδιά τους (Macks & Reeve, 2007). Πιο συγκεκριμένα, πολλά αδέρφια μίλησαν για ευθύνες που τους αναλογούν, οι οποίες πολλές φορές είναι πάνω από την αναπτυξιακή τους ηλικία, προκειμένου να ξεκουράσουν τους γονείς τους και να κάνουν ένα διάλειμμα (Angell et al., 2012; Benderix & Sivberg, 2007; Corsano et al., 2017; Cridland et al., 2016; Gorjy et al., 2017; Mascha & Boucher, 2006; Ward et al., 2016).

Έτσι, τα αδέρφια δείχνουν να θέλουν να συμμετέχουν στο πρόβλημα της οικογένειας, ωστόσο, η ανάληψη μεγάλων ευθυνών για την ηλικία τους προκαλεί άγχος, αγανάκτηση και αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό, ζήλεια και απόρριψη, και ίσως κάποιες φορές εμφανίζουν επιθετικότητα. Ωστόσο, κάποιες φορές τα αδέρφια δείχνουν να αγνοούν το πρόβλημα και μ' αυτό τον τρόπο διαφοροποιούνται από την οικογένεια. Επιπλέον, η επιλογή του επαγγέλματος τους είναι πολλές φορές σχετική με την ειδική αγωγή ή την ψυχολογία. Συμπερασματικά, όταν ο χρόνος που καταναλώνουν οι γονείς είναι μεγαλύτερος στα ΔΦΑ παιδιά τους, τα τυπικής ανάπτυξης αδέρφια τους, αισθάνονται παραμελημένα και εκδηλώνουν συναισθηματικές δυσκολίες (Heward, 2009).

Επιπλέον, σε σχέση με τις στρατηγικές διαχείρισης κρίσεων από τους γονείς, οι Benderix et al. (2007); Macks & Reeve (2007); Moyson & Roeyers (2011) έπειτα από έρευνες, απέδωσαν στα αδέρφια ΤΑ αυξημένο αίσθημα ανοχής και υπομονής. Ακόμα, απέδωσαν αυξημένη κοινωνική επάρκεια, ενσυναίσθηση και πιο θετική διάθεση σε συμπεριφορές παιδιών ΤΑ με αδέρφια ΔΦΑ, απ' ό, τι άτομα γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, όμως παράλληλα απέδωσαν και πρόωρο αίσθημα λύπης και ευθύνης, καθώς και έκθεση αδελφών ΤΑ σε επικίνδυνες συμπεριφορές των αδελφών τους, αίσθημα ανησυχίας και ανασφάλειας καθώς και άγχος στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι τα ΤΑ αδέρφια, αναπτύσσουν πιο βαθιές ικανότητες, π.χ. ενσυναίσθηση. Η ανάθεση αρμοδιοτήτων ωστόσο, είναι εκείνη που τους δημιουργεί παράλληλα πρόωρα αυξημένο αίσθημα ανασφάλειας, υπευθυνότητας και άγχους (Corsano et al., 2016). Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και πιο πρόσφατα ευρήματα των Dinleyici and Dağlı, (2018) οι οποίοι διατύπωσαν ότι τα αδέρφια ΤΑ, καθώς η ΔΦΑ επιδρά στη δική τους ψυχοσύνθεση, παρουσιάζουν συχνά εικόνα απομόνωσης, ίσως επιθετικής προσωπικότητας, κατάθλιψης, άγχους και ενοχής, επειδή οι γονείς αφιερώνουν λίγο χρόνο στα ίδια.

Ωστόσο, σύμφωνα, όμως με τους Betts et al. (2009) μειωμένη ρύθμιση των συναισθημάτων, μπορεί να προκαλέσει και η υπερπροστασία, καθώς πολλές φορές ο γονέας ασκεί υπερβολική φροντίδα (Καλογεροπούλου & Μαυροπούλου, 2006). Στην καθημερινή επαφή εκδηλώνονται παρόμοιες τακτικές και αρκετές έρευνες αναδεικνύουν τις αρνητικές συνέπειες στη ρύθμιση των συναισθημάτων των ΤΑ αδερφών (Νότας, 2006). Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα εστιάζουν στην υπερπροστασία της μητέρας, καθώς ασκεί έλεγχο. Αυτό είναι πιθανόν να δημιουργήσει εμπόδια στη συμπεριφορά του παιδιού. Επίσης είναι δυνατόν να δημιουργήσει δυσκολίες και στην αυτονομία του, μελλοντικά (Bell & Calkins, 2000).

Ωστόσο, οι ίδιοι ερευνητές, διαπιστώνουν, ότι όταν οι μητέρες χρησιμοποιούν θετική και σωστή ενίσχυση στα παιδιά τους, μέσω από τις πράξεις και τις λεκτικές καθοδηγήσεις τους, αυτό έχει θετική συσχέτιση με την αυτορρύθμιση στα παιδιά. Ακόμα σχετίζεται με τον αυτοέλεγχο των παιδιών στις καταστάσεις εκείνες που απαιτείται ιδιαίτερη διαχείριση, όπως εκείνη της ύπαρξη αδελφού με μη τυπική ανάπτυξη (Bell & Calkins, 2000). Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνει και ο Καφέτσιος (2005), ο οποίος τονίζει πόσο σημαντικό είναι για ένα παιδί το γεγονός ότι της υποστήριξης και της αγάπης της μητέρας του. Με αυτή την αίσθηση το παιδί νιώθει συναισθήματα θετικά για τους άλλους, αναπτύσσει την εκτίμηση για

τον εαυτό του και προβαίνει σε μηχανισμούς, προκειμένου να ρυθμίζει τα συναισθήματά του (Bowlby, 1988).

Ο Steinberg (2003), σε έρευνά του αναδεικνύει την ικανότητα προστασίας των ΤΑ παιδιών σε περιπτώσεις μη έγκαιρης και μη ισοροπημένης συναισθηματικής ρύθμισης. Προστατεύονται ακόμα, από την ύπαρξη πιθανόν προβληματικής συμπεριφοράς του αδελφού με ΔΑΦ, όταν δέχονται γονική φροντίδα και υποστήριξη. Από την άλλη πλευρά, τα παιδιά νιώθουν συναισθήματα ανασφάλειας στις σχέσεις τους όταν οι μητέρες αμελούν τη φροντίδα τους. Επιπλέον εκφράζουν δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους (Debbarma & Bhattacharjee, 2018).

Στη βιβλιογραφία όμως υπάρχουν και παλαιότερες μελέτες με διαφορετικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ δεν νιώθουν παραμέληση, ούτε την αίσθηση της επιβάρυνσης υπερβολικών απαιτήσεων από τους γονείς τους. Επίσης, χαρακτηρίζουν με θετική μνεία τις εμπειρίες τους από τον περίγυρο τους και από τους φίλους τους. Φαίνεται πως ίσως οι γονείς τους, τους είχαν παρέχει πληροφορίες για την αναπηρία του αδερφού-η τους με ΔΑΦ. Ακόμα, οι επίδοσή τους στο σχολείο ήταν θετικές (Breslau et al., 1982; Cleveland & Miller, 1977).

Οι αντιδράσεις επομένως των παιδιών ΤΑ καθώς συμβιώνουν με αυτιστικό αδερφό-η ποικίλουν. Η απογοήτευση των γονιών τους και η στάση τους απέναντι στο πρόβλημα, καθώς οι στρατηγικές που εφαρμόζουν, είναι εκείνα που τους ενοχλεί περισσότερο, προκειμένου να αντιμετωπίσουν την κρίση. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, τα ΤΑ έφηβα αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ ανέφεραν αυξημένη υπευθυνότητα, καλύτερη σχολική προσαρμογή και αυξημένη αυτοαντίληψη (Stampoltzis et al., 2014). Ακόμα, όπως αναφέρεται από τους Gardiner and Iarocci, (2015), η οικογένεια είναι η μονάδα που καλείται να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις. Η συμβίωση στην οικογένεια με μέλος με ΔΑΦ, χαρακτηρίζεται πολλές φορές παράγοντας κινδύνου για την οικογενειακή ευημερία, καθώς δημιουργεί επιπρόσθετα

άγχος σε όλες τις σχέσεις και στην αλληλεπίδραση των μελών, καθώς στους ρόλους και τις υποχρεώσεις ανάμεσα στα μέλη (Gardiner & Iarocci, 2012; Gau et al., 2012; Petalas et al., 2012).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Wall (2010), αν και οι αδελφικές σχέσεις είναι καλό να αναπτύσσονται πριν ακόμη από τη γέννηση του νέου μέλους, επειδή το παιδί με ΔΑΦ δεν νιώθει την ανάγκη να δημιουργήσει σχέση, ο αδερφός-η ΤΑ, χρειάζεται να βρει μόνος του τρόπους ανταπόκρισης και διαχείρισης. Αυτή η διαδικασία ωστόσο θεωρείται δύσκολη. Μεγαλύτερες δυσκολίες προκύπτουν, όταν δεν εφαρμόζονται βοηθητικές πρακτικές διαχείρισης στην κρίση από την οικογένεια, όπως υποστήριξη και συμβουλευτική.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μεθοδολογία

4.1 Ερευνητικοί Στόχοι

Ο ερευνητικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση του άγχους που αντιμετωπίζουν τα αδέρφια ΤΑ σε οικογένειες που έχουν παιδιά με ΔΦΑ, η συσχέτιση με το άγχος στο γονεϊκό ρόλο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης διαχείρισης-αντιμετώπισης κρίσεων που εφαρμόζονται στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, πρωταρχικός στόχος είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ΔΦΑ στην ψυχική υγεία της οικογένειας και των γονέων και πιο συγκεκριμένα στα παιδιά/αδέρφια ΤΑ, από την παιδική ηλικία, μέχρι το πέρασμα στην ενήλικη ζωή, εξαιτίας της χρονιότητας και της σοβαρότητας της λειτουργικής έκπτωσης που προκαλεί. Δευτερογενής στόχος είναι η διερεύνηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι γονείς, προκειμένου να διαχειριστούν το άγχος που προκύπτει σε δύσκολες συνθήκες της καθημερινότητας, όταν υπάρχει στην οικογένεια παιδί με αυτισμό.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της συγκεκριμένης έρευνας διατυπώνονται ως εξής:

1. Αναμένεται, τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ να παρουσιάζουν ανησυχίες και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και πιο συγκεκριμένα άγχος και κατάθλιψη.
2. Αναμένεται, οι γονείς των παιδιών ΤΑ με αδέρφια στο φάσμα, να παρουσιάζουν αυξημένο άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο.
3. Αναμένεται συσχέτιση μεταξύ των γονεϊκών στρατηγικών διαχείρισης κρίσεων και του άγχους στα αδέρφια ΤΑ παιδιών με αυτισμό.

Η ανάγκη για τη διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας προέκυψε λόγω της έλλειψης και ασάφειας σε ανάλογες ερευνητικές εργασίες στην ελληνική βιβλιογραφία, παρά την πληθώρα των πορισμάτων για το συγκεκριμένο θέμα σε διεθνές επίπεδο. Μετά την εμβάθυνση στο

συγκεκριμένο θέμα στοχευμένες παρεμβάσεις, θα βοηθήσουν τόσο τα παιδιά ΤΑ, όσο και τους γονείς στη λειτουργικότητα της καθημερινής ζωής τους.

4.2 Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα ανήκει στις συγχρονικές, μη παρεμβατικές τύπου μελέτες. Το δείγμα της έρευνας συγκροτείται από δύο ομάδες οικογενειών, ομάδα ΔΦΑ (N=97) και ομάδα ελέγχου (N=100). Το δείγμα της α' ομάδας προήλθε μέσω του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων του ειδικού εργαστηρίου επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ) Ευβοίας και συλλόγου γονέων από το 1^ο ειδικό σχολείο Χαλκίδας, καθώς και από συλλόγους γονέων και κηδεμόνων παιδιών με ΔΦΑ, ενώ της β' ομάδας προήλθε από τυπικό δημοτικό σχολείο του Ν. Ευβοίας. Για την αξιολόγηση, χορηγήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: Δημογραφικό, Κλίμακα παιδικού άγχους (S-CAS), Παιδικής κατάθλιψης (CDI), Γονεϊκού άγχους (PSI-SF), Ερωτηματολόγιο στρατηγικών αντιμετώπισης (F-COPES). Η έρευνα διεξήχθη στην Εύβοια. Η έναρξη έγινε τον Απρίλιο του 2023 και ολοκληρώθηκε την άνοιξη του 2024. Συνολικά διήρκησε 12 μήνες. Έγιναν μετρήσεις στους γονείς και στα ΤΑ παιδιά τους, 8-18 ετών και στις δύο ομάδες. Οι αξιολογήσεις έγιναν στο χώρο της οικείας τους. Η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας και ήταν συγχρονικού τύπου (cross-sectional).

4.3 Συμμετέχοντες-Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού

Το δείγμα συγκροτείται από δύο ομάδες οικογενειών. Η κύρια ομάδα περιλαμβάνει οικογένειες (N=97), στις οποίες υπάρχει ως μέλος, τόσο παιδί με ΔΦΑ, όσο και ΤΑ παιδί, ηλικίας 8-18 ετών. Οι συμμετέχοντες της κύριας ομάδας εντοπίστηκαν μέσω του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων του ειδικού εργαστηρίου επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ) Ευβοίας και συλλόγου γονέων από το 1^ο ειδικό σχολείο Χαλκίδας. Επιπλέον, εντοπίστηκαν μέσω συλλόγων γονέων και κηδεμόνων παιδιών-εφήβων με ΔΦΑ που εδρεύουν στην περιοχή της Χαλκίδας, έχουν ιδρυθεί με διάταξη του Ειρηνοδικείου Χαλκίδας και είναι

μέλη της Πανελληνίας ομοσπονδίας συλλόγου γονέων και κηδεμόνων ατόμων με αναπηρία (ΠΟΣΓΚΑΜΕΑ) και της εθνικής συνομοσπονδίας ατόμων με αναπηρία (ΕΣΑΜΕΑ).

Η ομάδα ελέγχου περιλαμβάνει οικογένειες (N=100), στις οποίες υπάρχει ως μέλος, μόνο ΤΑ παιδιά, ηλικίας 8-18 ετών. Το δείγμα της ομάδας ελέγχου εντοπίστηκε από το 9^ο δημοτικό σχολείο της Χαλκίδας, αφού στάλθηκε επιστολή στο σχολείο και μετά από τηλεφωνική προφορική έγκριση από την πρωτοβάθμια λήφθηκε θετική έντυπη απάντηση.

Η δειγματοληψία έγινε με μη τυχαίο τρόπο. Προσεγγίστηκαν αρχικά 240 συμμετέχοντες. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 85,8 % και το ποσοστό των συμμετεχόντων στην τελική ανάλυση ήταν 82%.

Τα κριτήρια επιλογής για την κύρια ομάδα, ήταν, οι οικογένειες να έχουν παιδί ΤΑ ηλικίας 8-18 ετών και να αποτελούνται επίσης από ένα τουλάχιστον παιδί με ΔΦΑ. Για την ομάδα ελέγχου, κριτήριο εισαγωγής ήταν οι οικογένειες να έχουν παιδιά ηλικίας 8-18 ετών χωρίς ΔΦΑ. Επιπλέον κριτήριο και για τις δύο ομάδες, αποτέλεσε η ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα. Ως κριτήριο αποκλεισμού τέθηκε, τόσο για την ομάδα ΔΦΑ, όσο και για την ομάδα ελέγχου να μην συμπεριληφθούν παιδιά με άλλες σημαντικές ιατρικές παθήσεις ή άλλες αναπτυξιακές αναπηρίες.

4.4 Διαδικασία

Η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε από την επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Για την ομάδα ΔΑΦ στάλθηκαν e mail στους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων: ΕΕΕΕΚ Ευβοίας και 1ου ειδικού σχολείου Χαλκίδας, καθώς και συλλόγων γονέων και κηδεμόνων παιδιών-εφήβων με ΔΦΑ που εδρεύουν στην περιοχή της Χαλκίδας και είναι μέλη της εθνικής συνομοσπονδίας ατόμων με αναπηρία (ΕΣΑΜΕΑ) και (ΠΟΣΓΚΑΜΕΑ). Οι παραπάνω έκαναν δεκτή την αίτηση των e mail για συμμετοχή στην έρευνα και απάντησαν εγγράφως θετικά με αντίστοιχο e mail (Παράρτημα Β). Στη συνέχεια

δόθηκαν οδηγίες και διευκρινήσεις σε κάθε οικογένεια με δια ζώσης επικοινωνία με το γονέα, στον οποίο παραδόθηκαν και έντυπα των ερωτηματολογίων.

Για την ομάδα ελέγχου, στάλθηκε e mail στο σχολείο ενημερώνοντας για τη σπουδαιότητα του σκοπού διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και για την επιθυμία ή μη συμμετοχής σε αυτή. Στη συνέχεια δόθηκε θετική έγκριση του σχολείου, μέσω αντίστοιχου e mail (Παράρτημα Β). Οι οδηγίες και απαραίτητες διευκρινήσεις δόθηκαν μετά από συνάντηση της ερευνήτριας με τα παιδιά στο σχολείο, στις αίθουσες και παρουσία του Διευθυντή. Στη συνέχεια μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια από την υπεύθυνη ερευνήτρια. Και στις δύο ομάδες επισημάνθηκε η απαραίτητη συγκατάθεση των γονέων και το ανώνυμο των απαντήσεων.

Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από έναν γονέα και από ένα ΤΑ παιδί της κάθε οικογένειας. Όταν ολοκληρώθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τις δύο ομάδες, τα παρέλαβε η ίδια η ερευνήτρια, από το γονέα και το Διευθυντή του σχολείου, αντίστοιχα. Στη συγκεκριμένη μελέτη, ακόμα, πραγματοποιήθηκαν ενημερώσεις-υπενθυμίσεις των γονέων, τηλεφωνικά. Ακόμα εφαρμόστηκαν τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με την ίδια αυστηρότητα σε όλα τα άτομα.

4.5 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

1. **Δημογραφικό ερωτηματολόγιο** γονέων και δημογραφικό ερωτηματολόγιο παιδιού-εφήβου: Πρόκειται για ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν από την ερευνήτρια, χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της μελέτης και βασίστηκαν στην κλίμακα οικογενειακών αναγκών «Family Needs Survey», (Bailey & Simeonsson, 1988). Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια αξιολογούν γενικά στοιχεία της οικογένειας, όπως φύλο, ηλικία, εθνικότητα, επάγγελμα και οικογενειακή κατάσταση. Ακόμα, για τις ανάγκες της έρευνας συμπεριλήφθηκε συγκεκριμένη ερώτηση που εστιάζει στην αξιολόγηση του άγχους των γονέων όταν αλληλοεπιδρούν με τα παιδιά τους.

2. **Κλίμακα Παιδικού Άγχους S-CAS** (Spence Children's Anxiety Scale) (Spence, 1998).

Η συγκεκριμένη κλίμακα, κατασκευάστηκε για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων του άγχους στα παιδιά-εφήβους, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (APA, 1994); Muris et al. 2000; Spence, 1998). Η εν λόγω κλίμακα περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις που έχουν σχέση με συμπτώματα άγχους, στις οποίες αξιολογείται πόσο συχνά εμφανίζονται οι ακόλουθες κατηγορίες, όπως ορίζονται από το DSM-IV: διαταραχή πανικού/αγοραφοβία («Ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο, νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω»), κοινωνική φοβία («Ανησυχώ τι σκέφτονται οι άλλοι για μένα»), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή («Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα»), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή («Όταν έχω τελειώσει μια δουλειά, πρέπει να ελέγξω ξανά και ξανά ότι την έκανα σωστά») και ειδική φοβία («φοβάμαι τα σκυλιά»).

Επίσης, στην κλίμακα SCAS περιλαμβάνονται και έξι δηλώσεις-προτάσεις που περιγράφουν θετικές συμπεριφορές. Ο ερευνητής δεν προβαίνει στη βαθμολόγηση αυτών των δηλώσεων, καθώς ο σχεδιασμός τους έγινε ως αντιστάθμισμα ανάμεσα στις αρνητικές απαντήσεις (Μέλλον & Μουταβέλης, 2007). Η κλίμακα συμπληρώνεται, καθώς επιλέγονται οι απαντήσεις με βάση κλίμακας Likert με τέσσερις επιλογές: Ποτέ (0), Μερικές φορές (1), Συχνά (2) ή πάντα (3). Η υψηλότερη βαθμολογία, δείχνει πιο μεγάλη συχνότητα συμπεριφορών που συνδέονται με το άγχος. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε 20 γλώσσες και ψυχομετρικά έχει δοκιμαστεί διεξοδικά σε πληθώρα μελετών σε αρκετές χώρες. Έχει πραγματοποιηθεί μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα και έχει γίνει στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Μέλλον & Μουταβέλης, 2007).

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας της S-CAS έγινε με τη χρήση του Cronbach-Alpha σε δείγμα παιδιών (N=1520). Οι τιμές αξιοπιστίας ήταν σημαντικές για τη συνολική τιμή: $\alpha=90$.

Οι επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου, επίσης διαμορφώθηκαν ως εξής: «Πανικός-Αγοραφοβία» τιμή $\alpha=78$, «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή»: $\alpha=78$, «Διαταραχή άγχους αποχωρισμού»: $\alpha=81$, «φόβος σωματικού τραυματισμού»: $\alpha=71$, «κοινωνική φοβία»: $\alpha=71$ και «ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή»: $\alpha=56$, ίσως επειδή περιλαμβάνει μικρό αριθμό από ερωτήσεις.

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων επίσης, της συγκεκριμένης κλίμακας ήταν ικανοποιητική, λαμβάνοντας από δείγμα παιδιών ($N=121$), συνολική τιμή Cronbach-Alpha: $\alpha=88$. Τέλος, προκειμένου να συγκριθεί η σταθερότητα των τιμών που παρουσιάζει η κλίμακα στο χρόνο, οι συσχετίσεις μεταξύ αρχικής και επαναληπτικής μέτρησης δείχνουν τιμές Pearson r αυξημένες, με υψηλότερη τη συσχέτιση συνολικής κλίμακας ($r=83$). Στην τρέχουσα μελέτη οι συντελεστές αξιοπιστίας alpha του Cronbach για τις διαστάσεις της κλίμακας κυμαίνονταν από 0,70 έως 0,86, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

3. Κλίμακα παιδικής κατάθλιψης (CDI), (Children's Depression Inventory-CDI) (Kovacs., 1992). Το συγκεκριμένο σύντομο εργαλείο αυτό-αξιολόγησης διερευνά και μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά-εφήβους 7 έως 17 ετών. Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί 27 ερωτήσεις, για τις οποίες έχει υπάρξει ομαδοποίηση σε 5 υποκλίμακες, που αντιστοιχούν σε 5 βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων και οι οποίες περιγράφουν την κλινική εικόνα της κατάθλιψης (Kovaks, 1992). Έχει πραγματοποιηθεί στάθμιση της συγκεκριμένης κλίμακας, στον ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos et al., 2009).

Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχούν τρεις δηλώσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από 0 έως 2 (0=απουσία συμπτώματος, 1=ήπιο σύμπτωμα, 2=σοβαρό σύμπτωμα). Συνολικά η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 54, με το αποτέλεσμα του 54 να δείχνει την περισσότερο σοβαρή μορφή κατάθλιψης του ατόμου σε διάστημα δύο τελευταίων εβδομάδων. Σκορ που κυμαίνεται από 0–9 δείχνει χαμηλή, 10–18 μέτρια και 19 και άνω

σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίστοιχα (Kleftaras & Didaskalou, 2006). Σκορ άνω του 15 αποτελεί δείκτη για περαιτέρω αξιολόγηση του παιδιού (Giannakopoulos et al., 2009).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach, σύμφωνα με αναφορές σχετικών μελετών διεθνώς, κυμαίνονται από .71 έως .89, θεωρούνται αρκετά υψηλοί. Επιπλέον, επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία της κλίμακας, όπως παρακάτω: «αρνητική συναισθηματική διάθεση» $\alpha=0,62$, «διαπροσωπικά προβλήματα» τιμή $\alpha=0,59$, «Αναποτελεσματικότητα»: $\alpha=0,63$, «ανηδονία»: $\alpha=0,66$, «Αρνητική αυτοεκτίμηση»: $\alpha=0,68$. Το ίδιο ισχύει και για την εγκυρότητα (Kovacs, 1992, 2008). Οι τιμές του δείκτη Pearson r κυμάνθηκαν από 0,39 έως 0,58. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων επίσης, της συγκεκριμένης κλίμακας που έγιναν από διάφορους ερευνητές σε διάφορες χώρες, σε μαθητικούς πληθυσμούς κυμαίνονταν από 0,54 έως 0,83.

Στην παρούσα έρευνα οι συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach ήταν για την «Αρνητική Συναισθηματική Διάθεση»: $\alpha=0,78$, για την «Ανηδονία»: $\alpha=0,76$, για την «Αρνητική αυτοεκτίμηση»: $\alpha=0,73$, για τα «Διαπροσωπικά προβλήματα»: $\alpha=0,65$ και για την «Αναποτελεσματικότητα»: $\alpha=0,65$. Η κλίμακα προσαρμόστηκε στον ελληνικό χώρο από τους (Κλεφτάρα & Διδασκάλου). Το δείγμα αποτελούνταν από 457 μαθητές με ηλικία τα 10 έως 13 έτη. Στην τρέχουσα μελέτη οι συντελεστές αξιοπιστίας alpha του Cronbach για τις διαστάσεις της κλίμακας ήταν αποδεκτός και ίσος με 0,89.

4. Κλίμακα άγχους PSI-SF (Parental Stress Index/Short Form) (Abidin, 1995, 1997).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά το βαθμό άγχους που έχει σχέση συγκεκριμένα με το ρόλο ανατροφής των παιδιών. Επιπλέον, έχει μεταφραστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις στις οποίες ο γονέας απαντά με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert 1-5. 1: Διαφωνώ πολύ, 2: Διαφωνώ, 3: Δεν είμαι σίγουρος, 4: Συμφωνώ και 5: Συμφωνώ πολύ.

Οι κατηγορίες των πέντε υποκλιμάκων του PSI-SF είναι οι παρακάτω:

α. Βαθμολογία αμυντικής απάντησης (*Defensive Responding Score-DR*). Η κλίμακα αυτή αξιολογεί τον τρόπο πράξης και σκέψης των γονέων, προκειμένου να ωθήσουν τα παιδιά τους να δείχνουν καλύτερα. Το υψηλό σκορ δείχνει προσπάθεια του γονέα να μετριάσει και να ελαχιστοποιήσει το άγχος που του προκαλεί το παιδί του. Σε αντίθεση γονέας που βγάζει πιο μικρό σκορ, φαίνεται να θέλει να δείξει έναν αρνητικό χειρισμό της κατάστασης εκ μέρους του. (Cronbach's $\alpha=0,75$).

β. Απελπισία-εξάντληση γονέα (*Parental Distress Score*). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις διερεύνησης του άγχους και του βαθμού εξάντλησης του γονέα, λόγω του γονεϊκού του ρόλου. Μέτρια προς υψηλά σκορ «δείχνουν» ένα γονέα που μπορεί να βοηθηθεί να αναπτύξει υψηλή αυτογνωσία (Cronbach's $\alpha=0,86$).

γ. Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (*Parental-Child Dysfunctional Interaction Score PCDI*). Διερευνά το βαθμό ικανοποίησης του γονέα καθώς αλληλεπιδρά με το παιδί και κατά αξιολογεί το βαθμό ικανοποίησης των γονεϊκών προσδοκιών. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις και υψηλό σκορ δηλώνει ότι ο γονέας δεν ικανοποιείται συναισθηματικά από την αλληλεπίδρασή του με το παιδί. Ακόμα, αισθάνεται απόρριψη και αποξένωση. Η παραπάνω συνθήκη οδηγεί σε έλλειψη ζεστασιάς, από την πλευρά του γονέα (Cronbach's $\alpha=0,79$).

δ. Δύσκολο παιδί (*Difficult Child Score DC*): Αξιολογεί 12 ερωτήσεις. Αναφέρεται στο εάν ο γονέας είναι ικανός να διαχειριστεί τις δυσκολίες του παιδιού. Υψηλό σκορ δείχνει τη δυσκολία των γονέων να συνεργαστούν με το παιδί τους, επομένως και αδυναμία διαχείρισης της συμπεριφοράς του (Cronbach's $\alpha=0,83$).

ε. Βαθμολογία συνολικού άγχους (Total Stress Score-PSI): Αξιολογεί το συνολικό γονικό άγχος στο γονεϊκό του ρόλο και υπολογίζεται με το άθροισμα των απαντήσεων στους άλλους τρεις παράγοντες. Βαθμολογίες 52-82, δείχνουν φυσιολογικό επίπεδο άγχους γονέων,

βαθμολογία 83-90 δηλώνει οριακό επίπεδο, ενώ η βαθμολογία άνω των 90 δηλώνει πολύ υψηλό γονεϊκό άγχος. Οι γονείς αυτοί θα μπορούσαν να ανατρέξουν για βοήθεια σε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας (Cronbach's $\alpha=0,91$). Δείκτης εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας PSI-SF: «Συνολικό στρες»: 0,91, «Απελπισία-εξάντληση»: 0,87, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση»: 0,80, «Δύσκολο παιδί»: 0,85.

Η συγκεκριμένη κλίμακα μεταφράστηκε στα ελληνικά, στην Παιδοψυχιατρική Κλινική Ιατρικής ΕΚΠΑ, στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» με Δ/ντή τον Αναπλ. Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής Ι. Τσιάντη, το 1999 και παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Στην τρέχουσα μελέτη οι συντελεστές αξιοπιστίας alpha του Cronbach για τις διαστάσεις της κλίμακας κυμαίνονταν από 0,71 έως 0,89. Οι συγκεκριμένες διαστάσεις υποδηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία.

5. Κλίμακα προσωπικής εκτίμησης οικογενειακής κρίσης (F-COPES) (The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales), (McCubbin et al., 1981).

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο που διερευνά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων οικογενειακών καταστάσεων και στοχεύει να εντοπίσει τους τρόπους επίλυσης στα προβλήματα και τις συμπεριφορικές στρατηγικές που οι οικογένειες χρησιμοποιούν όταν χρειάζεται να διαχειριστούν δύσκολες και προβληματικές συνθήκες. Συγκεκριμένα, η κλίμακα περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, μέσα από τις οποίες ο γονέας καλείται να αναφέρει κατά πόσο εφαρμόζει όλη η οικογένεια τις στρατηγικές που αναφέρονται σε κάθε ερώτηση. Η κλίμακα έχει 5 διαβαθμίσεις (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ). Αθροίζονται οι βαθμολογίες στις ερωτήσεις που συγκροτούν την κάθε υπο-κλίμακα, όπως παρακάτω:

- α. Απόκτηση κοινωνικής υποστήριξης (Acquiring Social Support).
- β. Επανασχεδίαση-επαναπροσδιορισμός (Reframing, Items)
- γ. Επιδίωξη πνευματικής υποστήριξης-αναζήτησης (Seeking Spiritual Support).

δ. Κινητοποίηση για απόκτηση βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) και

ε. Παθητική αξιολόγηση-εκτίμηση (Passive Appraisal).

Η συνολική βαθμολογία F-COPES (Overall F-COPES) προκύπτει από τις πέντε επιμέρους κλίμακες. Υψηλή σκορ δείχνει ότι η οικογένεια εφαρμόζει πιο συχνά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει υψηλή εγκυρότητα-αξιοπιστία. Το F-COPES παρουσιάζει εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = .77$) και η υψηλή αξιοπιστία (intraclass correlation coefficient = $.88$). Σε επίπεδο υποκλιμάκων οι συσχέτιση ήταν: Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη $r=.87$, Επανασχεδιασμός $r=.90$, Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη $r=.84$, Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια $r=0.86$ και Παθητική Αντιμετώπιση $r=.89$.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του F-COPES αναφέρονται ικανοποιητικές και προτείνεται επίσης η χρήση του ως κλινικού και ερευνητικού εργαλείου μέτρησης της αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης στην ελληνική κοινωνία. Η ελληνική έκδοση δομείται σε 5 παράγοντες, όπως έχει προταθεί από τους δημιουργούς της κλίμακας. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν $0,86$ (Gouva & Konstanti, 2012; Gouva & Zagorgianakou, 2012). Στην τρέχουσα μελέτη οι συντελεστές αξιοπιστίας alpha του Cronbach για τις διαστάσεις της κλίμακας κυμαίνονταν από $0,70$ έως $0,87$, δηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

4.6 Ερευνητική/Κλινική Δεοντολογία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης χορηγήθηκε έγκριση της επιτροπής έρευνας και βιοηθικής της Ιατρικής σχολής του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με αριθμό πρωτοκόλλου 741/28-4-2023 (Παράρτημα "B"). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα γνώριζαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, καθώς ακόμα δόθηκε έμφαση και στην ανωνυμία της

διαδικασίας. Ακόμα, πραγματοποιήθηκε με την έγγραφη συναίνεση του γονέα, αφού είχε ενημερωθεί προηγουμένως εγγράφως για το σκοπό και τα οφέλη της έρευνας.

Επιπλέον, στα ερωτηματολόγια αναγράφεται μοναδικός κωδικός ID και οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές, μόνο η ερευνήτρια έχει πρόσβαση σε αυτές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Ακόμα, επισημάνθηκε η δυνατότητα αποχωρήσεως και τονίστηκε ότι με τη συγκεκριμένη έρευνα δεν απειλείται η σωματική και ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Επίσης, δόθηκε έμφαση στην έννοια του προσωπικού απορρήτου και η τήρησή του διασφαλίστηκε σε όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής. Τέλος, η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τις βασικές αρχές της νομοθεσίας περί προσωπικών δεδομένων.

4.7 Στατιστική Ανάλυση

Το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή τους, ενώ για τις ποιοτικές χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (n) και η σχετική (%) συχνότητα. Οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων έγιναν με τα κριτήρια Student's t-test και Pearson's χ^2 test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho). Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες CDI και S-CAS των παιδιών διεξήχθησαν μοντέλα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης (hierarchical linear regression analysis) και προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β), τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE) και οι τυποποιημένοι συντελεστές (beta). Στο πρώτο βήμα εισήχθησαν τα δημογραφικά και οικογενειακά στοιχεία των παιδιών καθώς και το αν υπήρχαν παιδιά με ΔΦΑ στην οικογένεια, στο δεύτερο βήμα οι βαθμολογίες της κλίμακας γονεϊκού άγχους (PSI) και στο τρίτο βήμα οι στρατηγικές αντιμετώπισης οικογενειακών προβλημάτων (F-copes). Σε όλα τα βήματα η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's-alpha. Τιμές άνω του 0,7 υποδηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι

αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων-Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 197 παιδιά και οι γονείς τους. Στις 97 περιπτώσεις (49,2%) υπήρχε παιδί στην οικογένεια με διάγνωση ΔΦΑ και στις υπόλοιπες 100 δεν υπήρχε παιδί με τέτοια διάγνωση. Στον πίνακα 1 δίνονται προσωπικά στοιχεία των γονιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε στο πόσο συχνά έχουν άγχος οι γονείς στην αλληλεπίδρασή τους με τα παιδιά τους ($\chi^2 (2) = 18,54, p < ,001$), όπου εκείνοι που είχαν παιδί με ΔΦΑ είχαν πιο συχνά άγχος. Το επάγγελμα των γονιών διέφερε επίσης σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2 (5) = 13,98, p = ,016$), όπου το ποσοστό εκείνων που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν άνεργοι ήταν υψηλότερο σε όσους είχαν παιδί με ΔΦΑ. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($\chi^2 (4) = 17,04, p = ,002$) και των συντρόφων τους ($\chi^2 (4) = 24,52, p < ,001$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, με το μορφωτικό επίπεδο να είναι χαμηλότερο σε όσους είχαν παιδί με ΔΦΑ.

Πίνακας 1 Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία Γονέων, ανάλογα με το αν είχαν Παιδί με ΔΦΑ ή όχι

		Σύνολο δείγματος (n=197)		Υπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				t-τιμή (β.ε.) χ ² τιμή (β.ε.)
				Όχι		Ναι		
		Μέση τιμή	TA	Μέση τιμή	TA	Μέση τιμή	TA	
Ηλικία		46,38	6,17	45,31	5,11	47,47	6,95	2,50 (195)*
		N	%	N	%	n	%	
Φύλο	Άνδρας	39	19,8	21	21,0	18	18,6	0,19 (1)
	Γυναίκα	158	80,2	79	79,0	79	81,4	
Χώρα Καταγωγής	Ελλάδα	188	95,4	94	94,0	94	96,9	1,24 (2)
	Αλβανία	7	3,6	5	5,0	2	2,1	
	Ρουμανία	2	1,0	1	1,0	1	1,0	
Χώρα Καταγωγής	Ελλάδα	188	95,4	94	94,0	94	96,9	0,96 (1)
	Αλβανία-Ρουμανία	9	4,6	6	6,0	3	3,1	
Αριθμός Παιδιών	Ένα	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2,24 (2)
	Δύο	137	69,5	73	73,0	64	66,0	
	Τρία	45	22,8	22	22,0	23	23,7	
	Πάνω από τρία	15	7,6	5	5,0	10	10,3	
Αίσθημα Άγχους των γονέων λόγω αλληλεπίδρασης με τα παιδιά	Όχι	26	13,2	12	12,0	14	14,4	18,54 (2)***
	Μερικές φορές	128	65,0	78	78,0	50	51,5	
	Πολλές φορές	43	21,8	10	10,0	33	34,0	
Επαγγελματική Ιδιότητα	Οικιακά-άνεργος/η	39	19,8	12	12,0	27	27,8	13,98 (5)*
	Δημόσιος υπάλληλος-Συνταξιούχος	16	8,1	7	7,0	9	9,3	
	Ιδιωτικός υπάλληλος-Ελεύθερος επαγγελματίας	76	38,6	37	37,0	39	40,2	
	Επαγγέλματα υγείας	20	10,2	14	14,0	6	6,2	
	Σώματα ασφαλείας	5	2,5	4	4,0	1	1,0	
	Εκπαιδευτικός	41	20,8	26	26,0	15	15,5	
Επαγγελματική Ιδιότητα συζύγου	Οικιακά-άνεργος/η	9	4,6	3	3,0	6	6,2	8,50 (5)
	Δημόσιος υπάλληλος-Συνταξιούχος	14	7,1	4	4,0	10	10,3	
	Ιδιωτικός υπάλληλος-Ελεύθερος επαγγελματίας	125	63,5	66	66,0	59	60,8	
	Επαγγέλματα υγείας	8	4,1	7	7,0	1	1,0	
	Σώματα ασφαλείας	13	6,6	6	6,0	7	7,2	
	Εκπαιδευτικός	28	14,2	14	14,0	14	14,4	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	7	3,6	2	2,0	5	5,2	17,04 (4)**
	Γυμνάσιο	9	4,6	1	1,0	8	8,2	
	Λύκειο	59	29,9	22	22,0	37	38,1	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	103	52,3	64	64,0	39	40,2	
	Άλλο	19	9,6	11	11,0	8	8,2	
Μορφωτικό επίπεδο συζύγου	Δημοτικό	6	3,0	0	0,0	6	6,2	24,52 (4)***
	Γυμνάσιο	16	8,1	2	2,0	14	14,4	
	Λύκειο	63	32,0	27	27,0	36	37,1	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	103	52,3	66	66,0	37	38,1	
	Άλλο	9	4,6	5	5,0	4	4,1	
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένοι	169	85,8	89	89,0	80	82,5	1,77 (3)
	Διαζευμένοι	20	10,2	8	8,0	12	12,4	
	Σε διάσταση	3	1,5	1	1,0	2	2,1	
	Άλλο	5	2,5	2	2,0	3	3,1	

Σημείωση. β.ε.: βαθμοί ελευθερίας

*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

Επιπλέον στοιχεία για τους γονείς των παιδιών με ΔΦΑ δίνονται στον πίνακα 2. Στο 55,7% των περιπτώσεων η λειτουργικότητα του παιδιού ήταν μέτρια και στο 73,2% το παιδί ήταν σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Φαρμακευτική αγωγή έπαιρνε το 38,1% των παιδιών των συμμετεχόντων και το 46,4% αγχώνονταν λίγο σε ότι έχει να κάνει με τη σχέση τους με τα υπόλοιπα παιδιά τους.

Πίνακας 2 Στοιχεία Γονέων αναφορικά με την Κατάσταση του Παιδιού τους με ΔΦΑ

		N	%
Λειτουργικότητα παιδιού	Χαμηλή	18	18,6
	Μέτρια	54	55,7
	Υψηλή	25	25,8
Υπό ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για τη διάγνωση	Ναι	71	73,2
	Όχι	26	26,8
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής του παιδιού για τη διάγνωση ΔΦΑ	Ναι	37	38,1
	Όχι	60	61,9
Βαθμός που επηρεάζει η διάγνωση του παιδιού τους γονείς, και αίσθηση ότι ορισμένες συμπεριφορές, τους δημιουργούν άγχος σε ότι έχει να κάνει με τη σχέση τους με τα υπόλοιπα παιδιά τους	Καθόλου	16	16,5
	Λίγο	45	46,4
	Πολύ	36	37,1

Σημείωση. Αφορά μόνο στους γονείς με παιδί με ΔΦΑ (n = 97)

Δημογραφικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη δίνονται στον πίνακα 3 ανάλογα με το αν είχαν ή όχι αδερφό/ή με ΔΦΑ. Σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε στο πόσο συχνά είχαν άγχος τα παιδιά στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους ($\chi^2 (2) = 20,94, p < ,001$), όπου εκείνα που είχαν αδερφό/ή με ΔΦΑ είχαν πιο συχνά άγχος. Το επάγγελμα της μητέρας διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2 (5) = 13,26, p = ,021$), όπου το ποσοστό εκείνων που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν άνεργες ήταν υψηλότερο στην ομάδα των παιδιών που είχαν αδερφό/ή με ΔΦΑ. Το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων ($\chi^2 (4) = 23,68, p < ,001$) και των μητέρων ($\chi^2 (4) = 18,59, p = ,001$) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, με το μορφωτικό επίπεδο των γονιών να είναι χαμηλότερο στα παιδιά που είχαν αδερφό/ή με ΔΦΑ.

Πίνακας 3 Δημογραφικά και Οικογενειακά Χαρακτηριστικά των Παιδιών ανάλογα με το αν είχαν ή όχι Αδερφό/ή με ΔΦΑ

		Σύνολο δείγματος (n=197)		Ύπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				t-τιμή (β.ε.)
				Όχι		Ναι		
		Μέση τιμή	ΤΑ	Μέση τιμή	ΤΑ	Μέση τιμή	ΤΑ	
Ηλικία		13,39	3,26	13,13	3,08	13,65	3,43	1,12 (195)
Φύλο	Αγόρι	98	49,7	50	50,0	48	49,5	0,01 (1)
	Κορίτσι	99	50,3	50	50,0	49	50,5	
Χώρα καταγωγής	Ελλάδα	195	99,0	99	99,0	96	99,0	0,00 (1)
	Αλβανία	2	1,0	1	1,0	1	1,0	
Αριθμός αδερφών	Ένα	136	69,0	73	73,0	63	64,9	4,43 (3)
	Δύο	44	22,3	22	22,0	22	22,7	
	Τρία	10	5,1	2	2,0	8	8,2	
	Πάνω από τρία	7	3,6	3	3,0	4	4,1	
Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	Καθόλου	111	56,3	69	69,0	42	43,3	20,94 (2)***
	Λίγο	69	35,0	30	30,0	39	40,2	
	Πολύ	17	8,6	1	1,0	16	16,5	
Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους.	Καθόλου	19	9,6	9	9,0	10	10,3	2,61 (2)
	Λίγο	55	27,9	33	33,0	22	22,7	
	Πολύ	123	62,4	58	58,0	65	67,0	
Επαγγελματική Ιδιότητα πατέρα	Οικιακά-άνεργος/η	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7,44 (4)
	Δημόσιος υπάλληλος-Συνταξιούχος	15	7,6	6	6,0	9	9,3	
	Ιδιωτικός υπάλληλος-Ελεύθερος επαγγελματίας	131	66,5	63	63,0	68	70,1	
	Επαγγέλματα υγείας	10	5,1	9	9,0	1	1,0	
	Σώματα ασφαλείας	16	8,1	9	9,0	7	7,2	
	Εκπαιδευτικός	25	12,7	13	13,0	12	12,4	
Επαγγελματική Ιδιότητα μητέρας	Οικιακά-άνεργος/η	48	24,4	15	15,0	33	34,0	13,26 (5)*
	Δημόσιος υπάλληλος-Συνταξιούχος	14	7,1	5	5,0	9	9,3	
	Ιδιωτικός υπάλληλος-Ελεύθερος επαγγελματίας	71	36,0	40	40,0	31	32,0	
	Επαγγέλματα υγείας	18	9,1	12	12,0	6	6,2	
	Σώματα ασφαλείας	2	1,0	1	1,0	1	1,0	
	Εκπαιδευτικός	44	22,3	27	27,0	17	17,5	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Δημοτικό	6	3,0	0	0,0	6	6,2	23,68 (4)***
	Γυμνάσιο	14	7,1	2	2,0	12	12,4	
	Λύκειο	63	32,0	26	26,0	37	38,1	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	104	52,8	67	67,0	37	38,1	
	Άλλο	10	5,1	5	5,0	5	5,2	

		Σύνολο δείγματος (n=197)		Ύπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				χ ² τιμή (β.ε.)
				Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	n	%	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δημοτικό	7	3,6	2	2,0	5	5,2	18,59 (4)**
	Γυμνάσιο	10	5,1	1	1,0	9	9,3	
	Λύκειο	59	29,9	22	22,0	37	38,1	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	103	52,3	63	63,0	40	41,2	
	Άλλο	18	9,1	12	12,0	6	6,2	
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι	170	86,3	90	90,0	80	82,5	5,06 (3)
	Διαζευμένοι	19	9,6	7	7,0	12	12,4	
	Σε διάσταση	5	2,5	3	3,0	2	2,1	
	Άλλο	3	1,5	0	0,0	3	3,1	

Σημείωση. β.ε.: βαθμοί ελευθερίας

*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

Το πόσο αγχώνονταν τα παιδιά από συμπεριφορές των αδερφών τους με ΔΦΑ δίνεται στο γράφημα 1. Το 29,9% (n = 29) αγχώνονταν πολύ, το 59,8% (n = 58) αγχώνονταν λίγο και το 10,3% (n = 10) δεν αγχώνονταν καθόλου.

Στον πίνακα 4 δίνονται οι βαθμολογίες στις υπό μελέτη κλίμακες, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Στην κλίμακα PSI οι βαθμολογίες διέφεραν σημαντικά μεταξύ γονέων με παιδί με ΔΦΑ και γονέων χωρίς παιδί με ΔΦΑ. Πιο αναλυτικά, οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα» (U = 3787,5, p = ,008), «Επιβάρυνση του Γονέα» (U = 3622,5, p = ,002), «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού» (U = 2172,0, p < ,001), «Δύσκολο Παιδί» (U = 2851,0, p < ,001) καθώς και η συνολική βαθμολογία (U = 2757,5, p < ,001), γράφημα 2, ήταν σημαντικά υψηλότερες στους γονείς με παιδί με ΔΦΑ, υποδηλώνοντας περισσότερο στρες.

Πίνακας 4

Υπό Μελέτη Κλίμακες ανάλογα με την Ύπαρξη ή μη Παιδιού στην Οικογένεια με ΔΦΑ

Κλίμακα		Σύνολο δείγματος (n=197)		Ύπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				U τιμή
		Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Όχι		Ναι		
				Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
PSI	Αμυντική Απάντηση Γονέα	15,2 (4,7)	15 (12 – 18)	14,2 (3,8)	13 (11 – 17,5)	16,2 (5,2)	15 (12 – 19)	3787,5**
	Επιβάρυνση του Γονέα	27,8 (8,6)	26 (22 – 33)	25,8 (6,8)	25 (20 – 31,5)	29,9 (9,6)	29 (23 – 35)	3622,5**
	Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού	28,2 (8,9)	27 (21 – 33)	24 (6,8)	24 (18 – 28)	32,5 (8,7)	32 (26 – 40)	2172,0***
	Δύσκολο Παιδί	31,4 (6,5)	31 (27 – 35)	29,2 (5,8)	29 (25 – 34)	33,7 (6,3)	34 (29 – 38)	2851,0***
	Συνολικό Γονεϊκό Στρες	102,6 (25,1)	101 (82 – 118)	93,2 (20,2)	93 (76 – 107)	112,2 (26)	109 (96 – 128)	2757,5,0***

Κλίμακα		Σύνολο δείγματος (n=197)		Υπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				U τιμή
		Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Όχι		Ναι		
				Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
F-copes	Απόκτηση κοινωνικής υποστήριξης	24,2 (6)	23 (20 – 29)	24,6 (5,5)	23,5 (21 – 29,5)	23,7 (6,6)	23 (19 – 29)	4409,5
	Επανασχεδίαση	32,3 (4,7)	33 (30 – 35)	32,2 (4,9)	33 (31 – 35)	32,4 (4,6)	33 (30 – 35)	4757,0
	Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης	13,3 (4,5)	14 (10 – 17)	13,1 (4,7)	13,5 (10,5 – 16)	13,4 (4,3)	14 (10 – 17)	4738,5
	Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια	14,9 (3,3)	15 (13 – 17)	14,4 (3,5)	15 (12 – 17)	15,3 (3,1)	16 (14 – 18)	4099,0
	Παθητική αξιολόγηση-εκτίμηση	13,9 (3,2)	13 (12 – 17)	14,2 (3)	14 (12 – 17)	13,6 (3,4)	13 (11 – 16)	4479,5
	Συνολική βαθμολογία F-copes	101,5 (13,2)	103 (96 – 110)	101,6 (13,9)	104 (96 – 110)	101,4 (12,4)	102 (96 – 111)	4590,5
CDI	Κλίμακα κατάθλιψης παιδιού (CDI)	10,2 (7,2)	9 (4 – 15)	9,7 (6,3)	9 (5 – 14)	10,7 (8)	9 (4 – 15)	4699,0
S-CAS	Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	3,34 (3,75)	2 (0 – 6)	3,27 (3,71)	2 (0 – 5)	3,41 (3,81)	2 (0 – 6)	4835,5
	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	8,44 (5,1)	8 (5 – 11)	8,33 (5,16)	8 (5 – 11)	8,56 (5,07)	8 (5 – 10)	4712,5
	Διαταραχή Άγχους	3,92 (3,55)	3 (1 – 6)	3,8 (3,41)	3 (1 – 5)	4,04 (3,71)	3 (1 – 6)	4758,0
	Αποχωρισμού	4,68 (3,47)	4 (2 – 7)	5,08 (3,48)	5 (2 – 7)	4,27 (3,44)	4 (2 – 6)	4080,5
	Φόβος για σωματική βλάβη	5,45 (3,48)	5 (3 – 7)	5,56 (3,61)	5 (3 – 8)	5,34 (3,35)	5 (3 – 7)	4738,5
	Κοινωνική φοβία	3,46 (2,67)	3 (1 – 5)	3,67 (2,77)	3 (2 – 6)	3,25 (2,55)	3 (1 – 4)	4483,5

Σημείωση. Δίνεται η U τιμή από το Mann-Whitney test

*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

Το ποσοστό παιδιών που είχαν βαθμολογία στην κλίμακα CDI άνω του 15 ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες, $\chi^2 (1) = 0,42, p > ,05$ (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Παιδιά με βαθμολογία CDI άνω του 15, ανάλογα με το αν είχαν ή όχι αδερφό/ή με ΔΦΑ

Επίπεδα κατάθλιψης παιδιού (CDI)	Σύνολο δείγματος (n=197)		Υπαρξη ή όχι στην οικογένεια παιδιού με ΔΦΑ				χ^2 τιμή (β.ε.)
	N	%	Όχι		Ναι		
			N	%	N	%	
≤15	155	78,7	81	81,0	74	76,3	0,42 (1)
>15	42	21,3	19	19,0	23	23,7	

Σημείωση. β.ε.: βαθμοί ελευθερίας

*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 6 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης rho του Spearman των κλιμάκων CDI και SCAS των παιδιών με τις κλίμακες PSI και F-cores των γονιών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Στην ομάδα των συμμετεχόντων που δεν υπήρχε παιδί με ΔΦΑ στην οικογένεια, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» με τη διάσταση «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,22, p = ,031, καθώς και της διάστασης «Διαταραχή άγχους αποχωρισμού» με τις διαστάσεις «Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης», rho = ,25, p = ,013, και «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια», rho = ,23, p = ,024. Σημαντική θετική συσχέτιση είχε η διάσταση «Φόβος για σωματική βλάβη» με τη διάσταση «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», rho = ,25, p = ,019, και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, rho = ,19, p = ,050. Σημαντική θετική συσχέτιση είχε η διάσταση Κοινωνική φοβία» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,29, p = ,004, «Επιβάρυνση του Γονέα», rho = ,29, p = ,003, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», rho = ,30, p = ,003, και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, rho = ,28, p = ,005. Η διάσταση «Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά» σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τη διάσταση «Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης», rho = ,26, p = ,010. Η κλίμακα κατάθλιψης σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,25, p = ,012, «Επιβάρυνση του Γονέα», rho = ,31, p = ,002, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», rho = ,30, p = ,002, και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, rho = ,29, p = ,003. Αντιθέτως, η κλίμακα κατάθλιψης σχετιζόταν σημαντικά αρνητικά με τη διάσταση «Επανασχεδίαση», rho = -,26, p = ,010, και με τη Συνολική βαθμολογία F-cores, rho = -,23, p = ,022.

Στην ομάδα των συμμετεχόντων που υπήρχε παιδί με ΔΦΑ στην οικογένεια, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,36, p < ,001, «Επιβάρυνση του Γονέα», rho = ,33, p = ,001, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», rho = ,26, p = ,011, «Δύσκολο Παιδί», rho = ,32, p = ,002, και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, rho = ,37, p < ,001. Επίσης, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,33, p = ,001, «Επιβάρυνση του Γονέα», rho = ,29, p = ,004, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», rho = ,23, p = ,021, «Δύσκολο Παιδί», rho = ,27, p = ,007, με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, rho = ,33, p = ,001 και με τη διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια», rho = ,20, p = ,048. Επίσης, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνική φοβία» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», rho = ,24, p = ,018,

«Επιβάρυνση του Γονέα», $\rho = ,21$, $p = ,036$, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», $\rho = ,28$, $p = ,006$, «Δύσκολο Παιδί», $\rho = ,23$, $p = ,024$, και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, $\rho = ,29$, $p = ,003$. Βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», $\rho = ,29$, $p = ,004$, «Επιβάρυνση του Γονέα», $\rho = ,33$, $p = ,001$, «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια», $\rho = ,25$, $p = ,012$, με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, $\rho = ,29$, $p = ,004$ και σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάσταση «Παθητική αξιολόγηση-εκτίμηση», $\rho = -,27$, $p = ,009$. Η κλίμακα κατάθλιψης σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», $\rho = ,37$, $p < ,001$, «Επιβάρυνση του Γονέα», $\rho = ,33$, $p = ,001$, «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», $\rho = ,37$, $p < ,001$, «Δύσκολο Παιδί», $\rho = ,40$, $p < ,001$, με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες, $\rho = ,42$, $p < ,001$ και με τη διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια», $\rho = ,20$, $p = ,048$.

Πίνακας 6

Συντελεστές Συσχέτισης rho του Spearman των Κλιμάκων CDI και SCAS των Παιδιών με τις Κλίμακες PSI και F-copes των Γονιών, ξεχωριστά για κάθε Ομάδα

		Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Αγχώδης διαταραχή αποχωρισμού	Φόβος για σωματική βλάβη	Κοινωνική φοβία	Ψυχα ναγκα στική συμπε ριφορ ς	Κλίμακα κατάθλιψης παιδιού (CDI)
Χωρίς παιδί με ΔΦΑ	Αμυντική Απάντηση Γονέα	.18	.22*	.14	.17	.29**	.04	.25*
	Επιβάρυνση του Γονέα	.17	.19	.10	.13	.29**	.09	.31**
	Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού	.12	.16	.09	.23*	.30**	.02	.30**
	Δύσκολο Παιδί	.04	.08	.07	.15	.09	.03	.15
	Συνολικό Γονεϊκό Στρες	.14	.18	.11	.19*	.28**	.04	.29**
	Απόκτηση κοινωνικής υποστήριξης	-.13	-.09	.03	-.13	-.17	.07	-.15
	Επανασχεδίαση	-.18	-.01	.05	-.05	-.11	.06	-.26*
	Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης	.04	.18	.25*	.14	.12	.26*	-.09
	Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια	.05	.15	.23*	.13	.07	.11	-.03
	Παθητική αξιολόγηση- εκτίμηση Συνολική βαθμολογία F-copes	-.07	-.15	.02	-.12	-.16	-.08	-.12
Με παιδί με ΔΦΑ	Αμυντική Απάντηση Γονέα	.36***	.33**	.17	.11	.24*	.29**	.37***
	Επιβάρυνση του Γονέα	.33**	.29**	.16	.15	.21*	.33**	.33*
	Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού	.26*	.23*	.03	.12	.28**	.19	.37***
	Δύσκολο Παιδί	.32**	.27**	.07	.12	.23*	.19	.40***
	Συνολικό Γονεϊκό Στρες	.37***	.33**	.12	.15	.29**	.29**	.42***
	Απόκτηση κοινωνικής υποστήριξης	.09	.06	-.05	.06	.01	.10	.01
	Επανασχεδίαση	-.11	-.01	-.12	.06	-.15	-.05	-.12
	Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης	-.03	.04	-.02	-.10	.07	.09	-.14
	Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια	.18	.20*	.10	.04	.15	.25*	.20*
	Παθητική αξιολόγηση- εκτίμηση Συνολική βαθμολογία F-copes	-.08	-.05	-.12	-.11	.03	-.27**	-.06
	-.03	.05	-.13	.02	-.01	.05	-.10	

*p < ,05 **p < ,01 ***p < ,001

5.2 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Στον πίνακα 7 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα CDI. Βρέθηκε ότι τελικά, το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους, η βοήθεια από τους γονείς στην καταπολέμηση του άγχους αυτού, το φύλο και η διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» σχετίζονται με την κλίμακα CDI και εξηγούσαν το 20% της μεταβλητότητάς της ($F(4,191) = 12,9, p < ,001, R^2=0,20$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = 0,113, p = ,001$) και περισσότερη βοήθεια από τους γονείς για την καταπολέμηση του άγχους αυτού σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = -0,096, p = ,003$). Τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = 0,083, p = ,050$) και υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = 0,008, p = ,002$).

Πίνακας 7 Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή την Κλίμακα CDI

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	$b\ddagger$	T	P
1 F (1,194) = 20,39, p < ,001, R ² =0,09	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,155	0,034	0,308	4,52	<0,001
2 F (2,193) = 16,86, p < ,001, R ² =0,14 $\Delta R^2=0,05$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους.	0,152 -0,114	0,033 0,033	0,303 -0,232	4,55 -3,49	<0,001 0,001
3 F (3,192) = 13,36, p < ,001, R ² =0,16 $\Delta R^2=0,02$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,149 -0,107 0,102	0,033 0,032 0,043	0,296 -0,218 0,156	4,50 -3,30 2,36	<0,001 0,001 0,019
4 F (4,191) = 12,9, p < ,001, R ² =0,20 $\Delta R^2=0,04$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Επιβάρυνση του Γονέα	0,113 -0,096 0,083 0,008	0,034 0,032 0,043 0,003	0,224 -0,196 0,127 0,216	3,28 -3,02 1,96 3,11	0,001 0,003 0,050 0,002

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 8 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία». Βρέθηκε ότι τελικά, το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους, η βοήθεια από τους γονείς στην καταπολέμηση του άγχους αυτού, το φύλο, η ηλικία και η διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» σχετίζονταν με τη διάσταση αυτή και εξηγούσαν το 17% της μεταβλητότητάς της ($F(5,190) = 8,9, p < ,001, R^2=0,17$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση σχετίζονταν με περισσότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία ($\beta = 0,109, p = ,009$) και περισσότερη βοήθεια από τους γονείς για την καταπολέμηση του άγχους αυτού σχετίζονταν με λιγότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία ($\beta = -0,091, p = ,017$). Τα κορίτσια είχαν περισσότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία ($\beta = 0,135, p = ,008$) και μικρότερη ηλικία ($\beta = -0,017, p = ,027$) και υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» ($\beta = 0,008, p = ,015$) σχετιζόταν με περισσότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία.

Πίνακας 8

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Κρίσεις Πανικού και Αγοραφοβία»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	b_{\pm}	T	P
1 $F(1,194) = 16,37, p < ,001, R^2=0,07$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,164	0,040	0,279	4,05	<0,001
2 $F(2,193) = 13,21, p < ,001, R^2=0,11$ $\Delta R^2=0,04$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,158 0,158	0,040 0,052	0,269 0,207	3,99 3,06	<0,001 0,003
3 $F(3,192) = 10,83, p < ,001, R^2=0,13$ $\Delta R^2=0,02$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους.	0,156 0,147 -0,090	0,039 0,051 0,038	0,266 0,192 -0,156	3,98 2,87 -2,33	<0,001 0,005 0,021
4 $F(4,191) = 9,36, p < ,001, R^2=0,15$ $\Delta R^2=0,02$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Ηλικία	0,144 0,152 -0,101 -0,017	0,039 0,051 0,038 0,008	0,245 0,200 -0,176 -0,142	3,66 3,00 -2,62 -2,09	<0,001 0,003 0,010 0,038
5 $F(5,190) = 8,9, p < ,001, R^2=0,17$ $\Delta R^2=0,02$	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Ηλικία Επιβάρυνση του Γονέα	0,109 0,135 -0,091 -0,017 0,008	0,041 0,051 0,038 0,008 0,003	0,186 0,177 -0,160 -0,149 0,174	2,65 2,66 -2,40 -2,24 2,47	0,009 0,008 0,017 0,027 0,015

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 9 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή». Ενώ αρχικά βρέθηκε ότι το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους, η βοήθεια από τους γονείς στην καταπολέμηση του άγχους αυτού και το φύλο σχετίζονταν με τη διάσταση αυτή ($F(3,192) = 8,59, p < ,001, R^2=0,11$), όταν λήφθηκε υπόψη το γονεϊκό άγχος βρέθηκε ότι το άγχος αλληλεπίδρασης και η βοήθεια από τους γονείς δεν αποτελούσαν πλέον σημαντικούς παράγοντες για τη διάσταση αυτή. Στο τελικό βήμα της ανάλυσης, οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούσαν το 15% της μεταβλητότητας ($F(4,191) = 9,36, p < ,001, R^2=0,15$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα Γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ($\beta = 0,118, p = ,002$). Ακόμα, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αμυντική Απάντηση Γονέα» ($\beta = 0,014, p = ,001$) σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα Γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Πίνακας 9

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β^+	SE ⁺⁺	b^{\ddagger}	T	P
1 $F(1,194) = 14,82,$ $p < ,001, R^2=0,07$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,149	0,039	0,266	3,85	<0,001
2 $F(2,193) = 10,61,$ $p < ,001, R^2=0,09$ $\Delta R^2=0,02$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,144 0,072	0,038 0,029	0,259 0,168	3,78 2,45	<0,001 0,015
3 $F(3,192) = 8,59,$ $p < ,001, R^2=0,11$ $\Delta R^2=0,02$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους.	0,137 0,071 -0,058	0,038 0,029 0,029	0,246 0,165 -0,139	3,61 2,43 -2,05	<0,001 0,016 0,042
4 $F(4,191) = 9,36,$ $p < ,001, R^2=0,15$ $\Delta R^2=0,04$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Χρήση στρατηγικών από τους γονείς για βοήθεια στα παιδιά τους σε περίπτωση άγχους από την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Αμυντική Απάντηση Γονέα	0,118 0,035 -0,046 0,014	0,038 0,030 0,028 0,004	0,211 0,082 -0,109 0,235	3,13 1,16 -1,62 3,23	0,002 0,249 0,107 0,001

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 10 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αγχώδης διαταραχή αποχωρισμού». Βρέθηκε ότι τελικά, το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους, το φύλο, η ηλικία και η διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας για απόκτηση και αποδοχή βοήθειας» σχετίζονται με τη διάσταση αυτή και εξηγούσαν το 33% της μεταβλητότητάς της ($F(4,191) = 25,48, p < ,001, R^2 = 0,33$). Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού ($\beta = 0,080, p = ,011$). Τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού ($\beta = 0,104, p = ,010$). Επίσης, μικρότερη ηλικία ($\beta = -0,054, p < ,001$) και υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας για απόκτηση και αποδοχή βοήθειας» ($\beta = 0,015, p = ,015$) σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού.

Πίνακας 10

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Διαταραχής Άγχους Αποχωρισμού»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	$b \pm$	T	P
1 F (1,194) = 74,26, p < ,001, R ² =0,27	Ηλικία	-0,055	0,006	-0,526	-8,62	<0,001
2 F (2,193) = 42,31, p < ,001, R ² =0,30 $\Delta R^2=0,03$	Ηλικία	-0,053	0,006	-0,502	-8,29	<0,001
	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,089	0,032	0,169	2,79	0,006
3 F (3,192) = 31,18, p < ,001, R ² =0,32 $\Delta R^2=0,02$	Ηλικία	-0,054	0,006	-0,512	-8,55	<0,001
	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,084	0,031	0,161	2,68	0,008
	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,103	0,041	0,151	2,55	0,012
4 F (4,191) = 25,48, p < ,001, R ² =0,33 $\Delta R^2=0,01$	Ηλικία	-0,054	0,006	-0,515	-8,71	<0,001
	Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,080	0,031	0,152	2,57	0,011
	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,104	0,040	0,153	2,61	0,010
	Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια	0,015	0,006	0,143	2,44	0,015

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Φόβος για σωματική βλάβη». Το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν σημαντικά με τη διάσταση αυτή ($F(2,193) = 13,36, p < ,001, R^2=0,11$). Συγκεκριμένα, τα κορίτσια είχαν σημαντικά περισσότερο φόβο για σωματική βλάβη ($\beta = 0,180, p < ,001$) και όσο μεγαλύτερης ηλικίας ήταν τα παιδιά τόσο μικρότερο φόβο για σωματική βλάβη είχαν ($\beta = -0,018, p = ,006$).

Πίνακας 11

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Φόβος για Σωματική Βλάβη»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	$b\ddagger$	T	P
1						
$F(1,194) = 18,47, p < ,001, R^2=0,08$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,180	0,042	0,295	4,30	<0,001
2						
$F(2,193) = 13,36, p < ,001, R^2=0,11 \Delta R^2=0,03$	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,187	0,041	0,305	4,52	<0,001
	Ηλικία	-0,018	0,006	-0,187	-2,76	0,006

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή \ddagger τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 12 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική φοβία». Ενώ αρχικά βρέθηκε ότι το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους και το φύλο σχετίζονταν με τη διάσταση αυτή ($F(2,193) = 18,89, p < ,001, R^2 = 0,16$), όταν λήφθηκε υπόψη το γονεϊκό άγχος βρέθηκε ότι το άγχος αλληλεπίδρασης δεν αποτελούσε πλέον σημαντικό παράγοντα για τη διάσταση αυτή. Στο τελικό βήμα της ανάλυσης, οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούσαν το 17% της μεταβλητότητας ($F(3,192) = 14,53, p < ,001, R^2 = 0,17$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα κοινωνικής φοβίας ($\beta = 0,190, p < ,001$). Ακόμα, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» ($\beta = 0,005, p = ,026$) σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα κοινωνικής φοβίας.

Πίνακας 12

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Κοινωνική Φοβία»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β+	SE++	b‡	T	P
1 F (1,194) = 30, p < ,001, R ² =0,13	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,207	0,038	0,366	5,48	<0,001
2 F (2,193) = 18,89, p < ,001, R ² =0,16 ΔR ² =0,03	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια	0,202 0,075	0,037 0,029	0,358 0,173	5,43 2,62	<0,001 0,009
3 F (3,192) = 14,53, p < ,001, R ² =0,17 ΔR ² =0,01	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια) Αίσθημα άγχους στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια Επιβάρυνση του Γονέα	0,190 0,052 0,005	0,037 0,030 0,002	0,336 0,120 0,157	5,09 1,74 2,24	<0,001 0,084 0,026

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή ‡τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Στον πίνακα 13 δίνονται τα αποτελέσματα της ιεραρχικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά». Αρχικά, το φύλο και η ηλικία σχετιζόνταν σημαντικά με τη διάσταση αυτή (F (2,193) = 6,18, p = ,003, R²=0,05). Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη αρχικά το άγχος των γονιών και στη συνέχεια τις στρατηγικές αντιμετώπισης οικογενειακών προβλημάτων (F (4,191) = 7,86, p < ,001, R²=0,12), βρέθηκε ότι το φύλο δεν σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση αυτή. Αντιθέτως βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ηλικία στο παιδί σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (β = -0,018, p = ,003), ενώ υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Επιβάρυνση του Γονέα» (β = 0,008, p = ,001) και «Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης» (β = 0,013, p = ,003) σχετιζόνταν με περισσότερη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

Πίνακας 13

Αποτελέσματα Ιεραρχικής Γραμμικής Παλινδρόμησης με Εξαρτημένη Μεταβλητή τη Διάσταση «Ψυχαναγκαστική Συμπεριφορά»

Μοντέλο	Ανεξάρτητες μεταβλητές	β +	SE++	$b\ddagger$	T	P
1 F (1,194) = 7,45, p = ,007, R ² =0,03	Ηλικία	-0,017	0,006	-0,192	-2,73	0,007
2 F (2,193) = 6,18, p = ,003, R ² =0,05 $\Delta R^2=0,02$	Ηλικία	-0,018	0,006	-0,201	-2,87	0,004
	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,090	0,041	0,153	2,18	0,030
3 F (3,192) = 7,15, p < ,001, R ² =0,09 $\Delta R^2=0,04$	Ηλικία	-0,018	0,006	-0,203	-2,96	0,003
	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,071	0,041	0,121	1,74	0,083
	Φόρτιση του Γονέα	0,007	0,002	0,203	2,93	0,004
4 F (4,191) = 7,86, p < ,001, R ² =0,12 $\Delta R^2=0,03$	Ηλικία	-0,018	0,006	-0,201	-2,99	0,003
	Φύλο (Κορίτσια vs Αγόρια)	0,072	0,040	0,121	1,78	0,076
	Επιβάρυνση του Γονέα	0,008	0,002	0,221	3,24	0,001
	Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης	0,013	0,004	0,203	3,01	0,003

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή \ddagger τυποποιημένος συντελεστής εξάρτησης

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε το θέμα του άγχους που αντιμετωπίζουν τα αδέρφια ΤΑ σε οικογένειες που έχουν παιδιά με αυτισμό. Μελετήθηκε, επίσης το άγχος στο γονεϊκό ρόλο. Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γονείς, προκειμένου να διαχειριστούν το άγχος που προκύπτει σε δύσκολες συνθήκες της καθημερινότητας, όταν υπάρχει στην οικογένεια παιδί με αυτισμό.

Αρχικά, διερευνήθηκε ο βαθμός άγχους των γονέων που σχετίζεται συγκεκριμένα με το ρόλο ανατροφής των παιδιών-εφήβων. Η υπόθεση της συγκεκριμένης έρευνας με βάση την οποία, αναμενόταν οι γονείς των παιδιών ΤΑ με αδέρφια στο φάσμα, να παρουσιάζουν αυξημένο άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο, επιβεβαιώθηκε, καθώς οι συμμετέχοντες γονείς βιώνουν υψηλό στρες που έχει σχέση με τον γονεϊκό τους ρόλο. Συγκεκριμένα, οι γονείς της ομάδας ΔΑΦ σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, στην κλίμακα PSI σε όλες τις μεταβλητές, όπως αμυντική απάντηση γονέα, επιβάρυνση γονέα, δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού, δύσκολο παιδί και συνολικό γονεϊκό στρες.

Τα παραπάνω ευρήματα βρέθηκαν να συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες. Συγκεκριμένα αυξάνουν οι έρευνες οι οποίες διαπιστώνουν ότι οι γονείς με παιδιά ΔΦΑ βιώνουν μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με εκείνους που έχουν στην οικογένειά τους μόνο παιδιά ΤΑ (Lee, 2013; Picardi et al., 2018; Woodman et al., 2015). Τα παραπάνω ευρήματα απέδειξαν και προηγούμενων ετών έρευνες των Cidav et al. (2012); Karst & van Hecke, (2012); Kogan et al. (2008).

Επιπλέον, σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η συμβίωση με ένα παιδί με ΔΑΦ συχνά δείχνει να σχετίζεται με επιπλέον καταπόνηση και χρόνια στρες στις οικογένειες (Kovshoff et al., 2017; McStay et al., 2016). Οι οικογένειες αυτές προσπαθούν να διαχειριστούν πολλές πρακτικές δυσκολίες και απαιτήσεις, όπως συνεχή χρονική πίεση και χρήζουν ανάγκης υποστήριξης. Ακόμα, δεν μπορεί να παραλειφθεί το θέμα της οικονομικής

επιβάρυνσης με το υψηλό κόστος των θεραπειών και της μειωμένης επαγγελματικής απασχόλησης.

Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο. Στην παρούσα έρευνα, οι γονείς βιώνουν συναισθήματα ανάλογα με τις στρεσογόνες συνθήκες και τις καθημερινές ματαιώσεις και απαιτήσεις που ενέχει το μέγλωμα ενός παιδιού, όταν στην οικογένεια ιδιαίτερα υπάρχει παιδί με ΔΑΦ. Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχουσες οικογένειες προέρχονταν από μια επαρχιακή πόλη της Εύβοιας. Στην επαρχία οι δυσκολίες εύρεσης και επιλογής θεραπειών και κέντρων για τη θεραπεία και την υποστήριξη μελών οικογενειών με ΔΑΦ είναι πιο συχνές. Επιπλέον, στην επαρχία οι γονείς αντιμετωπίζουν επιπλέον άγχος και απομονώνονται, καθώς τα στερεότυπα του κοινωνικού περίγυρου δεν έχουν ακόμα εκλείψει. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην εμφάνιση άγχους και συναισθηματικών δυσκολιών.

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η επίδραση του δημογραφικού προφίλ των οικογενειών, στο επίπεδο άγχους των γονέων και των παιδιών, ανάμεσα στις δύο ομάδες. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη επίδραση, παρατηρήθηκε ότι η ηλικία των γονέων της ΔΑΦ ομάδας διαφοροποιήθηκε σημαντικά από την ομάδα ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς της ομάδας ΔΑΦ παρατηρήθηκε να είναι ηλικιακά μεγαλύτεροι από την αντίστοιχη ομάδα ελέγχου. Κατόπιν των παραπάνω θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι για τις οικογένειες, στις οποίες υπάρχει παιδί με διάγνωση ΔΑΦ, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο ο γονέας δεν λαμβάνει αρκετή ικανοποίηση από την αλληλεπίδρασή του με το παιδί-έφηβο και βιώνει υψηλό γονεϊκό στρες. Στην παρούσα έρευνα, το εύρημα μπορεί να κατανοηθεί, καθώς για τις μητέρες των συμμετεχόντων γονέων στην ομάδα ΔΑΦ, η μεγαλύτερη πλειοψηφία ήταν γυναίκες μέσης ηλικίας τα 47 έτη. Ωστόσο από προηγούμενες έρευνες, φάνηκε ότι οι γονείς με μικρότερη ηλικία, βιώνουν πιο υψηλό επίπεδο στρες (Dardas & Ahmad, 2014; Duarte et al., 2005; Falk et al., 2014). Αντίθετα, πιο νέες χρονικά έρευνες που εξέτασαν το συγκεκριμένο θέμα δεν βρήκαν να σχετίζεται σημαντικά η ηλικία με το επίπεδο στρες των

γονέων παιδιών με αυτισμό (Derguy et al., 2016; Schutte et al., 2018; Stanojević et al., 2017; Zheng et al., 2017).

Επιπλέον, για την ομάδα ΔΑΦ βρέθηκε, σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Κρίση Πανικού και αγοραφοβία» με όλες τις μεταβλητές της κλίμακας PSI-SF που αφορά το γονεϊκό άγχος. Τα ευρήματα στην παρούσα έρευνα που συνδέουν την Κρίση Πανικού-Αγοραφοβία με το άγχος στο γονεϊκό ρόλο, ήταν αναμενόμενα και έχουν επιβεβαιωθεί από έρευνες (Barnes, 2009; Calderón, 2008; Horowitz, 2008; Lee, 2009). Οι γονείς στην παρούσα έρευνα, επιβαρύνονται πολύ από τις δυσκολίες που προκύπτουν μεγαλώνοντας στην οικογένεια παιδί με ΔΑΦ και ΤΑ παιδί. Ακόμα, μπορεί να ειπωθεί, ότι οι συγκεκριμένοι γονείς επιβαρύνονται πολύ, καθώς ζουν στην επαρχία. Οι επιλογές τους στις υπηρεσίες και κέντρα για την αξιολόγηση και τη θεραπευτική παρέμβαση των ίδιων και των μελών τους είναι περιορισμένες. Ακόμα, ίσως οι γονείς δυσκολεύονται περισσότερο, λόγω του μορφωτικού τους επιπέδου. Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων της ομάδας ΔΑΦ και της ομάδας ελέγχου διέφερε σημαντικά μεταξύ τους, με τους γονείς της ομάδας ΔΑΦ να είναι χαμηλότεροι μορφωτικά από τους γονείς της ομάδας ελέγχου.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε στο πόσο συχνά είχαν άγχος τα παιδιά στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση σχετίζονταν με περισσότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες (Benderix & Sivberg, 2007; Corsano et al., 2017; Ivarsson & Melin, 2008; Lefkowitz et al., 2007; Petalas et al., 2012; Pine et al., 2008; Tsai et al., 2018).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, το εύρημα θα μπορούσε ίσως να γίνει κατανοητό, καθώς η συμβίωση στην οικογένεια με παιδιά στο φάσμα δεν παύει να είναι δύσκολη, ακόμα κι αν τα αδέρφια με ΔΑΦ χαρακτηρίζονται υψηλής λειτουργικότητας. Επιπλέον, το φύλο σχετίζονταν

με τη διάσταση αυτή, καθώς τα κορίτσια είχαν περισσότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία. Παλαιότερες έρευνες, βρήκαν ότι όταν το ΤΑ παιδί είναι κορίτσι, επιβαρύνεται με πολλές υποχρεώσεις, κάτι που μπορεί να το οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα, όπως ΓΑΔ, πανικό-αγοραφοβία, διαταραχή κοινωνικής φοβίας, φόβο σωματικού τραυματισμού και ψυχαναγκασμών. (Gold, 1993; Mates, 1990). Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες στο γενικό πληθυσμό, δείχνουν ότι τα κορίτσια έχουν πιο υψηλό άγχος σε σύγκριση με τα αγόρια σε όλη την παιδική και εφηβική ηλικία (Bongers et al., 2003; La Greca et al., 1998; Wadsworth et al., 2001).

Τα παραπάνω ευρήματα είναι συνεπή με την παρούσα έρευνα, καθώς θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι γονείς στην επαρχία έχουν περισσότερες απαιτήσεις από τα κορίτσια.

Μέριμνα των γονέων είναι η προετοιμασία των κοριτσιών, να συνεχίσουν να βοηθούν τον αδερφό-η τους όταν εκείνοι φύγουν από τη ζωή. Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα το συγκεκριμένο εύρημα γίνεται κατανοητό, καθώς επειδή το άγχος τείνει να είναι ιδιαίτερα υψηλό μεταξύ των οικογενειών παιδιών με ΔΑΦ, τα κορίτσια μπορεί να είναι πιο συντονισμένα σε αυτό το οικογενειακό άγχος και να παρουσιάζουν αύξηση των συμπτωμάτων άγχους κατά την εφηβεία.

Ακόμα, βρέθηκε ότι η ηλικία σχετιζόταν με τη Διαταραχή Πανικού. Συγκεκριμένα, η μικρότερη ηλικία σχετιζόταν με περισσότερες κρίσεις πανικού-αγοραφοβία. Ωστόσο, από παλαιότερη έρευνα έχει βρεθεί ότι τα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα που εμφανίζουν τα αδέλφια ΤΑ παιδιών με ΔΑΦ, αυξάνονται καθώς αυξάνεται ηλικία τους (Rodrigue et al., 1993). Ακόμα, τα μικρότερα παιδιά δεν αναπτύσσουν την ικανότητα να σκέφτονται για το μέλλον (π.χ πως θα είναι εάν πεθάνω), γι' αυτό παλαιότερη έρευνα αναφέρει ότι τα μικρά παιδιά δεν βιώνουν πανικό (Chorpita et al., 1996).

Επιπλέον, σε νεότερη έρευνα βρέθηκε ότι το άγχος μπορεί να μειωθεί στη μέση εφηβεία πριν αυξηθεί στα επόμενα χρόνια (Shivers., 2019). Ωστόσο, ο Glasberg

(2000) περιέγραψε πώς η κατανόηση του αυτισμού και των συνεπειών του από τα αδέρφια αυξάνεται σημαντικά γύρω στην ηλικία των 7 ετών, καθώς τα παιδιά προχωρούν στη γνωστική τους ανάπτυξη. Επιπλέον, τα παιδιά ηλικίας 6-11 ετών ξεκινούν το σχολείο και αυξάνεται το άγχος τους καθώς εισέρχονται σε ένα νέο περιβάλλον (Beesdo et al., 2009). Στην παρούσα έρευνα, το εύρημα που συνδέει την ηλικία με τον Πανικό, μπορεί να κατανοηθεί καθώς τα παιδιά ΤΑ που μεγαλώνουν με αδέρφια με ΔΑΦ, επηρεάζονται καθημερινά από μικρή ηλικία από το άγχος των γονιών τους, κάτι που ίσως μεταφέρεται ως πανικός και σ' αυτά.

Επιπλέον, από άλλες έρευνες έχει παρατηρηθεί πως αγχώδεις, ανήσυχοι γονείς, όπως είναι λόγω των συνθηκών, οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά στο φάσμα, είναι πιο πιθανό να μεγαλώσουν αγχώδη παιδιά με κρίσεις πανικού. Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται το παραπάνω εύρημα. Πολλές φορές οι γονείς φαίνεται ότι όταν δε μπορούν να διαχειριστούν αυτό το αίσθημα, νιώθουν πολλές φορές πανικό και επομένως δεν γνωρίζουν να το γνωστοποιήσουν και στα παιδιά τους πώς να το διαχειριστούν (Barnes, 2009; Calderón, 2008; Horowitz, 2008; Lee, 2009).

Τέλος, βρέθηκε ότι η βοήθεια από τους γονείς στην καταπολέμηση του άγχους αυτού, σχετιζόταν επίσης αρνητικά με τον πανικό-αγοραφοβία. Δηλαδή, περισσότερη βοήθεια από τους γονείς για την καταπολέμηση του άγχους αυτού σχετιζόταν με λιγότερες κρίσεις πανικού και αγοραφοβία. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες. Όταν οι μητέρες χρησιμοποιούν θετική και σωστή ενίσχυση στα παιδιά τους, μέσω από τις πράξεις και τις λεκτικές καθοδηγήσεις τους, αυτό έχει θετική συσχέτιση με την αυτορρύθμιση και τον αυτοέλεγχο των παιδιών, στις καταστάσεις εκείνες που απαιτείται ιδιαίτερη διαχείριση, όπως εκείνη της ύπαρξη αδελφού-ης με μη τυπική ανάπτυξη (Bell & Calkins, 2000; Καφέτσιος 2005).

Στη συνέχεια μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της διάστασης «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» με το γονεϊκό άγχος. Βρέθηκε συσχέτιση της ΓΑΔ με όλες τις μεταβλητές της κλίμακας PSI-SF που αφορά το γονεϊκό άγχος. Συγκεκριμένα, για την ομάδα ΔΑΦ βρέθηκε σημαντική θετική σχέση της «Γενικευμένης αγχώδης διαταραχή» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», «Επιβάρυνση του Γονέα», «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», «Δύσκολο Παιδί» και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες.

Τα παραπάνω ευρήματα στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν αναμενόμενα. Επιπλέον, συμφωνούν με τη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΑΦ, ανησυχούν για διάφορα μελλοντικά γεγονότα και άγνωστες καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος, ενώ έχει βρεθεί σε παιδιά μικρότερης ηλικίας των 17 ετών, να συνδέεται ο αποχωρισμός από τον γονέα με την εμφάνιση ΓΑΔ (Benderix & Sivberg, 2007; Corsano et al., 2017; Ivarsson & Melin, 2008; Lefkowitz et al., 2007; Petalas et al., 2012; Pine et al., 2008; Tsai et al., 2018).

Στην παρούσα έρευνα, οι γονείς νιώθουν μεγάλη εξάντληση από την επικοινωνία και καθημερινή αλληλεπίδραση τους με τα παιδιά τους. Αυτό συμβαίνει επειδή δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις δυσκολίες του παιδιού τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν μεγάλο άγχος. Το τελευταίο οδηγεί σε επίσης περισσότερα συμπτώματα Γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Ακόμα, στην παρούσα έρευνα, επιπλέον, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της Γενικευμένης Αγχώδης διαταραχής με τη διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια». Σ' αυτή τη συνθήκη, περισσότερη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με περισσότερη κινητοποίηση της οικογένειας για αναζήτηση βοήθειας. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες. Μια ομάδα υποστήριξης μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία στα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΦΑ, καθώς κατά τη συγκεκριμένη διαδικασία συνήθως, τα ΤΑ αδέρφια συζητούν τα συναισθήματά τους, μαθαίνουν στρατηγικές αντιμετώπισης και δεξιότητες επίλυσης

προβλημάτων και αναπτύσσουν ένα δίκτυο συνομηλίκων ((Angell et al., 2012; Jones et al., 2020).

Στην παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες γονείς και παιδιά προέρχονταν από επαρχιακή πόλη. Στην επαρχία οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν κοινές δυσκολίες, όπως είναι εκείνες που μεγαλώνουν ΤΑ και ΔΑΦ παιδιά, συντονίζονται και αλληλοβοηθούνται. Μ' αυτό τον τρόπο ανακουφίζονται συναισθηματικά, καθώς νιώθουν ότι καταλαβαίνει ο ένας τον άλλον.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι το φύλο σχετιζόταν με τη διάσταση αυτή, δηλαδή τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα Γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες. Έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια με αδέρφια με ΔΦΑ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους, συγκριτικά με αγόρια-αδερφούς παιδιών με ΔΦΑ, λόγω της παρουσίας σημαντικών στρεσογόνων γεγονότων ζωής, εξαιτίας των δυσκολιών του αυτιστικού φάσματος (Orsmond, Lid & Seltzer 2009). Στην παρούσα έρευνα επιπλέον το εύρημα αυτό θα μπορούσε να γίνει ίσως κατανοητό, καθώς οι γονείς στην επαρχία φαίνεται να επιφορτίζουν με περισσότερες ευθύνες τα κορίτσια, προκειμένου να προετοιμαστούν και για τη δική τους αργότερα οικογένεια. Τέλος, βρέθηκε ότι υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αμυντική Απάντηση Γονέα», σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα Γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Γονείς με υψηλό σκορ στη συγκεκριμένη διάσταση προσπαθούν να σκεφτούν τρόπους ώστε να μετριάσουν και να ελαχιστοποιήσουν το άγχος με το παιδί τους και να το κάνουν να δείχνει καλύτερα.

Στην παρούσα έρευνα το εύρημα αυτό θα μπορούσε να κατανοηθεί ίσως από το γεγονός ότι ακόμα κι αν οι γονείς προσπαθούν να βρουν τρόπους για να διαχειριστούν το άγχος, δεν το καταφέρνουν, ίσως επειδή δεν το κάνουν με το σωστό τρόπο. Αυτό καταλήγει να προβαίνουν σε μη προσαρμοστικές στρατηγικές, με αποτέλεσμα να δημιουργούν άγχος

στα παιδιά, καθώς οι δυσκολίες δεν επιλύονται. Οι ερευνητές αποδίδουν το εύρημα αυτό στο ότι υπάρχει η πιθανότητα οι πατέρες να μην διαχειρίζονται σωστά την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν και επομένως χρησιμοποιούν τρόπους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων με ακατάλληλο τρόπο (Dardas & Ahmad, 2015; Glidden & Natcher, 2009).

Επίσης, μελετήθηκε και βρέθηκε τόσο για την ομάδα ελέγχου, όσο και για την ομάδα ΔΑΦ σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνική φοβία» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», «Επιβάρυνση του Γονέα», «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», «Δύσκολο Παιδί» και με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες. Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνονται από μελέτες που καταδεικνύουν, ότι μερικά αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ, παρουσιάζουν κοινωνικές δυσκολίες και κοινωνική φοβία (Hallett et al., 2013; Wright, 2018). Επιπλέον, τα παιδιά που ξεκινούν το σχολείο, μαθαίνουν να ζουν σε ένα νέο περιβάλλον. Η κατανόηση του αυτισμού του αδελφού/ή τους από τους άλλους, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αύξηση του άγχους και κατά επέκταση σε κοινωνικό άγχος, καθώς τα αδέρφια φοβούνται πώς οι συνομήλικοι θα αξιολογήσουν την οικογένειά τους (Beesdo et al., 2009).

Στην παρούσα έρευνα, τα συγκεκριμένα ευρήματα ήταν αναμενόμενα. Γονείς που δυσκολεύονται στην καθημερινότητα τους με τη «διαφορετικότητα» των παιδιών τους, όπως είναι το μέγλωμα ενός παιδιού με αυτισμό, φοβούνται έντονα και επίμονα μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Αυτό, συμβαίνει πιο συχνά ίσως στην επαρχία, όπου δεν έχουν εκλείψει οι προκαταλήψεις. Τα παραπάνω ίσως κάνουν τους γονείς να νιώθουν ότι οι άλλοι γονείς τους ασκούν κριτική, την οποία μεταδίδουν στα ΤΑ παιδιά τους. Το παιδί ή ο έφηβος ΤΑ, στη συνέχεια, έχοντας βιώσει μέσα από τη συμβίωση με τους γονείς τους τα συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας, πολλές φορές μαθαίνει να φοβάται σε καταστάσεις στις οποίες θα πρέπει να εκτεθεί και νιώθει ότι θα υποστεί εξονυχιστικό έλεγχο.

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα», σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα κοινωνικής φοβίας. Επίσης, τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα κοινωνικής φοβίας. Στην παρούσα έρευνα το εύρημα αυτό ίσως θα μπορούσε να γίνει για μια φορά ακόμα κατανοητό, καθώς στην επαρχία, τα κορίτσια αναλαμβάνουν περισσότερες υποχρεώσεις, όπως είναι η συμμετοχή στο μέγλωμα ενός αδερφού-ης με αναπηρία και επομένως βιώνουν όλα τα συναισθήματα με το φόβο και την έκθεση που νιώθουν οι μητέρες τους. Ωστόσο, ενώ αρχικά βρέθηκε ότι το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους, και το φύλο σχετίζονταν με τη διάσταση αυτή, όταν λήφθηκε υπόψη το γονεϊκό άγχος βρέθηκε ότι το άγχος αλληλεπίδρασης δεν αποτελούσε πλέον σημαντικό παράγοντα για τη διάσταση αυτή.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, το εύρημα αυτό μπορεί ίσως να κατανοηθεί, καθώς το γονεϊκό άγχος που γεννιέται ειδικά, από τις δυσκολίες που ενέχει το μέγλωμα ενός παιδιού με ΔΑΦ, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν κι άλλα παιδιά ΤΑ στην οικογένεια, είναι πολύ μεγάλο. Ακόμα, το άγχος των γονέων επιβαρύνει πολλές πτυχές της καθημερινότητας. Το γονεϊκό άγχος μεταδίδεται και στα παιδιά, καθώς όταν εκείνα αντικρύζουν κάθε φορά τους αγχωμένους γονείς τους, μαθαίνουν να ζουν και βιώνουν τα ίδια συναισθήματα άγχους.

Επιπλέον για την ομάδα ΔΑΦ βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης «Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά» με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», «Επιβάρυνση του γονέα», «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια», με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες. Ωστόσο, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάσταση «Παθητική αξιολόγηση-εκτίμηση». Σύμφωνα με τα παραπάνω, το μεγάλο άγχος των γονέων και η ένταση που δέχονται στην προσπάθεια να ελέγξουν και να διαχειριστούν τις δυσκολίες που υπάρχουν μεγαλώνοντας παιδιά ΤΑ και ΔΑΦ, οδηγούν τα παιδιά σε ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, τα παιδιά ή οι έφηβοι βρέθηκε να προβαίνουν στις παραπάνω συμπεριφορές, ίσως επειδή δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις αγχώδεις ιδεοληψίες τους που προκύπτουν από τη συμβίωση με αδερφό-η με ΔΦΑ και προσπαθούν να βρουν τρόπους μέσω καταναγκασμών. Τα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους, ίσως να μην μπορούν να κατανοήσουν το σκοπό των παραπάνω πράξεων (APA, 2013). Πιο συγκεκριμένα, αρχικά, βρέθηκε ότι το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν σημαντικά με τη διάσταση των Ψυχαναγκασμών. Ωστόσο, το φύλο στη συνέχεια δε σχετίστηκε με τη διάσταση αυτή. Επιπλέον, βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ηλικία στο παιδί σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

Το εύρημα αυτό δεν είναι συνεπές με άλλες παλαιότερες έρευνες, καθώς έχει βρεθεί ότι ο βαθμός των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων που παρουσιάζουν τα αδέρφια αυξάνονται καθώς μεγαλώνουν (Rodrigue et al., 1993). Ακόμα, η βιβλιογραφία έχει από καιρό αναγνωρίσει την εφηβεία ως μια ιδιαίτερα σημαντική αναπτυξιακή περίοδο για το άγχος, με το πρότυπο «καταιγίδας και άγχους» πιο πιθανό να εμφανίζεται στην εφηβεία, παρά σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία (Rew et al., 2014). Επιπλέον, σε νεότερη έρευνα βρέθηκε ότι το άγχος μπορεί να μειωθεί στη μέση εφηβεία πριν αυξηθεί στα επόμενα χρόνια (Shivers., 2019). Ωστόσο, οι Verte et al. (2003) βρήκαν σε έρευνά τους πως τα μικρότερα παιδιά ΤΑ ηλικίας 6-11 που έχουν αδέρφια ΔΦΑ, παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα, τόσο εσωτερικευμένα όσο και εξωτερικευμένα καθώς και πιο πολλά προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Στην παρούσα έρευνα, τα συγκεκριμένα ευρήματα μπορούν να κατανοηθούν, καθώς το δείγμα των παιδιών έχει ένα μεγάλο ηλικιακό εύρος, ενώ η μέση ηλικία των παιδιών στα οποία παρουσιάζεται η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή είναι τα 13-15 έτη (Atkinson et al., 2002). Ακόμα, το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να γίνει κατανοητό, επειδή συνυπάρχοντας τα παιδιά ΤΑ με τα αδέρφια τους στο φάσμα, συνηθίζουν και μαθαίνουν

βρίσκοντας τρόπους, να διαχειρίζονται το άγχος. Μ' αυτό τον τρόπο ίσως μειώνονται οι ψυχαναγκασμοί τους.

Ακόμα, οι λιγότεροι ψυχαναγκασμοί σχετίζονταν με μεγαλύτερη χρήση της παθητικής αξιολόγησης-εκτίμησης, καθώς βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής «Ψυχαναγκασμών» και «Παθητικής αξιολόγησης-εκτίμησης». Προηγούμενες έρευνες αναφέρουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι παθητικές δεν βοηθούν, καθώς δεν σχετίζονται με θετική προσαρμογή στις δύσκολες συνθήκες (McCubbin et al., 1996). Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, διαπιστώνεται ότι οι γονείς με παιδιά ΔΦΑ χρησιμοποιούν πιο συχνά τις μη προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η την αποφυγή, συγκριτικά με εκείνους τους γονείς με ΤΑ παιδιά (Lai et al., 2015; Piazza et al., 2014; Wang et al., 2010).

Στην παρούσα μελέτη, η συγκεκριμένη στρατηγική ίσως ήταν μια μορφή άμυνας που λειτουργεί ανακουφιστικά βραχυπρόθεσμα. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από επαρχιακή πόλη όπου συνήθως, οι γονείς αυτοί αποφεύγουν να συζητούν με άλλες οικογένειες που δεν έχουν τις ίδιες δυσκολίες με τις δικές τους. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγουν και την κριτική, ιδιαίτερα από τους συγγενείς. Τέλος, βρέθηκε ότι υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Επιβάρυνση του Γονέα» και «Αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης» σχετίζονταν με περισσότερη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά στα παιδιά. Σύμφωνα με ανασκόπηση ερευνών υπάρχει πιθανή σύνδεση μεταξύ του αυτισμού, του άγχους και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD), λόγω του ευρύτερου φαινοτύπου αυτισμού (BAP).

Στην παρούσα έρευνα, η διάσταση της Επιβάρυνσης Γονέα μπορεί να γίνει κατανοητή, καθώς οι πιεσμένοι συναισθηματικά γονείς, δυσκολεύονται να διαχειριστούν το άγχος τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να το μεταδίδουν στα παιδιά, το οποίο μπορεί να εκφράζεται ως ψυχαναγκασμός. Ωστόσο, από την έρευνα δεν έχει βρεθεί θετική σημαντικά συσχέτιση μεταξύ Ψυχαναγκασμών και Αναζήτηση Πνευματικής Υποστήριξης. Αντιθέτως, στην έρευνα

των Das et al. (2017) φάνηκε ότι οι γονείς με παιδιά ΔΦΑ, κατέφευγαν στη θρησκευτική και πνευματική διέξοδο, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Στην παρούσα έρευνα, το εύρημα ήταν αναμενόμενο. Οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά στο φάσμα, προσπαθούν να «κρατηθούν» και να νιώσουν ελπίδα από μια ανώτερη δύναμη, κάτι που είναι σύνηθες σε επαρχιακές πόλεις, όπως και αυτή από την οποία προήλθε το δείγμα. Ωστόσο, από μόνη της η αναζήτηση πνευματικής βοήθειας, χωρίς οι γονείς να δραστηριοποιούνται για αναζήτηση έμπρακτης βοήθειας, ίσως οδηγεί τα παιδιά σε ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, αφού στην ουσία δεν λαμβάνουν ουσιαστική βοήθεια διαχείρισης του άγχους τους.

Ακόμα, ίσως στη συγκεκριμένη στρατηγική καταφεύγουν οικογένειες που δυσκολεύονται να βρουν άλλους τρόπους πιο επιστημονικά αποδεδειγμένους επειδή έχουν χαμηλό μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο. Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε, ότι τόσο η μόρφωση, όσο και η επαγγελματική ιδιότητα των γονέων των δύο ομάδων, ΔΑΦ και ελέγχου διέφερε σημαντικά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε οι γονείς της ομάδας ΔΑΦ να είναι χαμηλότεροι μορφωτικά από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, καθώς και το ποσοστό εκείνων που ασχολούνταν με τα οικιακά ή ήταν άνεργοι ήταν υψηλότερο σε όσους είχαν παιδί με ΔΑΦ.

Επιπλέον, για την ομάδα ΔΑΦ η κατάθλιψη σχετιζόταν σημαντικά θετικά με τις διαστάσεις «Αμυντική Απάντηση Γονέα», «Επιβάρυνση του Γονέα», «Δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα – Παιδιού», «Δύσκολο Παιδί», με το Συνολικό Γονεϊκό Στρες και με τη διάσταση «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια». Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, οι αγχώδεις αντιδράσεις των γονέων από τις καθημερινές αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους, όταν υπάρχει αδερφός-η με ΔΑΦ στην οικογένεια, οδηγεί σε κατάθλιψη στα αδέρφια ΤΑ. Ακόμα, βρέθηκε ότι περισσότερη κατάθλιψη σχετίζεται με μεγαλύτερο βαθμό κινητοποίησης της οικογένειας για απόκτηση και

αποδοχή βοήθειας. Ωστόσο, η υπόθεση της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με την οποία, αναμενόταν τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ να παρουσιάζουν ανησυχίες και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κατάθλιψη δεν επιβεβαιώθηκε. Το ποσοστό 19% και 23%, στην ομάδα ελέγχου και ΔΑΦ αντίστοιχα, ήταν παρόμοιο και δεν υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των οικογενειών των δύο ομάδων.

Στην παρούσα έρευνα, τα ευρήματα αυτά, ίσως μπορούν να γίνουν κατανοητά παρατηρώντας τις απαντήσεις που αφορούν την πλευρά της λειτουργικότητας του αδερφού με αυτισμό στις οικογένειες ΔΦΑ, όπου ήταν μέτρια ή υψηλή. Όταν η λειτουργικότητα είναι χαμηλή, ίσως τα ΤΑ αδέρφια βιώνουν περισσότερα εσωτερικευμένα προβλήματα και δυσκολίες που αφορούν στη διάθεσή τους. Σύμφωνα με τα παραπάνω, παλαιότερη έρευνα εξέτασε την κατάθλιψη σε αδέρφια ΤΑ αγοριών με ΔΦΑ. Τα ευρήματα, έδειξαν ότι τα ΤΑ παιδιά που έχουν έναν αδελφό-η με ΔΦΑ με χαμηλή λειτουργικότητα, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κατάθλιψη συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Gold., 1993).

Σύμφωνα με νέες έρευνες, το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο. Έπειτα από τη διάγνωση μιας νευροαναπτυξιακής διαταραχής, η κατάσταση κρίνεται πολύ σοβαρή και τα αδέρφια ΤΑ κατακλύζονται από απογοήτευση και άγχος (Lovell & Wetherell, 2016; Macks & Reeve, 2007). Ωστόσο, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες, βρέθηκε ότι στα ΤΑ αδέρφια, αποδόθηκαν χαρακτηριστικά θετικής αυτό εικόνας, θετικής σχολικής επίδοσης και άγχους για τη θετική τους εικόνα (Thomas et al., 2015). Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Τα παραπάνω ευρήματα, ίσως γίνονται κατανοητά από το γεγονός, ότι η παρούσα έρευνα διεξήχθη σε επαρχιακή πόλη του Ν. Ευβοίας, όπου οι γονείς μπορούν σχετικά εύκολα να βρεθούν και να κάνουν φιλίες με άλλες οικογένειες που βιώνουν αντίστοιχες δυσκολίες. Αυτό είναι πιθανόν κάτι, που βοηθά στην κοινωνικοποίηση τα αδέρφια ΤΑ στις συγκεκριμένες οικογένειες, καθώς δεν νιώθουν μόνα τους και έρχονται σε επαφή και με άλλα

παιδιά ΤΑ. Οι παραπάνω αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα παιδιά, ίσως βοηθούν και στη βελτίωση των εσωτερικευμένων συμπτωμάτων τους.

Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους που έχει διαγνωστεί με ΔΦΑ, τους δημιουργεί συμπτώματα κατάθλιψης. Δηλαδή, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση σχετίζονταν με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, οι Giallo et al. (2012), διαπίστωσαν ότι το 15% των αδερφών παιδιών με ΔΦΑ ήταν σε κίνδυνο ή στο κλινικά σημαντικό εύρος για συναισθηματικές δυσκολίες. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με τη μελέτη των Ross and Cuskelly, (2006) όπου το 40% των ΤΑ αδερφών είχαν οριακά κλινικά προβλήματα, αν και ο κίνδυνος ανάπτυξης εσωστρεφούς συμπεριφοράς ήταν υψηλότερος ((Orsmond & Seltzer, 2007; Ross & Cuskelly, 2009). Thomas et al. (2015).

Ακόμα παρατηρήθηκε ότι το φύλο και σχετίζονταν με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Παλαιότερες έρευνες των Gold, (1993) and Mates, (1990) βρήκε ότι το ΤΑ παιδί, ειδικά το κορίτσι, επιφορτίζεται με πολλές ευθύνες και λόγω αυτών αποκτά επιρρέπεια σε προβλήματα ψυχολογικής φύσης. Αυτά αυξάνονται, όταν οι γονείς θεωρούν ότι το κορίτσι θα υιοθετήσει στο μέλλον το ρόλο τους. Ωστόσο, οι Verte et al. (2003) ανέδειξαν, ότι τα κορίτσια-αδέρφια ΤΑ παιδιών ΔΑΦ, υψηλής λειτουργικότητας συνηθίζουν να είναι υψηλότερα κοινωνικά προσαρμοσμένα και να σκέφτονται επίσης πιο θετικά για τον εαυτό τους ειδικά στην εφηβεία. Συνεπή με τα παραπάνω είναι και τα ευρήματα των Al-Ma'aytah et al. (2012), οι οποίοι βρήκαν ότι οι αδελφές εκφράζουν πιο θετική στάση απ' τα αγόρια-αδελφούς σε περιπτώσεις αδελφών με ΔΦΑ.

Τα παραπάνω ευρήματα ήταν συνεπή με προηγούμενες έρευνες. Συγκεκριμένα, αυτό το εύρημα υποστηρίζεται από τους Orsmond & Seltzer, (2009) οι οποίοι εξέτασαν ένα

μοντέλο ευεξίας διάθεσης-στρες. Με βάση τη μελέτη τους, το επίπεδο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους ήταν υψηλότερο στις ΤΑ αδελφές, παρά στους αδελφούς.

Στην παρούσα έρευνα, η αναλογία των κοριτσιών που έλαβαν μέρος, ήταν όμοια με την αναλογία των αγοριών, οπότε το εύρημα συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες, που «θέλουν» το φύλο των κοριτσιών επιβαρυνόμενο με περισσότερα καθήκοντα στην οικογένεια, απ' ό,τι τα αγόρια. Καθώς, τα παραπάνω ευρήματα είναι συνεπή με την παρούσα έρευνα, μπορούν να διεξαχθούν επαρκή συμπεράσματα. Επιπλέον, βρέθηκε ότι υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επιβάρυνση του Γονέα» σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ περισσότερη βοήθεια από τους γονείς για την καταπολέμηση του άγχους αυτού σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Τα ευρήματα αυτά ήταν αναμενόμενα. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι, τα παιδιά με αδερφό-η με διάγνωση ΔΦΑ που βοηθούνται πολύ από τις στρατηγικές των γονιών τους στις περιπτώσεις που νιώθουν άγχος στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους, παρουσιάζουν λιγότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με αυτούς που βοηθούνται λίγο ή καθόλου. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει και ο Steinberg, (2003) ο οποίος βρήκε, ότι η φροντίδα και υποστήριξη από τους γονείς, προστατεύει τα παιδιά από τα μη ισορροπημένα συναισθήματα, όπως και από επιπλέον δυσλειτουργικές συμπεριφορές, σε περίπτωση ύπαρξης αδελφού-ης μη τυπικής ανάπτυξης.

Στην παρούσα μελέτη, το συγκεκριμένο εύρημα ήταν αναμενόμενο. Οι γονείς φαίνεται ότι ενδιαφέρονται για τα παιδιά τους και προσπαθούν να τους μεταδώσουν αγάπη και φροντίδα. Η στρατηγική επαναπροσδιορισμού των γεγονότων και καταστάσεων που προκαλούν άγχος και δυσκολίες, προκειμένου να τα καταστήσουν διαχειρίσιμα, είναι σημαντική.

Επιπλέον, για την ομάδα ΔΑΦ, βρέθηκε ότι το άγχος που έχουν τα παιδιά όταν αλληλοεπιδρούν με τον/την αδερφό/ή τους που έχει διαγνωστεί με ΔΑΦ σχετιζόταν με τη

διαταραχή άγχους αποχωρισμού. Συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος από την αλληλεπίδραση και μικρότερη ηλικία σχετιζόταν με περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού. Το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο. Η ΔΑΑ επηρεάζει περίπου το 4% των παιδιών, συμβαίνει πιο συχνά σε παιδιά <12 ετών (APA-2013), αλλά οι περιπτώσεις παιδικής ηλικίας τείνουν να είναι πιο σοβαρές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και ο σύντομος αποχωρισμός μπορεί να προκαλέσει πανικό (Shear et al., 2006). Το συγκεκριμένο εύρημα έχει επιβεβαιωθεί από προηγούμενη έρευνα, όπου αναδείχθηκε ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό αναφέρουν μεγαλύτερο βαθμό διαταραχής άγχους αποχωρισμού (Lobato et al., 2011), ενώ βρέθηκε σε παιδιά μικρότερα της ηλικίας των 17 ετών, συσχέτιση του αποχωρισμού από τον γονέα με την εμφάνιση ΓΑΔ (Benderix & Sivberg, 2007; Corsano et al., 2017).

Επιπλέον, βρέθηκε ότι το φύλο σχετίζονταν με τη διάσταση αυτή. Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού. Στην παρούσα φαίνεται ότι τα κορίτσια επιφορτίζονται από τις δουλειές του σπιτιού και το μέγεθος του αδερφού-ης με αυτισμό, με αποτέλεσμα να νιώθουν παραμέληση από τους γονείς. Αυτό τους δημιουργεί στη συνέχεια συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού. Επιπλέον, περισσότερα συμπτώματα διαταραχής άγχους αποχωρισμού στα παιδιά σχετιζόταν με μεγαλύτερη «Κινητοποίηση της οικογένειας να αποκτήσουν και να δέχονται βοήθεια».

Τέλος, το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν σημαντικά με «Το φόβο σωματικής βλάβης». Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με ΔΦΑ, μπορεί να είναι γενετικά ευάλωτα στην ανάπτυξη διαταραχών που περιλαμβάνουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως άγχος και φοβίες (Bailey et al., 1998; Bolton et al., 1998; Smalley, 1997). Ωστόσο, νεότερα δεδομένα επιβεβαιώνουν τα προηγούμενα ευρήματα. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό, λαμβάνουν συχνότερες διαγνώσεις ψυχιατρικών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών από ό,τι τα αδέρφια υγιών ομάδων

ελέγχου. Μελέτη κοόρτης, απέδειξε ότι τα αδέρφια ΤΑ των παιδιών με ΔΑΦ έδειξαν αυξημένα ποσοστά όλων των διαταραχών έναρξης της παιδικής ηλικίας, που ερευνήθηκαν και συναισθηματικών διαταραχών, αγχώδων διαταραχών και άλλων νευρωτικών διαταραχών (Olkoniemi et al., 2016).

Επιπλέον, τα κορίτσια είχαν σημαντικά περισσότερο φόβο για σωματική βλάβη και όσο μεγαλύτερης ηλικίας ήταν τα παιδιά τόσο μικρότερο φόβο για σωματική βλάβη είχαν. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να κατανοηθούν, καθώς σε κλινικό δείγμα παιδιών με αγχώδεις διαταραχές, τα κορίτσια βρέθηκε να παρουσιάζουν περισσότερες φοβίες (Keeley & Storch, 2009; Lydon et al., 2015; May et al., 2013). Ακόμα, σύμφωνα με τους Atkinson & Hornby (2002), η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό είναι 2-4% και η μέση ηλικία έναρξης του φόβου σωματικού τραυματισμού είναι στα 7 με 9 έτη. Ωστόσο, αν και τα ευρήματα στην παρούσα έρευνα έδειξαν ότι καθώς μεγαλώνει το παιδί μειώνεται η συγκεκριμένη φοβία, αυτό ίσως μπορεί να κατανοηθεί από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες προέρχονται από επαρχιακή πόλη του Ν. Ευβοίας, έτσι είναι καταξιωμένοι με την ύπαιθρο και τη φύση.

Συμπερασματικά, ως αναφορά στις διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, ομάδα ΔΑΦ και ελέγχου, εξετάστηκε ο βαθμός του επιπέδου άγχους των γονέων με παιδί με διάγνωση με ΔΦΑ που σχετίζεται με το ρόλο ανατροφής των παιδιών συγκριτικά με εκείνους που έχουν παιδί με χωρίς διάγνωση ΔΦΑ. Επιβεβαιώθηκε η υπόθεση της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με την παραπάνω υπόθεση αναμενόταν, οι γονείς των παιδιών ΤΑ με αδέρφια στο φάσμα, να παρουσιάζουν αυξημένο άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο.

Το εύρημα αυτό βρέθηκε να είναι σύμφωνο με προηγούμενες έρευνες. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος της φροντίδας ενός παιδιού με ΔΦΑ έχει συνδεθεί με αλλαγές σε μια ποικιλία φυσιολογικών παραμέτρων που σχετίζονται με την υγεία. Για παράδειγμα, διαταραχές στα καρδιαγγειακά, στο νευροενδοκρινικό (Bella et al., 2011; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2013) και η λειτουργία του ανοσοποιητικού (Gallagher & Hannigan, 2014; Lovell et al.,

2012) έχουν εμπλακεί ευρέως ως εύλογες φυσιολογικές οδοί που συνδέουν το χρόνιο άγχος φροντίδας με τις ΔΦΑ. Επιπλέον, ανάμεσα στους γονείς με παιδιά διαγνωσμένα με αναπτυξιακές διαταραχές, οι γονείς παιδιών με αυτισμό, φαίνεται πως παρουσιάζουν το πιο έντονο στρες (Amireh, 2018; Kiami & Goodgold, 2017).

Τα παραπάνω συμφωνούν και με πλήθος άλλων ερευνών. Στους γονείς της ομάδας ΔΑΦ, συμπεριλαμβάνεται δυσλειτουργία στη σωματική και ψυχική υγεία. Τα παραπάνω έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην προσαρμοστικότητα ως προς τις νέες συνθήκες και υψηλά ποσοστά διαζυγίων (Amireh, 2018; ASA's, 2006; Brehaut et al., 2009; Giovagnoli et al., 2015; Lai et al., 2015; Padden & James, 2017; The National Autistic Society, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, η Τσιμπιδάκη (2008) υποστήριξε ότι η φροντίδα ενός παιδιού με νευροαναπτυξιακή διαταραχή προκαλεί αυξημένα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης, κοινωνικής απομόνωσης και οικονομικών δυσκολιών λόγω των θεραπειών. Αντίθετα, οι Kayfitz et al. (2010) κατέληξαν στο ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό εκτιμούν ότι η εμπειρία τους έχει και τη θετική της πλευρά. Το γεγονός αυτό, αποδεικνύει έμμεσα ότι η προσαρμογή των γονέων είναι εκάστοτε εφικτή.

Στην παρούσα έρευνα, οι γονείς της ομάδας ΔΑΦ, βρέθηκε να βιώνουν περισσότερο άγχος από την ομάδα ελέγχου. Οι απαντήσεις τους, έδειξαν ότι επιβαρύνονται ιδιαίτερα με τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη συμβίωση με τα παιδιά τους στο φάσμα και κατ' επέκταση την αλληλεπίδραση και με τα άλλα ΤΑ παιδιά τους. Αυτό τους δημιουργεί άγχος και επιπλέον συναισθηματικές φύσεως δυσκολίες. Παρ όλα αυτά καταφέρνουν να «δουν» τη θετική πλευρά της ζωής. Αυτό το επιδιώκουν με τη δημιουργία σχέσεων αλληλοϋποστήριξης με άλλους γονείς με παρόμοιες δυσκολίες.

Ακόμα, μελετήθηκε ο βαθμός που χρησιμοποιούν τους τρόπους επίλυσης προβλημάτων και συμπεριφορικών στρατηγικών οι οικογένειες με παιδί με διάγνωση με

ΔΦΑ σε δύσκολες και προβληματικές καταστάσεις/κρίσεις σε σχέση με τους γονείς που δεν έχουν παιδί με διάγνωση με ΔΦΑ. Από τα ευρήματα της έρευνας δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ερωτηθέντων. Τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση της έρευνας, ότι δηλαδή αναμενόταν συσχέτιση μεταξύ των γονεϊκών στρατηγικών διαχείρισης κρίσεων και του άγχους στα ΤΑ αδέρφια παιδιών με αυτισμό, καθώς δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες και στις δύο ομάδες βρέθηκε να χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες (Luther et al., 2005). Με τις συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, οι γονείς άλλοτε προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και να βρουν άμεση λύση, άλλοτε παραμένουν παθητικοί.

Ωστόσο, έρευνες αναδεικνύουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΦΑ, χρησιμοποιούν πιο συχνά μη προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως την αποφυγή, συγκριτικά με τους γονείς με ΤΑ παιδιά (Lai et al., 2015; Piazza et al., 2014; Wang et al., 2010). Ειδικότερα τα ευρήματα των Lai et al. (2015) επιβεβαιώνονται και από προηγούμενες έρευνες των Pisula & Kossakowska, (2010) στις οποίες υψηλότερα αποτελέσματα στη διαφυγή-αποφυγή σημειώνονται από τους γονείς παιδιών με ΔΦΑ σε σχέση με τους γονείς παιδιών ΤΑ. Με τη συγκεκριμένη μη προσαρμοστική στρατηγική της κοινωνική απομόνωσης και παθητικότητας, πολλοί γονείς με παιδιά ΔΦΑ, βρίσκουν τον τρόπο να μειώνουν το άγχος τους, καθώς αποφεύγουν τις παρατηρήσεις, τα σχόλια και την κριτική του κοινωνικού περιγύρου (ErgunerTekilalp & Accok, (2004; Gray, 1994, 2003). Το εύρημα αυτό μπορεί να κατανοηθεί καθώς μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, παρουσιάζονται πολλές φορές ιδιαίτερα τεταμένες σχέσεις με τους φίλους και το ευρύτερο περιβάλλον της οικογένειας (Myers, 2009).

Η γνωστική στρατηγική του επαναπροσδιορισμού-επανασχεδίασης (reframing), είναι μια αποτελεσματική στρατηγική. Με τη συγκεκριμένη στρατηγική, οι γονείς της ομάδας

ΔΑΦ έχουν ανάγκη να νιώθουν ανθεκτικοί και προσαρμοστικοί. Η παραπάνω τακτική τους βοηθάει να βρουν τρόπους να ανταπεξέλθουν στην πιεστική και αγχωτική φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ. Σύμφωνα με έρευνες, οι γονείς ζητούν βοήθεια μέσω επιστημονικών συμβουλών από κοινωνικές υπηρεσίες για τις οικογενειακές τους δυσκολίες. Ακόμα, αναζητούν άλλες οικογένειες που έχουν διαχειριστεί ανάλογα προβλήματα, καθώς και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί. Έρευνες καταδεικνύουν το σημαντικό ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης (Sarhal & Aqarwal, 2015).

Τα ευρήματα αυτά αποδείχτηκε να συμφωνούν με προηγούμενα και έδειξαν πως οι γονείς μέσω των ιστότοπων κοινωνικών δικτύων (social media sites), έχουν καταφέρει να μειώσουν το άγχος τους, μοιράζοντας πληροφορίες με άλλους φροντιστές. Πιο συγκεκριμένα οι Sarhal and Aqarwal, (2015) αναλύοντας τις αλληλεπιδράσεις αυτές σε ιστολόγια και Twitter, κατέληξαν ότι οι γονείς καταφέρνουν να υπερκεράσουν τις προκλήσεις και να διαχειριστούν αποτελεσματικά το άγχος τους. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο. Σε μικρές επαρχιακές πόλεις, όπως η πόλη από την οποία προήλθε το δείγμα, είναι ίσως πιο εύκολη η κοινωνική υποστήριξη, η οποία είναι σημαντική πηγή βοήθειας για όλες γενικά τις οικογένειες. Μέσα από τη συντροφιά με άλλους γονείς, οι γονείς με παιδιά στο φάσμα, ιδιαίτερα, εκφράζουν τα συναισθήματά τους, ανταλλάσσουν ιδέες, βρίσκουν παρέες και για τα ίδια τα παιδιά τους και ανακουφίζονται για λίγο, γνωρίζοντας ότι η συγκεκριμένη δύσκολη κατάσταση, να έχουν μέλος με αυτισμό, δεν συμβαίνει μόνο σ' αυτούς. Μ' αυτό τον τρόπο, οι γονείς έχουν ανάγκη να επικοινωνούν περισσότερο με άλλους γονείς με παρόμοιες δυσκολίες με τις δικές τους, επειδή νιώθουν ότι μεταξύ τους, καταλαβαίνει ο ένας τον άλλον. Ακόμα, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η συγκεκριμένα διαφορά δεν βρέθηκε, ίσως επειδή πλέον όλο και περισσότερες οικογένειες ενδιαφέρονται για την ψυχική υγεία των παιδιών τους και ανατρέχουν στις υπηρεσίες για πιθανή διάγνωση, προληπτικά.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι χρησιμοποιούν την ικανότητα να αποκτήσουν πνευματική υποστήριξη, όπως ότι έχουν πίστη στο Θεό και ότι πηγαίνουν στην εκκλησία και αναζητούν συμβουλές από τον πνευματικό τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενα. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Das et al. (2017) φάνηκε ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΦΑ, καταφεύγουν στη θρησκεία και την πνευματικότητα για να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις-κρίσεις. Στην παρούσα έρευνα, το εύρημα είναι αναμενόμενο, φαίνεται ότι οι γονείς που μεγαλώνουν παιδιά στο φάσμα, αισθάνονται ότι έχουν την ανάγκη της ελπίδας μιας ανώτερης δύναμης. Το παραπάνω είναι σύνηθες σε επαρχιακές πόλεις, όπως και αυτή από την οποία προήλθε το δείγμα.

Επιπλέον, διερευνήθηκε ο βαθμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που έχουν τα παιδιά-έφηβοι με αδερφό-η με διάγνωση ΔΦΑ σε σύγκριση με αυτά που δεν έχουν αδερφό-η με διάγνωση ΔΦΑ, στο οποίο δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ερωτηθέντων. Οι απόψεις αυτές, συμφωνούν με άλλες έρευνες, και αναδεικνύουν πως τα αδέρφια έχουν καλή συναισθηματική προσαρμογή παρόμοια με τα αδέρφια ΤΑ παιδιών (Gold, 1993; Pilowsky et al, 2004). Ωστόσο, σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι τα αδέρφια παιδιών με ΔΑΦ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα εσωτερίκευσης και καταθλιπτικά συμπτώματα και αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στις σχέσεις τους από ό,τι τα παιδιά σε οικογένειες όπου όλα τα παιδιά αναπτύσσονται τυπικά (Bauminger & Yirmiya 2001; Cuskelly, 2009; Tsamparli et al., 2011; Lovell & Wetherell, 2016).

Στην παρούσα έρευνα, το παρόν εύρημα μπορεί να γίνει κατανοητό, από την άποψη ότι το δείγμα των παιδιών ΤΑ είχε ένα μεγάλο εύρος ηλικιών 8-18 έτη με διαφορετικά αναπτυξιακά επίπεδα. Στις ηλικίες αυτές, παρατηρούνται δύο μείζονες αναπτυξιακές αλλαγές. Η πρώτη αναπτυξιακή αλλαγή είναι το πέρασμα από το στάδιο των συγκεκριμένων νοητικών πράξεων, σε εκείνο των τυπικών νοητικών ενεργειών (Piaget, 1962). Η δεύτερη αναπτυξιακή αλλαγή είναι η είσοδος στην ήβη στην ηλικία αυτή, με τις χαρακτηριστικές βιολογικές και

ψυχολογικές συνέπειες. Επιπλέον, ίσως αυτές οι αλλαγές να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τα αγόρια με τα κορίτσια.

Τέλος, διερευνήθηκε ο βαθμός των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων του άγχους που έχουν τα παιδιά-έφηβοι με αδερφό-η με ΔΦΑ σε σχέση με αυτά που δεν έχουν αδερφό-η με διάγνωση με ΔΦΑ. Η κλίμακα άγχους των παιδιών δεν μπόρεσε να αναδείξει τη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων. Ωστόσο από τα περιγραφικά δεδομένα, μόνο, υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση, στο πόσο συχνά είχαν άγχος τα παιδιά στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους, όπου εκείνα που είχαν αδερφό/ή με ΔΦΑ είχαν πιο συχνά άγχος.

Σύμφωνα, με τα παραπάνω, οι Petalas et al. (2009), διαπίστωσαν ότι αδέρφια ΤΑ με αδέρφια με ΔΦΑ κινδυνεύουν από την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Ακόμα, οι Lefkowitz et al. (2007) σε έρευνα παιδιών ΤΑ με αδέρφια ΔΦΑ βρήκαν αυξημένες ανησυχίες για το μέλλον. Επιπλέον οι Cassel et al. (2007) ερευνώντας παιδιά με ΤΑ με αδέρφια με ΔΦΑ, παρατήρησαν ότι τα πρώτα χαμογελούν λιγότερο σε σύγκριση με παιδιά ΤΑ που δεν έχουν αδέρφια με ΔΦΑ. Σε αντίθεση, με τα προηγούμενα, άλλες μελέτες, βρήκαν ότι τα αδέρφια ΤΑ αποκόμισαν θετική επίδραση από τη σχέση με τον αδερφό-η τους με ΔΦΑ στα δικά τους προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως η αυξημένη ενσυναίσθηση και κατανόηση και πολλαπλά συναισθήματα (Angell et al., 2012; Chan & Goh, 2014; Corsano et al., 2017; Cridland et al., 2016; Gorjy et al., 2017; Παυλοπούλου & Δημητρίου, 2019; Petalas et al., 2012; Ward et al., 2016 (Petalas et al., 2012).

Στην παρούσα έρευνα, το παραπάνω εύρημα, θα μπορούσε να κατανοηθεί, από το γεγονός, ίσως ότι, τα παιδιά ΤΑ υπερεκτιμούν την αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους. Ίσως ακόμα τα ΤΑ αδέρφια να έχουν ανάγκη να περιγράψουν πως θα ήθελαν να είναι η αλληλεπίδραση με τους άλλους και κατ' επέκταση με τα αδέρφια τους. Ίσως, δηλαδή

επιθυμούν τη σχέση μαζί τους, χωρίς διαπληκτισμούς και φασαρίες και επομένως χωρίς άγχος και εσωτερικευμένες δυσκολίες.

Επομένως, τα ευρήματα από μελέτες που έχουν αναφέρει αποτελέσματα για αδέρφια παιδιών με αυτισμό είναι διφορούμενα. Τα συγκεκριμένα ευρήματα κυμαίνονται από αρνητικό αντίκτυπο, έως θετική εμπειρία (Kovshoff et al., 2017). Η συγκεκριμένη μελέτη, θα απαιτήσει περισσότερη έρευνα για να προσδιοριστεί ποιες πτυχές του να έχεις ένα αδερφό ή μια αδερφή με ΔΦΑ, προκαλούν άγχος στα αδέρφια ΤΑ (Shivers et al., 2017).

5.1 Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα ήταν συγχρονική, επομένως δεν μπορούν να εξαχθούν αιτιώδη συμπεράσματα για τη σχέση γονικού άγχους και άγχους ΤΑ αδερφών παιδιών με ΔΦΑ. Επιπλέον κύριος περιορισμός ήταν το γεγονός ότι, ο αριθμός των 197 οικογενειών που συμμετείχαν είναι ένας αριθμός που θεωρείται πολύ μικρός για να μπορέσουν να προκύψουν αξιόπιστα αποτελέσματα και να υπάρξει η σχετική γενίκευση στον συνολικό πληθυσμό. Ακόμη, η δυνατότητα για γενίκευση στα αποτελέσματα θα μπορούσε να υπάρξει μόνο με την εφαρμογή τυχαίας δειγματοληψίας. Μόνο μέσω της τυχαία δειγματοληψίας θα μπορεί να προκύψει αντιπροσωπευτικό δείγμα. Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα ήταν περισσότερο δείγμα ευκολίας.

Κάτι που ίσως επηρεάζει και θέτεται ως περιορισμός, επίσης ήταν ότι με βάση τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, το δείγμα των παιδιών ΤΑ είχε ένα μεγάλο εύρος ηλικιών 8-18 με διαφορετικά αναπτυξιακά επίπεδα. Επιπλέον, ίσως αυτές οι αλλαγές να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τα αγόρια με τα κορίτσια. Ακόμα, ίσως μπορεί οι απαντήσεις των παιδιών να κυμάνθηκαν με το τι θα επιθυμούσαν οι γονείς, ενώ οι έφηβοι με το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό. Επιπλέον κύριος περιορισμός, ήταν το γεγονός, ότι το δείγμα των οικογενειών προερχόταν από μια συγκεκριμένη επαρχιακή περιοχή, χωρίς έντονες δημογραφικές διαφοροποιήσεις. Ακόμα, περιορισμός αποτελεί στην παρούσα έρευνα το γεγονός ότι ως

αναφορά στο δείγμα των γονέων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από τις μητέρες. Τέλος, αξιοποιήθηκαν ερωτήσεις ως ανεξάρτητος παράγοντας που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας.

5.2 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Μελλοντικά, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια έρευνα με τη συμμετοχή οικογενειών από περισσότερες γεωγραφικές περιοχές που θα είναι αντιπροσωπευτικό του δείγματος των οικογενειών στον ελληνικό πληθυσμό. Ενδιαφέρον θα έχει συμμετοχή στην έρευνα και ατόμων που έχουν εισέλθει στην ενήλικη ζωή. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαμε ίσως να δούμε τη διαφορά στον τρόπο διαχείρισης του άγχους μεταξύ παιδιών-νεαρών ενηλίκων.

Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα ωφεληθούν επίσης από τη χρήση διαφορετικών μετρήσεων άγχους, πέρα από τα σύντομα ερωτηματολόγια. Πρόσθετες έρευνες με βιολογικές εξετάσεις, όπως είναι οι μελέτες ημερήσιας κορτιζόλης, της τελεστικής ορμόνης του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), έχουν αποκαλύψει αλλοιωμένα συστατικά της ορμόνης στο στρες σε γονείς παιδιών με ΔΦΑ. Τέτοια χημικά ευρήματα, μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη των ΤΑ αδερφών. Ως εκ τούτου, οι βιολογικές μετρήσεις του στρες αποτελούν σημαντικό παράγοντα για μελλοντικές έρευνες ((Saxbe, 2008; Shirtcliff & Essex, 2008).

Ακόμα, η παρούσα έρευνα θα βοηθήσει να αναπτυχθούν πεδία κλινικών εφαρμογών σε ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι συγκεκριμένες θεραπείες θα εκπαιδεύσουν τους γονείς και τα αδέρφια ΤΑ παιδιών με αυτισμό σε διάφορα θέματα. Συγκεκριμένα, μέσω των προσεγγίσεων εκπαιδεύονται στην έκφραση των συναισθημάτων τους και τη διαχείριση των συναισθημάτων τους. Η έκφραση του άγχους και των εσωτερικευμένων προβλημάτων, θα ανακουφίσει τους γονείς και τα αδέρφια και θα τους κινητοποιήσει για τη διαχείριση των δυσκολιών τους.

Συμπερασματικά, αυτή η έρευνα θα παρέχει ένα σημαντικό βήμα καθώς περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο τα αδέρφια ΤΑ και οι γονείς τους, μπορεί να βιώσουν επιπτώσεις συναισθηματικής και ψυχικής υγείας όταν υπάρχει στην οικογένεια παιδί με ΔΦΑ. Η συγκεκριμένη έρευνα, θα παρέχει τη βάση για μελλοντική έρευνα για το άγχος τόσο των ΤΑ αδερφών, όσο και των γονέων για τα ΤΑ παιδιά (Shivers et al., 2017). Κλείνοντας, λόγω των προαναφερθέντων, η μελέτη των συναισθηματικών δυσκολιών στα ΤΑ αδέρφια παιδιών με ΔΑΦ, κρίνεται σημαντική.

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

- Abidin, R. (1997). PSI: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress* (pp. 277-291). *The Scarecrow Press*.
- Achenbach, T.M., & Howell, C.T. (1993). Are american children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1154.
- Altiere, M. J., & von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(2), 142-152. <https://doi.org/10.1080/13668250902845202>
- American Psychiatric Association (2015). *Guidelines for anxiety disorders in children and adolescents*. <http://www.aacap.org>
- Amireh, M. M. H. (2018). Stress levels and coping strategies among parents of children with Autism and down syndrome: The effect of demographic variables on levels of stress. *Child Care in Practice*, 25(2), 146-156. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1446907>
- Angell, M., Meadan H., Stoner J. (2012). Experiences of siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research & Treatment*, 2012, 949586. <https://doi.org/10.1155/2012/949586>
- Asamow, J. R, Goldstein, M. J, Tompson, M., & Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: Evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129–137. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb00975>
- Blacher, J., & Marcoulides, G. A. (2013). Mothers of children with developmental disabilities: Stress in early and middle childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3449-3459.
- Bakare, O. M., Agomoh, O. A., Ebigbo, O. P., Eaton, J., Okonkwo, O. K., Onwukwe, U. J., & Onyeama, M. G. (2009). Etiological explanation, treatability and preventability of childhood autism: A survey of nigerian healthcare workers' opinion. *Annals of General Psychiatry*, 8,6.
- Banda, D. R. (2015). Review of sibling interventions with children with Autism. *Education & Training in Autism & Developmental Disabilities*, 50(3), 303–315. <https://doi.org/www.jstor.org/stable/24827512>
- Benderix, Y., Nordstrom, B., & Sivberg, B. (2007). Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home: a case study. *Autism*, 10(6), 629-41.
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524.

- Betts, J., Gullone, E., & Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Development Psychology*, 27(2), 473-485.
- Βίλλη, Μ. Β. (2018). *Ψυχικές δυνάμεις ως έννοιες της θετικής ψυχολογίας γονέων παιδιών με αυτισμό*. (Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ελλάδα).
- Blacher, J., & Baker, B. L. (2017). Collateral effects of youth disruptive disorders on mothers' psychological distress: Adolescents with autism spectrum disorder, intellectual disability or typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Bongers, I., Koot, H., Van der Ende, J. & Verhulst, F. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 179–192.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1982). Psychologic functioning of siblings of disabled children. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 397-416.
- Bralten, J., Hulzen, J.K., Martens, B.M., Gallesloot, E. T., Vasquez. A.A., Kiemeney, A.L., Buitelaar, K.J., Muntjewerff, W.J., France, B., & Poelmans, G. (2017). Autism spectrum disorders and autistic traits share genetics and biology. *Molecular Psychiatry*, 23, 1205-1212.
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147–166.
- Cassel, T. D., Messinger, D. S., Ibanez, L. V., Haltigan, J. D., Acosta, S. I. & Buchman, A. C. (2007). Early Social and Emotional Communication in the Infant Siblings of Children with Autism Spectrum Disorders: An Examination of the Broad Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 122-132.
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Autism spectrum disorder: Data and statistics. <https://doi.org/www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Chan, G. W. L., & Goh, E. C. L. (2014). My parents told us that they will always treat my brother differently because he is autistic' - are siblings of autistic children the forgotten ones? *Journal of Social Work Practice*, 28(2), 155–171. <https://doi.org/10.1080/02650533.2013.844114>
- Charman T., Young G.S., Brian J., Carter A., Carver L.J., Chawarska K., Curtin S., Dobkins K., Elsabbagh M., Georgiades S., et al. Non-ASD Outcomes at 36 Months in Siblings at Familial Risk for Autism Spectrum Disorder (ASD): A Baby Siblings Research Consortium (BSRC) Study. *Autism Res.* 2017;10:169–178. <https://doi.org/10.1002/aur.1669>
- Cidav, Z., Marcus, S. C. & Mandell, D. S. (2012). Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*, 129(4), 617-623. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2700>

- Cleveland, D. W., & Miller, N. (1977). Attitudes and life commitments of older siblings of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*, *15*, 38-41.
- Colman I, Ploubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ. (2007). A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course, *62*:1265–1271.
- Compas, B. E, Connor-Smith, J. K, Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*, *127*:87. [https://doi.org/ 10.1037/0033-2909.127.1.87](https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87).
- Corbett, B., Carmean, V., Ravvizza, S., Wendelken, C., Henry, M., Carter, C., Rivera, S. (2009). A functional study of emotion and face processing in children with autism. *Psychiatry Treserch: Neuroimaging* *173* 196-205.
- Corsano, P., Musetti, A., Guidotti, L., & Capelli F. (2017). Typically developing adolescents' experience of growing up with a brother with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, *42*(2), 151–161. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1226277>
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., & Margari, F.(2016). Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Research*, *242*, 121-129.
- Crnic, K. A. & Greenberg, M. T. (1990). *Minor parenting stresses with young children*. *Child Development*, *61*(5), 1628-1637. <https://doi.org/10.2307/1130770>
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*, *22*(1), 3-19.
- Dardas, L. A. (2015). Stress, coping strategies, and quality of life among jordanian parents of children with autistic disorder. *Autism*, *4*(1), 1-6.
- Das, S., Das, B., Nath, K., Dutta, A., Borra, P., & Hazarika, M.(2017). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with Autism: A North-East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, *28*, 133-139.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord*, *38*(7), 1278-91.
- Debarma, R., & Bhattacharjee (2018). Impact of caring and overprotecting parenting style on emotional intelligence and adjustment of school students. *Journal of Psychosocial Research* *13*(1), 91.
- Derguy, C., M'Bailara, K., Michel, G., Roux, S. & Bouvard, M. (2016). The Need for an ecological approach to parental stress in autism spectrum disorders: The combined role of individual and environmental factors. *Journal Of Autism And*

- Developmental Disorders*, 46(6), 1895-1905. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2719-3>
- Dinleyici, M., & Dağlı, F.Ş. (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease, *Türk Pediatri Arşivi*, 53(4), 205-213. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.6778>.
- Dua, V., (2008). Commentary on Separation, Autism, and Residential Treatment: Tapping the Strengths of the ASD Parent. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 17(1), 28.
- Duarte, C., Bordin, I., Yazigi, L. & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9(4), 416-427. <https://doi.org/10.1177/1362361305056081>.
- Eapen, V., & Guan, J. (2016). Parental quality of life in autism spectrum disorder: Current status and future directions. *Acta Psychopathologica*, 2(1), 112-123.
- Edwards, B. (2009). Research note. Parents and educators working as an action research team. *Educate*, 9(1), 8-11.
- Ergunel-Tekinlalp, B., & Akkok, F. (2004). The effects of coping skills training program on the coping skills, hopelessness, and stress levels of mothers of children with autism. *International journal for the Advancement of counseling*, 26, 257-269.
- Esfahani, N. F., Shooshtari, M., Sofsadi, L., Saeed, F., Jalai, F., Farsham, A., & Bidaki, R. (2018). Internalizing and Externalizing Problems, Empathy Quotient, and Systemizing Quotient in 4 to 11 Years-Old Siblings of Children with Autistic Spectrum Disorder Compared to Control Group. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(3): 191–199.
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The Factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3185-3203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4>
- Fernandez-Alcantara, M., Garcia-Caro, M. P., Perez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz- Quintana F., 2016 Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312-321. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.05.007>
- Findler, L., Klein Jacoby, A., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 44-54.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. & Rutter, M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001, 179, 210–217.

- Φραγγογιάννη, Μ., (2016). *Η επίδραση παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη σχέση των γονέων του*. (Διδακτορική διατριβή). Ανακτήθηκε από το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/>
- Gatzoyia, D., Kotsis, K., Koullourou, I., Goulia, P., Carvalho, A., Soulis, S., Hyphantis, T. (2014) The association of illness perceptions with depressive symptoms and general psychological distress in parents of an offspring with autism spectrum disorders. *Disability and Health Journal*, 7 176-180.
- Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. (2011). Perinatal and neonatal risk factors for autism: A comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344–355.
- Gardiner, E., & Iarocci, G. (2015). Family quality of life and ASD: The role of child adaptive functioning and behavior problems. *Autism Research*, 8, 199-213.
- Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J. & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.007>
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's Depression Inventory (CDI) in a nation-wide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-009-0005-z.
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L.m., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena, L., et al. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research In Developmental Disabilities*, 45-46, 411-421.
- Glasberg, A. (2000). The development of siblings' understanding of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 143–156.
- Gonela, X.E. (2006). *Αντισμός ανίγματα και πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Οδυσσέας.
- Gong, Y., Du, Y., Li, H., Zhang, X., An, Y. & Wu, B. L. (2015). Parenting stress and affective symptoms in parents of autistic children. *Science China Life Sciences*, 58(10), 1036-1043. <https://doi.org/10.1007/s11427-012-4293-z>
- Gorjy, R. S., Fielding, A., & Falkmer, M. (2017). “It’s better than it used to be”: Perspectives of adolescent siblings of children with an autism spectrum condition. *Child & Family Social Work*, 22, 1488–1496. <https://doi.org/10.1111/cfs.12371>
- Green, L. (2013). The well-being of siblings of individuals with autism. *ISRN Neurology*. <https://doi.org/10.1155/2013/417194>
- Gupta, V. B., Mehrotra, P., & Mehrotra, N. (2012). Parental stress in raising a child with disabilities in india. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 23(2),

41-52.

- Hallett, V., Ronald, A., Colvert, E., Ames, C., Woodhouse, E., Lietz, S., ... & Bolton, P. (2013). Exploring anxiety symptoms in a large-scale twin study of children with autism spectrum disorders, their co-twins and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1176-1185.
- Hansen, S.N., Schendel, D.E., Francis, R.W., Windham, G.C., Bresnahan, M., Levine, S.Z., Reichenberg, A., Gissler, M., Kodesh, A., Bai, D. (2019). Recurrence Risk of Autism in Siblings and Cousins: A Multinational, Population-Based Study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 58:866–875. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.017>
- Harrop, C., McBee, M. & Boyd, B. A. (2016). How Are Child Restricted and Repetitive Behaviors Associated with Caregiver Stress Over Time? A Parallel Process Multilevel Growth Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 1773-1783. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2707-7>
- Hastings, R.P. (2016). Do children with intellectual and developmental disabilities have a negative impact on other family members? The case for rejecting a negative narrative. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 50:165–194. <https://doi.org/10.1016/bs.irrdd.2016.05.002>
- Heward, W.L. (2009). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Τόπος.
- Hill, L. E. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8 (1).
- Hodapp RM, Glidden LM, Kaiser AP. (2005). Αδέλφια ατόμων με αναπηρία: προς μια ερευνητική ατζέντα. *Mental Retardation* 43: 334–338.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- Hoogsteen, L. & Woodgate, R. L. (2013). Centering autism within the family: A qualitative approach to autism and the family. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.002>.
- Huang, R., Potla, S., Bhalla, S., Qabandi, Y., Nandula, S., Boddepalli, C., Gutlapalli, S., Lavu, V. (2022). The Clinical Implications of the Academic Performance of the Siblings of Individuals With Autism Spectrum Disorder. *Published via California Institute of Behavioral Neurosciences and Psychology*.
- Hurley, R., Losh, Parlier, M., Reznick, J. S. & Piven, J. (2007). The broad autism phenotype questionnaire. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37,1679–1690. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0299-3>

- Hyde, S., Mezulis, H., & Abramson, Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating, affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.
- Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M. (2010). Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype. *Autism Research*. <https://doi.org/10.1002/aur.170>
- Ivarsson, T., & Melin, K. (2008). Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of anxiety disorders*, 22(6), 969- 978.
- Junbauer, J. & Meye, N. (2008). Burden and need for assistance in parents of autistic children. *Europe PMC*, 57(7): 521-535
- Καφέτσιος, Κ. & Λυδάκη, Π. (2005). *Τύποι δεσμού και ψυχική υγεία στην καθημερινή αλληλεπίδραση: Ο ρόλος των συναισθημάτων στο διαπροσωπικό πλαίσιο*. Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιου Κρήτης. 1, 95-112
- Karst, J. S. & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 15(3), 247-277. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6>
- Καλαντζή, Α., & Σοφianoπούλου, Α. (2016). *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών και εφήβων*. Πεδίο.
- Καλογεροπούλου, Ε., & Μαυροπούλου, Σ. (2006). Τα αδέρφια μας με αυτισμό.
- Kaminsky, L., Dewey, D. (2002). Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43: 225–232.
- Karaivazoglou, K., Papadaki, E., Ikononou, G., Touliatos, G., Kotsopoulos, S., Assimakopoulos, K. (2019). Psychological distress and health-related quality of life in parents of children referred to an outpatient service for children with developmental disorders. *Austr Psychiatry*, 27, 152-156. <https://doi.org/10.1177/1039856218815754>
- Kiami, S. & Goodgold, S. (2017). Support needs and coping strategies as predictors of stress level among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism Research And Treatment*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2017/8685950>
- Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006).. *Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory)*. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Ελληνικά Γράμματα.
- Κολαΐτης, Γ. (2020). *Σύγχρονη ψυχιατρική παιδιού και εφήβου*. Βήτα.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Kovshoff, H., Cebula, K...& Hastings, P. (2017). Sibling of children with autism: the siblings embedded systems framework. *Current development disorders reports* 4(2):37-45.

- Κουκουρίκη, Ε., Σούλης, Σ. Γ., & Ανδρεουλάκης, Ε. (2020). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα ΤΑ αδέρφια παιδιών με αυτισμό. Συσχετισμοί με το γονικό άγχος και την κοινωνική υποστήριξη. *National Autistic Society*, 25(2) <https://doi.org/10.1177/1362361320966847>.
- Κυπριωτάκη, Μ. (2011). Αυτισμός και μίμηση. *Ελληνική Ψυχολογική Εταιρία*, 18(1).
- La Greca A. & Lopez N. Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83–94.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leadbeater, B.J., Blatt, S.J., Quinlan, D.M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 5: 1–29.
- Lee, J. (2013). Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4255-4273.
- Lefkowitz, E. G., Crawford, S., & Dewey, D. (2007). Living with impairment: Behavioral, emotional and social adjustment of siblings of children with autism. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 6, E-pub.
- Lobato, D.J., & Kao, B.T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 711-716.
- Maenner M.J., Shaw K.A., Bakian A.V., Bilder D.A., Durkin M.S., Esler A., Furnier S.M., Hallas L., Hall-Lande J., Hudson A., et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill. Summ.* 2021;70:1–16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>
- Mandleco, B., & Webb, E. M. (2015). Sibling perceptions of living with a young person with Down syndrome or autism spectrum disorder: An integrated review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 20(3), 138-156. <https://doi.org/10.1111/jspn.12117>
- McCubbin, H., Thompson, A., & McCubbin, M. (1996). Family assessment: Resiliency, coping and adaptation - inventories for research and practice. Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McEwen, B.S.(2017). *Neurobiological and systemic effects of chronic stress:Chronic stress.I*:1-18.
- McHale, S. M., Updegraff, K. A., Feinberg, M. E. (2016). Siblings of youth with autism spectrum disorders: Theoretical perspectives on sibling relationships and individual adjustment. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 46(2), 589–602. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2611-6>
- McStay, R. L., Trembath, D. & Dissanayake, C. J. (2015). Raising a Child with Autism: A Developmental Perspective on Family Adaptation. *Current Developmental*

- Disorders Reports*, 2(1), 65-83. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0037>
- Meadan, H., Halle, J. W., Ebata, A. T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children*, 77(1), 7–36. <https://doi.org/10.1177/001440291007700101>
- Mellon, R. & Mutavelis, A. (2007). The Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 1-21.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication- Adolescent Supplement (NCS-A) *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 49, 10: 980-989.
- Messinger D., Young G.S., Ozonoff S., Dobkins K., Carter A., Zwaigenbaum L., Landa R.J., Charman T., Stone W.L., Constantino J.N., et al. Beyond Autism: A Baby Siblings Research Consortium Study of High-Risk Children at Three Years of Age. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2013;52:300–308. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.011>
- Meyer K.A., Ingersoll B., Hambrick D.Z. Factors Influencing Adjustment in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorders. *Res. Autism Spectr: Disord*. 2011;5:1413–1420. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.01.027>
- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B. & Baixauli, I. (2019). Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 10, 464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464>
- Mohammadi, M., & Zarafshan, H. (2014). Family function, Parenting Style and Broader Autism Phenotype as Predicting Factors of Psychological Adjustment in Typically Developing Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder. *Iran Psychiatry*, 9(2), 55–63.
- Moyson, T., & Roeyers, H. (2011). The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Children*, 78, 41-55.
- National institute for health and care excellence. (2013). *Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management*. NICE guideline 170.
- Ntre, V., Papanikolaou, K., Triantafyllou, K., Giannakopoulos, G., Kokkosi, M., Kolaitis, G. (2018). Psychosocial and financial needs, burdens and support, and major concerns among greek families with children with autism spectrum disorder (ASD). *Intern J Car Sci*, 11, 985-995.
- Obeid, R. & Daou, N. (2014). The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with autism spectrum

- disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 59-70.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.11.003>
- Olkoniemi, E., Postava, K., Suckosdorff, D., Suominen, A., Gyllenberg, D., Chudal, R., Leivonen, S., Gissler, M., Brown, A & Sourander, A. (2016). Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Probands With Autism Spectrum Disorders. *Jama psychiatry*, 73(6), 622-9.
- Ornoy, A., & Weinstein-Fudim, L., & Ergaz, Z. (2015). Prenatal factors associated with autism spectrum disorders (ASD), 56, 155-169. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2015.05.007>
- Orsmond, G. I., & Seltzer, M. M (2009). Adolescent siblings of individuals with autism spectrum disorder: Testing a diathesis-stress model of sibling well-being. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1053–1065.
- Ozonoff S., Young G.S., Carter A., Messinger D., Yirmiya N., Zwaigenbaum L., Bryson S., Carver L.J., Constantino J.N., Dobkins K., et al. Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*. 2011;128:e488–e495. <https://doi:10.1542/peds.2010-2825>
- Padden, C.M., & James, J.E. (2017). Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29 (4), 567-586.
- Patricia, A., & Deborah, C. (2009). The impact of children with high functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437-451.
- Pavlopoulou, G., & Dimitriou, D. (2020). In their own words, in their own photos: Adolescent females' siblinghood experiences, needs and perspectives growing up with a preverbal autistic brother or sister. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 1–14.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103556>
- Pepperell, T., Paynter, J., & Gillmore, L. (2016). Social support and coping strategies of parents raising a child with autism spectrum disorder. *Early child development and Care*, 1-13.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2016.1261338>
- Petalas, M. A., Hastings, R. P., Nash, S., Reilly, D., & Dowey, A. (2012). The perceptions and experiences of adolescent siblings who have a brother with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(4), 303–314.
- Phetrasuwan, S., & Shandor, Miles, M., (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(3), 157-165.

- Picardi, A., Gigantesco, A., Tarolla, E., Stoppioni, V., Cerbo, R., Cremonese, M., Alessandri, G., Lega, I., Nardocci, F. (2018). Parental burden and its correlates in families of children with autism spectrum disorder: A multicentre study with two comparison groups. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 14, 143-176.
- Rew, L., Johnson, K., Young, C. (2014). A systematic review of interventions to reduce stress in adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 851–863.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2014.924044>
- Rillotta, F., Kirby, N., & Shearer, J. (2011). A Comparison of Two Family Quality of Life Measures. An Australian Study. *Journal of research gate*, 305-348.
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Child to adult continuities of psychopathology: a 24- year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2009, 120:230–238
- Ross, P. M., & Cuskelly, M. (2009). Adjustment, sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31:77–86. <https://doi.org/10.1080/13668250600710864>
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuza-Halkola, R. (2014). The familial risk of autism. *JAMA*, 311(17), 1770-1777.
- Saxena, M., & Adamsons, K. (2013). Siblings of individuals with disabilities: Reframing the literature through a bioecological lens. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 300–316. <https://doi.org/10.1111/jftr.12021>
- Schaaf, R. C., Toth-Cohen, S., Johnson, S. L., Outten, G., & Benevides, T. W. (2011). The everyday routines of families of children with autism: Examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism*, 15(3), 373-389.
- Schutte, C., Richardson, W., Devlin, M., Hill, J., Ghossainy, M. & Hewitson, L. (2018). The relationship between social affect and restricted and repetitive behaviors measured on the ADOS-2 and maternal stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 751-758. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3453-1>
- Searing, B. M. J., Graham, F., & Grainger, R. (2015). Support needs of families living with children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3693-3702.
- Shivers, C., Jackson, J. B., McGregor, C. M. (2019). Functioning among typically developing siblings of individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 22, 172–196. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0269-2>.
- Silva, L. M. & Schalock, M. (2012). Autism parenting stress index: initial psychometric evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 566-574.

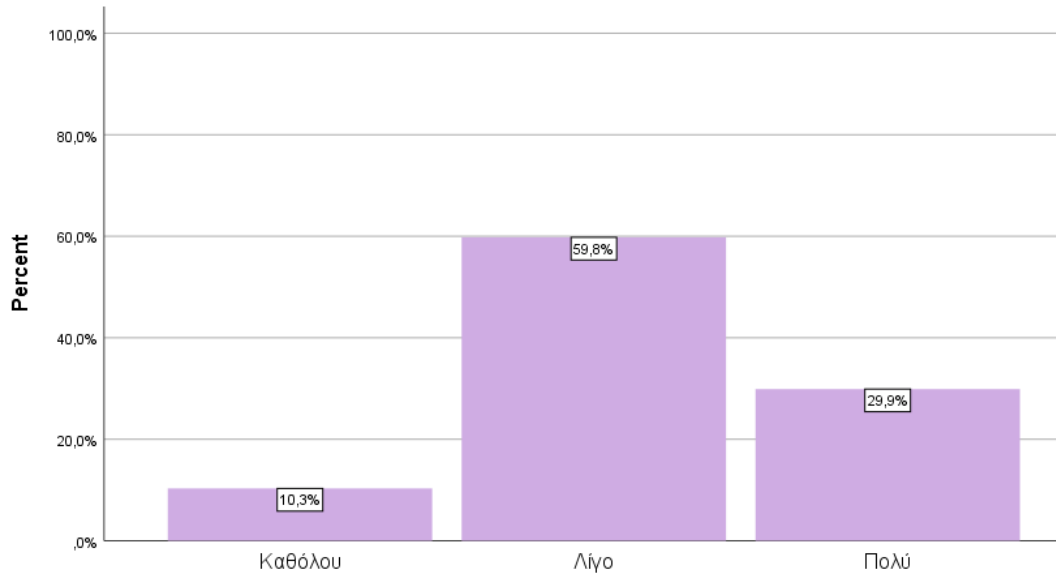
- Sim, A., Vaz, S., Cordier, R., Joosten, A., Parsons, D., Smith, C. & Falkmer, T. (2017). Factors associated with stress in families of children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 21(3), 155-165.
- Slattery, E., McMahon, J., & Gallaher, S. (2017). Optimism and benefit finding in parents of children with developmental disabilities: The role of positive reappraisal and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 65, 12-22
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Stampoltzis, A., Defingou, G., Antonopoulou, K., Kouvava, S., & Polychronopoulou, S. (2014). Psychosocial characteristics of children and adolescents with siblings on the autism spectrum. *Eur J Spec Needs Educ*, 29, 474–90. <https://doi.org/10.1080/08856257.2014.922811>
- Stanojevic, N., Nenadovic, V., Fatic, S. & Stokic, M. (2017). Exploring factors of stress level in parents of children with autistic spectrum disorder. *Specijalna Edukacija I Rehabilitacija*, 16(4), 445-463. <https://doi.org/10.5937/specedreh16-13861>
- Steensel, J.A.F., Bogels, M.S., Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *National Library of Medicine*, 14(3), 302-317.
- Στεργιοπούλου, Β., (2017). *Ερευνώντας τη λειτουργία της ελληνικής οικογένειας : μια βιβλιογραφική ανασκόπηση*, (Διδακτορική διατριβή). <https://elocus.lib.uoc.gr>.
- Stoppelbein, L., Biasini, F., Pennick, M., & Greening, L. (2016). Predicting internalizing and externalizing symptoms among children diagnosed with an autism spectrum disorder: the role of routines. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 251-261.
- Stille, C., Turchi, R., Antonelli, R., Campana, M., Cheng, T., & Perrin, R. (2010). The family centered medical home. *Academic Pediatrics*, 10(4), 211-217.
- Thakuri, B. S. (2017). Stress and coping mechanism among the parents of intellectual disabled children. *Journal of Advanced Academic Research*, 1(2), 56-63.
- Thomas, S., Reddy, K., Sagar, J. V. (2015). Psychosocial issues of siblings of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Advanced Research*, 3, 119–124.
- Tomeny TS, Barry TD, Bader Sh. (2014). Birth order rank as a moderator of the relation between behavior problems among children with an autism spectrum disorder and their siblings. *Autism* 18: 199–202
- Tsai, H.W. J., Cebula, K., Liang, S. H., & Fletcher-Watson S. (2018). Siblings' experience of growing up with children with autism in Taiwan and the United Kingdom. *Research in Developmental Disabilities*, 83, 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.09.001>
- Tsamparli, A., Tsibidaki, A., & Roussos, P. (2011). Siblings in Greek families: Raising a child with disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 13(1), 1-19.

- Tsao L. L., Davenport R., Schmiege C. (2012). Supporting siblings of children with autism spectrum disorders. *Early Childhood Education Journal*, 40(1), 47–54.
<https://doi.org/10.1007/s10643-011-0488-3>
- Vanegas, S., Davidson, D. (2015). Investigating distinct and related contributions of weak central coherence, executive dysfunction and systemizing theories to the cognitive profiles of children with ASD and typically development children. *Research in autism spectrum disorders*, 11, 77-92.
- Van Esch, L., O'nions, L., Hannes, K., Ceulemans, E., Van Leeuwen, K. & Noens, I. (2018). Parenting children with autism spectrum disorder before and after the transition to secondary school. *Advances in neurodevelopmental disorders*, 2, 179-189.
<https://doi.org/10.1007/s41252-018-0058-4>
- Vernhet, C., Dellapiazza, F., Blanc, N., Cousson-Gelie, F., Miot, S., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2018). Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Verté S, Roeyers H, Buysse A. (2003). Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child: Care, Health and Development* 29: 193–205.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00331>
- Wadsworth, E., Hudziak J.& Heath, C. (2001) Latent class analysis of child behavior checklist anxiety/depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, 40(1), 106–114.
- Wall, K. (2010). *Autism and Early Years Practice*, 2, Sage.
- Walton, M. K., & Ingersoll, R. B. (2015). Psychosocial Adjustment and Sibling Relationships in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder: Risk and Protective Factors Affiliations expand. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 45(9), 2764- 78.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2440-7>.
- Ward, B., Smith, Tanner B., Mandleco, B., Dyches, T. T., & Freeborn, D. (2016). Sibling experiences: Living with young persons with autism spectrum disorders. *Paediatric Nursing*, 42(2), 69–76.
- Watson, L., Hanna, P., & Jones, J. C. (2021). A systematic review of the experience of being a sibling of a child with an autism spectrum disorder. *Sage Journal*, 26(3) 734–749.
- Williams, C., Wright, B. (2004). How to live with autism and asperger syndrome. Practical strategies for parents and professionals. *Jessica Kingsley Publishers*,
- Wing, L. (1981). *Asperger's syndrome: A Clinical Account*. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- Woodman, A. C., & Hauser-Cram, P. (2013). The role of coping strategies in predicting change in parenting efficacy and depressive symptoms among mothers of adolescents with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(6), 513-530.

- World Health Organization (Ed.) (1992). ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders, *Clinical Description and Diagnostic Guidelines*.
- Wright, J. (2018). Siblings of children with autism have social, emotional problems. *Spectrum | Autism Research News*.
- Zaidmam-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Vaillancourt, T., Smith, I. M., Szatmari, P. & Thompson, A. (2017). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism, 21*(2), 155-166.
- Zheng, L., Grove, R., & Eapen, V. (2017). Predictors of maternal stress in pre-school and schoolaged children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 1*-10.
- Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Jones, M.B., Bryson, S.E., MacLean, J.E., Mahoney, W.J. (2002). Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41*(5), 572–579. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00015>.

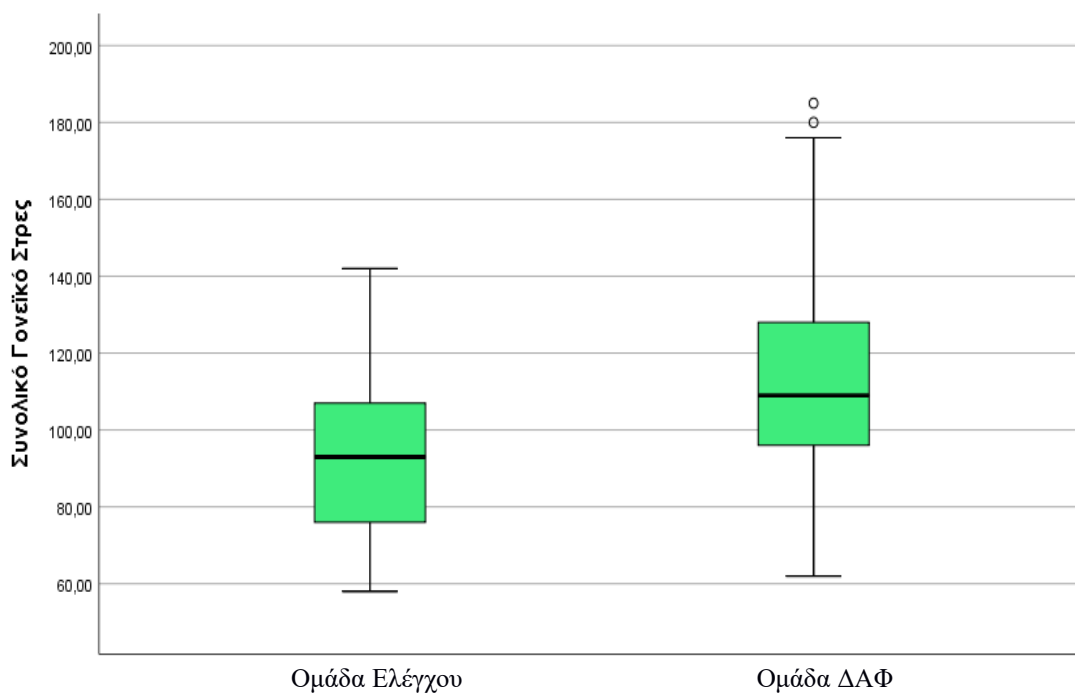
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ “Α” Πίνακας Γραφημάτων

Γράφημα 1 Επίπεδο Άγχους Παιδιών που είχαν Αδερφό/ή με ΔΦΑ από τη Συμπεριφορά τους/της



Γράφημα 2

Βαθμολογία Συνολικού Στρες Γονιών ανάλογα με το αν είχαν ή όχι παιδί με Διάγνωση ΔΦΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ‘Β’



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Αθήνα, 28.04.2023

Αρ. Πρωτ.: 741

Προς την Γραμματεία
της Ιατρικής Σχολής

(Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια κα Καλυβίτη Μαρία)

Θέμα: Ερευνητικό πρωτόκολλο της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της υποψήφιας Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας κας **Καλυβίτη Μαρίας**, με τίτλο: «Το άγχος στα αδέλφια ηλικίας 8 -18 ετών παιδιών με διαταραχή φάσματος του αυτισμού. Συσχέτιση με το άγχος των γονέων στο γονεϊκό τους ρόλο και τις γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης - αντιμετώπισης κρίσεων»

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Παπανικολάου Αικατερίνη (επιβλέπουσα), Κολαΐτης Γεράσιμος, Γιαννακόπουλος Γεώργιος

Η Επιτροπή Βιοηθικής & Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής στη συνεδρίασή της, στις **28.04.2023**, ενέκρινε το Ερευνητικό πρωτόκολλο της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της υποψήφιας Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας κας **Καλυβίτη Μαρίας**, με τίτλο: «Το άγχος στα αδέλφια ηλικίας 8 -18 ετών παιδιών με διαταραχή φάσματος του αυτισμού. Συσχέτιση με το άγχος των γονέων στο γονεϊκό τους ρόλο και τις γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης - αντιμετώπισης κρίσεων», υπό τις κάτωθι προϋποθέσεις, τις οποίες οφείλει να τηρήσει η υποψήφια και η Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

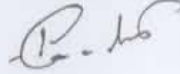
- 1) Θα τηρηθούν όλα όσα προβλέπονται, για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας και του απορρήτου, καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων και το χρονικό διάστημα διατήρησης των αποτελεσμάτων της έρευνας
- 2) Θα υπάρχει υπογεγραμμένη συναίνεση από τους γονείς-κηδεμόνες για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αφού προηγηθεί λεπτομερής έγγραφη ενημέρωσή τους, για τους σκοπούς και τη μεθοδολογία, που πρόκειται να εφαρμοστεί.
- 3) Θα υπάρχει έγγραφη ενημέρωση των μαθητών/μαθητριών για το σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας καθώς και για τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους και για την δυνατότητά τους να αποχωρήσουν σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της (Οδηγός του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής - Θέματα Δεοντολογίας/ Ιανουάριος 2022).
- 4) Θα τηρηθούν όλα όσα προβλέπονται από τον Γενικό Κανονισμό (2016/679) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, για την προστασία των προσωπικών δεδομένων φυσικών προσώπων και τον ν. 4624/2019.
- 5) Πριν από την έναρξη της μελέτης, θα πρέπει να υπάρξει σχετική έγκριση από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (Οδηγός του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής/ Ιανουάριος 2022).

- β) Σε περίπτωση που υπάρξει τροποποίηση του πρωτοκόλλου ή τα αποτελέσματα της έρευνας χρησιμοποιηθούν για άλλες μελέτες, θα πρέπει να ενημερωθεί εκ νέου η επιτροπή, για επανεξέταση και έγκριση των νέων πρωτοκόλλων.

Για την Επιτροπή Βιοηθικής & Δεοντολογίας

Ο Πρόεδρος

Ομ. Καθηγητής Εμμ. Καναβάκης





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΕΥΒΟΙΑΣ
9^ο 12/ΘΕΣΙΟ ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
« ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΚΑΡΙΜΠΑΣ»

ΧΑΛΚΙΔΑ , 02 -03 -2023

Αρ. Πρωτ.: 18

ΠΡΟΣ: Καλυβίτη Μαρία

Ταχ. Δ/ση: Χειμάρας 14
Πόλη - ΤΚ: ΧΑΛΚΙΔΑ 34100
Πληροφορίες: Κόνσουλας Βασίλης
Τηλέφωνο: 2221023200
Φαξ: 2221023200
Ηλ. ταχυδρ.: mail@9dim-chalk.eyv.sch.gr
Ιστότοπος: Blogs.sch.gr/9dimchalk

ΚΟΙΝ: Εθνικό και Καποδιστριακό

Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή Παιδοψυχιατρική Κλινική

ΘΕΜΑ : « Έγκριση Έρευνας.»

Σε απάντηση του αιτήματος με αριθ. Πρωτ. 13/28-02-2023 εισερχόμενου της Καλυβίτη Μαρίας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ιατρική Σχολή) και λαμβάνοντας υπόψη τα σχετικά έγγραφα που παραλήφθηκαν από την υπηρεσία μας , σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται για το σχολικό έτος 2022-2023 η διεξαγωγή της έρευνας με τίτλο: «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων.» στο 9^ο Δημοτικό Σχολείο Χαλκίδας «ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΚΑΡΙΜΠΑΣ», υπό τις εξής προϋποθέσεις:

- 1) Να υπάρχει προηγούμενη επικοινωνία και συνεργασία με το σχολείο, ώστε η έρευνα να διεξαχθεί χωρίς να παρεμποδίζεται η ομαλή λειτουργία του.
- 2) Να υπάρχει σύμφωνη γνώμη του Συλλόγου Διδασκόντων και του Παιδαγωγικά Υπεύθυνου Συντονιστή Εκπαιδευτικού Έργου.
- 3) Η διεξαγωγή του ερευνητικού προγράμματος στο σχολείο να πραγματοποιείται παρουσία των εκπαιδευτικών των σχολείων.
- 4) Να επισημαίνεται ότι η συμμετοχή των μαθητών/τριών και όλων των εμπλεκομένων είναι προαιρετική σε όλα τα επίπεδα και γίνεται **ανώνυμα**.
- 5) Για κάθε μαθητή/μαθήτρια που θα συμμετέχει στην έρευνα να έχει εξασφαλιστεί από τον ερευνητή η **ενυπόγραφη συναίνεση, κατόπιν πλήρους ενημέρωσης**, του γονέα/κηδεμόνα. Οι γονείς/κηδεμόνες να ενημερωθούν για τον σκοπό της έρευνας, τις διαδικασίες, το περιεχόμενο των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή και τον τρόπο καταγραφής των δεδομένων.
- 6) Ο μέγιστος χρόνος απασχόλησης των μαθητών/τριών και εκπαιδευτικών εντός ωρολογίου προγράμματος για τις ανάγκες διεξαγωγής έρευνας να μην υπερβαίνει τις δύο (2) διδακτικές ώρες.
- 7) Την απόλυτη και αποκλειστική ευθύνη για τη φύλαξη, τη διαχείριση και την καταστροφή των δεδομένων της έρευνας φέρει ο υπεύθυνος ερευνητής, ο οποίος οφείλει να διασφαλίσει την ανωνυμία των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών και του σχολείου.

8) Να μην επιτρέπεται σε καμία περίπτωση η βιντεοσκόπηση και η φωτογράφιση των μαθητών/μαθητριών. Η έρευνα να διεξαχθεί με την απαραίτητη διακριτικότητα και να προστατευθούν τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων/- ουσών.

9) Να υποβληθεί αντίτυπο των αποτελεσμάτων της ερευνητικής εργασίας στο σχολείο.

Επισημαίνεται, με ιδιαίτερα emphaticό τρόπο, ότι η υλοποίηση του προτεινόμενου εκπαιδευτικού σχεδιασμού ιεραρχείται ως δευτερεύουσας σημασίας, καθώς προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην αυστηρή τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των επιδημιολογικών κινδύνων και στη μείωση της πιθανότητας να εκτεθεί το εκπαιδευτικό προσωπικό και το μαθητικό δυναμικό των σχολείων σε επικίνδυνο ιικό φορτίο. Κατά συνέπεια, και ανεξάρτητα από την παιδαγωγική ή επιστημονική καταλληλότητα και εγκυρότητα του κάθε εγχειρήματος, η διεύθυνση του σχολείου έχει την τελική αρμοδιότητα αναφορικά με την εφαρμογή του σχεδιασμού, λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές οδηγίες της πολιτείας και των υγειονομικών οργάνων για την αντιμετώπιση της επιδημικής κρίσης.

Ο Διευθυντής του Σχολείου

Κονσουλίας Βασίλης



Το Δ.Σ του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων των ΕΕΕΕΚ Χαλκίδας αποφάσισε
ομόφωνα όπως εγκρίνει την αποστολή των ερωτηματολογίων για την Διπλωματική
της Κας Μαρίας Καλυβίτη προς τα μέλη-γονείς και αδέρφια μαθητών του Σχολείου μας .

Χαλκίδα την 1 Ιουνίου 2023

Με εκτίμηση



Πρόεδρος Οργανισμού

Νικόλαος Αλμιτάνης

Αθανασία Ζήκου



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ &
ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ 1^{ου} ΕΙΔΙΚΟΥ
ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
Ψαρών 47 και Μπαλαλαίων
Τ.Κ. 34100 Χαλκίδα
Τηλ: 6945127373

Χαλκίδα,
2 Μαΐου 2023
ΠΡΟΣ: Μαρία Καλυβίτη
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΘΕΜΑ: Έγκριση Έρευνας

Σε απάντηση του αιτήματος της Καλυβίτη Μαρίας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ιατρική Σχολή), σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η χορήγηση ερωτηματολογίων στα μέλη οικογενειών του συλλόγου γονέων & κηδεμόνων του Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Χαλκίδας, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της με θέμα: «Το άγχος στα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό, το άγχος στο Γονεϊκό Ρόλο. Τεχνικές αντιμετώπισης- Διαχείρισης Κρίσεων», υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Να υπάρχει προηγούμενη επικοινωνία και συνεργασία με τις οικογένειες, χωρίς να παρεμποδίζεται η ομαλή λειτουργία τους.
2. Να επισημαίνεται ότι η συμμετοχή των μελών των οικογενειών είναι προαιρετική σε όλα τα επίπεδα και γίνεται ανώνυμα.
3. Για κάθε παιδί που θα συμμετέχει στην έρευνα να έχει εξασφαλιστεί από τον ερευνητή η έγγραφη συναίνεση του γονέα/κηδεμόνα.
4. Να υποβληθεί αντίτυπο των αποτελεσμάτων της ερευνητικής εργασίας στο σύλλογο γονέων & κηδεμόνων.


Υπογραφή
(Χαλκίδα)

Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο για το γονέα

Αγαπητέ γονέα,

Στο ερωτηματολόγιο αυτό, στα πλαίσια της διπλωματικής μου στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, σας ζητώ να εκφράσετε τη γνώμη σας για τα συναισθήματά που βιώνετε στην καθημερινότητά σας, έχοντας παιδί ή όχι με διαταραχή αυτιστικού φάσματος στην οικογένειά σας, καθώς και τους τρόπους που χρησιμοποιείτε για να διαχειρίζεστε τα συναισθήματά σας (π.χ άγχος).

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι απόρρητο, γι' αυτό **ΜΗΝ** γράψετε το όνομά σας σε κανένα πεδίο. Οι απαντήσεις σας θα συνδυαστούν με εκείνες των άλλων γονέων και θα παρέχουν τη βάση για την ανάπτυξη παρεμβάσεων στην οικογένεια για την αντιμετώπιση υψηλών επιπέδων στρες.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου **ΔΕΝ** είναι υποχρεωτική. Εάν δεν νοιώθετε άνετα να απαντήσετε σε κάποια από τις ερωτήσεις, μπορείτε να την παραλείψετε. Η βοήθειά σας θα είναι πολύτιμη για εμένα. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων. Με εκτίμηση, Καλυβίτη Μαρία.

Συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, βάζοντας τικ (V) στα κουτάκια ή γράφοντας ολογράφως, όπου χρειάζεται.

Τι φύλο είστε; Άνδρας Γυναίκα

Ποια είναι η ηλικία σας;

Ποια η χώρα καταγωγής σας;

Πόσα παιδιά έχετε; Ένα δύο τρία πάνω από τρία

Υπάρχει στην οικογένειά σας παιδί με διάγνωση ΔΦΑ (Διαταραχή φάσματος αυτισμού) ή άλλη αναπηρία;

Ναι Όχι Άλλη αναπηρία

Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση συμπληρώστε τη λειτουργικότητα του παιδιού σας, αν απαντήσατε όχι, μην απαντάτε σε ότι αφορά τη λειτουργικότητα.

Χαμηλή Μέτρια Υψηλή

Βρίσκεται επί του παρόντος σε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση το παιδί σας για τη διάγνωση του ΔΦΑ; Αν δεν απαντήσατε στην προηγούμενη ερώτηση, μην απαντάται ούτε σε αυτή.

Ναι Όχι

Λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή το παιδί σας; Αν δεν απαντήσατε στην προηγούμενη ερώτηση, μην απαντάται ούτε σε αυτή.

Ναι

Όχι

Πόσο σας επηρεάζει η διάγνωση του παιδιού σας; Αισθάνεστε ότι ορισμένες συμπεριφορές του, σας αγχώνουν σε ότι έχει να κάνει με τη σχέση σας με τα υπόλοιπα παιδιά σας; Αν δεν απαντήσατε στην προηγούμενη ερώτηση, μην απαντάται ούτε σε αυτή.

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Υπάρχουν στιγμές στην αλληλεπίδραση με τα παιδιά σας που σας δημιουργούν άγχος; Αφορά όλους τους γονείς

Όχι

Μερικές φορές

Πολλές φορές

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Επάγγελμα:

Επάγγελμα συζύγου:

Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο σας;

Ο/Η ίδιος/α έχετε τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ/ΑΕΙ

Άλλο

Ο/Η σύζυγος έχει τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ/ΑΕΙ

Άλλο

Ποια είναι η κατάστασή σας:

Παντρεμένοι

Διαζευμένοι

Σε διάσταση

Άλλο

Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο για το παιδί

Αγαπητέ μαθητή,

Αγαπητή μαθήτριά,

Στο ερωτηματολόγιο αυτό, στα πλαίσια της διπλωματικής μου στην Ιατρική Σχολή Αθηνών, σου ζητώ να εκφράσεις τη γνώμη σου για τα συναισθήματά που βιώνεις στην καθημερινότητά σου και στη σχέση σου με τα αδέρφια σου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι απόρρητο, γι' αυτό **ΜΗΝ** γράφεις το όνομά σου σε κανένα πεδίο. Οι απαντήσεις σου θα συνδυαστούν με εκείνες των άλλων μαθητών και θα μας βοηθήσουν να διερευνήσουμε τα συναισθήματά μας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου **ΔΕΝ** είναι υποχρεωτική. Εάν δεν νοιώθεις άνετα να απαντήσεις σε κάποια από τις ερωτήσεις, μπορείς να την παραλείψεις. Η βοήθειά σου θα είναι πολύτιμη για εμένα. Σε ευχαριστώ εκ των προτέρων. Με εκτίμηση, Καλυβίτη Μαρία.

Συμπλήρωσε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, βάζοντας τικ (V) στα κουτάκια ή γράφοντας ολογράφως, όπου χρειάζεται.

Τι φύλο είσαι;

Αγόρι

Κορίτσι

Ποια είναι η ηλικία σου;

Ποια η χώρα καταγωγής σου;

Πόσα αδέρφια έχεις;

Ένα

δύο

τρία

πάνω από τρία

Έχει διαγνωστεί κάποιο από τα αδερφάκια σου με ΔΦΑ (Φάσμα αυτισμού) ή άλλη αναπηρία;

Ναι

Όχι

Άλλο

Αν έχεις απαντήσει «Ναι» στην προηγούμενη ερώτηση, απάντησε και στην επόμενη. Αν απάντησες «Όχι», μην απαντάς στην επόμενη και συνέχισε στην πιο κάτω ερώτηση.

Πόσο σε επηρεάζει η διάγνωση του αδερφού σου; Αισθάνεσαι ότι ορισμένες συμπεριφορές του, σε αγχώνουν;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Αισθάνεσαι άγχος στην αλληλεπίδραση (π.χ παιχνίδι κ.α), με τα αδέρφια σου;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Στις περιπτώσεις που νιώθεις άγχος στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια σου, οι γονείς σου χρησιμοποιούν στρατηγικές για να σε βοηθήσουν. Νιώθεις ότι σε βοηθούν;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Ποιο είναι το επάγγελμα των γονέων σου;

Επάγγελμα πατέρα:

Επάγγελμα μητέρας:

Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων σου;

Ο πατέρας σου έχει τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ/ΑΕΙ

Άλλο

Η μητέρα σου έχει τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ/ΑΕΙ

Άλλο

Ποια είναι η κατάσταση των γονέων σου:

Παντρεμένοι

Διαζευμένοι

Σε διάσταση

Άλλο

Κλίμακα PSI-SF

Παρακάτω ακολουθούν ορισμένες δηλώσεις, οι οποίες αφορούν στα συναισθήματα που βιώνετε ως γονέας. Σας παρακαλώ, διαβάστε προσεκτικά την κάθε μία από αυτές και διευκρινίστε κατά πόσο αληθεύουν για εσάς κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό.

1=Διαφωνώ απόλυτα

2=Διαφωνώ

3= Δεν είμαι σίγουρος/η

4=Συμφωνώ

5=Συμφωνώ απόλυτα

1.	Συχνά έχω την αίσθηση ότι δεν μπορώ να διαχειριστώ τα πράγματα πολύ καλά.	1	2	3	4	5
2.	Νιώθω ότι έχω παραιτηθεί από τα περισσότερα πράγματα στη ζωή μου, ώστε να ικανοποιήσω τις ανάγκες του παιδιού μου.	1	2	3	4	5
3.	Αισθάνομαι παγιδευμένος-η από τις ευθύνες μου ως γονέας.	1	2	3	4	5
4.	Από τότε που απέκτησα το παιδί μου, δεν μπορώ να δοκιμάσω καινούργια και διαφορετικά πράγματα.	1	2	3	4	5
5.	Από τότε που απέκτησα το παιδί μου, νιώθω ότι σχεδόν ποτέ δεν μπορώ να κάνω πράγματα που μου αρέσουν.	1	2	3	4	5
6.	Αισθάνομαι δυσαρεστημένος-η από την τελευταία αγορά ρούχων που έκανα για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
7.	Υπάρχουν αρκετά πράγματα που με προβληματίζουν σχετικά με τη ζωή μου.	1	2	3	4	5
8.	Η απόκτηση του παιδιού μου έχει προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από ότι περίμενα στη σχέση μου με τον-ην σύζυγό μου.	1	2	3	4	5
9.	Αισθάνομαι μόνος-η και χωρίς φίλους.	1	2	3	4	5
10.	Όταν πηγαίνω σε πάρτυ, συνήθως φαντάζομαι ότι δεν θα διασκεδάσω.	1	2	3	4	5
11.	Δεν ενδιαφέρομαι τόσο για τους ανθρώπους, όσο συνήθιζα.	1	2	3	4	5
12.	Δεν απολαμβάνω πια πράγματα, που συνήθιζα.	1	2	3	4	5
13.	Το παιδί μου σπάνια κάνει πράγματα για μένα που με κάνουν να νιώθω όμορφα.	1	2	3	4	5
14.	Τις περισσότερες φορές νιώθω ότι το παιδί μου με συμπαθεί και θέλει να είναι κοντά μου.	1	2	3	4	5

15.	Το παιδί μου, μου χαμογελά πολύ λιγότερο απ' όσο περίμενα.	1	2	3	4	5
16.	Όταν κάνω πράγματα για το παιδί μου, έχω την αίσθηση ότι οι κόποι μου δεν αναγνωρίζονται και πολύ.	1	2	3	4	5
17.	Όταν παίζει το παιδί μου, δεν γελά συχνά.	1	2	3	4	5
18.	Το παιδί μου δεν φαίνεται να μαθαίνει, όπως τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5
19.	Το παιδί μου δεν μπορεί να κάνει τόσα, όσα περίμενα.	1	2	3	4	5
20.	Το παιδί μου δεν φαίνεται να χαμογελά τόσο, όσο τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5
21.	Παίρνει πολύ χρόνο και είναι πραγματικά πολύ δύσκολο για το παιδί μου να συνηθίσει καινούργια πράγματα.	1	2	3	4	5
22.	Περίμενα ότι θα ένιωθα πιο ζεστά συναισθήματα για το παιδί μου από αυτά που νιώθω και αυτό με ενοχλεί.	1	2	3	4	5
23.	Μερικές φορές το παιδί μου κάνει πράγματα που με ενοχλούν απλά για να εκφράσει κακία.	1	2	3	4	5
24.	Το παιδί μου κάνει κάποια πράγματα τα οποία πραγματικά με ενοχλούν πολύ.	1	2	3	4	5
25.	Το παιδί μου γενικά ξυπνάει με κακή διάθεση.	1	2	3	4	5
26.	Νιώθω ότι το παιδί μου είναι κυκλοθυμικό και ευέξαπτο	1	2	3	4	5
27.	Το παιδί μου κάνει μερικά πράγματα που με ενοχλούν πολύ.	1	2	3	4	5
28.	Το παιδί μου αντιδρά πολύ έντονα, όταν συμβαίνει κάτι που δεν του αρέσει.	1	2	3	4	5
29.	Το παιδί μου αναστατώνεται εύκολα με το παραμικρό.	1	2	3	4	5
30.	Η καθιέρωση του προγράμματος ύπνου και φαγητού για το παιδί μου, ήταν πιο δύσκολη απ' ότι περίμενα.	1	2	3	4	5
31.	Το παιδί μου αποδείχθηκε μεγαλύτερο πρόβλημα απ' ότι περίμενα.	1	2	3	4	5
32.	Το παιδί μου έχει περισσότερες απαιτήσεις από εμένα, απ' όσες περίμενα.	1	2	3	4	5
33.	Το παιδί μου φαίνεται να κλαίει πιο συχνά, από ότι τα περισσότερα παιδιά.	1	2	3	4	5

Για τις επόμενες προτάσεις, σας παρακαλώ κυκλώστε μία από τις 5 επιλογές

34.	Νιώθω ότι είμαι:	α) ένας όχι πολύ καλός γονέας β) ένας γονέας που έχει μερικές δυσκολίες
-----	------------------	--

		<p>γ) ένας μέσος γονέας</p> <p>δ) ένας καλός γονέας</p> <p>ε) ένας πολύ καλός γονέας</p>
35.	Θεωρώ ότι το να πείσω το παιδί μου να κάνει κάτι είναι:	<p>α) πολύ πιο δύσκολο από ότι περίμενα</p> <p>β) κάπως πιο δύσκολο απ'ότι περίμενα</p> <p>γ) περίπου τόσο δύσκολο όσο περίμενα</p> <p>δ) κάπως πιο εύκολο από ότι περίμενα</p> <p>ε) πολύ πιο εύκολο από ότι περίμενα</p>
36.	Σκεφτείτε προσεκτικά και μετρήστε τα πράγματα που κάνει το παιδί σας και σας ενοχλούν (π.χ αποσπάται, αρνείται να ακούσει, είναι υπερδραστήριο, κλαίει, διακόπτει, τσακώνεται, γκρινιάζει κτλ).	<p>α) 10+</p> <p>β) 8-9</p> <p>γ) 6-7</p> <p>δ) 4-5</p> <p>ε) 1-3</p>

Ερωτηματολόγιο

FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION

SCALES (F-COPES)

Όταν αντιμετωπίζουμε προβλήματα ή δυσκολίες μέσα στην οικογένειά μας, συμπεριφερόμαστε με τον ακόλουθο τρόπο. Παρακαλούμε **κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να ανταποκρίνεται περισσότερο στη συμπεριφορά σας.**

1	2	3	4	5
Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Πολύ

1.	Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας.	1	2	3	4	5
2.	Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους.	1	2	3	4	5
3.	Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα.	1	2	3	4	5
4.	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα.	1	2	3	4	5
5.	Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κτλ).	1	2	3	4	5
6.	Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας.	1	2	3	4	5
7.	Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματα.	1	2	3	4	5
8.	Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ φαγητό, αλληλογραφία κλπ).	1	2	3	4	5
9.	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από το γιατρό της οικογένειας μας.	1	2	3	4	5
10.	Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες.	1	2	3	4	5
11.	Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεση λύση.	1	2	3	4	5
12.	Βλέπουμε τηλεόραση.	1	2	3	4	5
13.	Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί.	1	2	3	4	5
14.	Πηγαίνουμε στην εκκλησία.	1	2	3	4	5

15.	Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής.	1	2	3	4	5
16.	Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας.	1	2	3	4	5
17.	Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων.	1	2	3	4	5
18.	Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση.	1	2	3	4	5
19.	Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα.	1	2	3	4	5
20.	Κάνουμε πρόγραμμα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνα κτλ).	1	2	3	4	5
21.	Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες.	1	2	3	4	5
22.	Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας.	1	2	3	4	5
23.	Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες.	1	2	3	4	5
24.	Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά.	1	2	3	4	5
25.	Ρωτούμε συγγενείς για το πως αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε.	1	2	3	4	5
26.	Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε προβλήματα.	1	2	3	4	5
27.	Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας.	1	2	3	4	5
28.	Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει.	1	2	3	4	5
29.	Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες.	1	2	3	4	5
30.	Έχουμε πίστη στο Θεό.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο CDI

Τα παιδιά μερικές φορές δεν κάνουν τις ίδιες σκέψεις, ούτε νοιώθουν τα ίδια πράγματα. Από κάθε ομάδα προτάσεων, διάλεξε τη μία από τις τρεις προτάσεις που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σου, τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Αφού διαλέξεις μία πρόταση από την πρώτη ομάδα, προχώρησε στην επόμενη ομάδα.

Δεν υπάρχει σωστή απάντηση, ούτε λάθος απάντηση. Απλώς διάλεξε την πρόταση που ταιριάζει σε σένα τώρα.

Βάλε ένα σημάδι σαν αυτό **X** στο κουτάκι της πρότασης που διάλεξες

1
Σπάνια είμαι στεναχωρημένος/η

Συχνά είμαι στεναχωρημένος/η

Συνέχεια είμαι στεναχωρημένος/η

2
Τίποτα δεν θα μου πάει καλά

Δεν είμαι σίγουρος/η αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα

Τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα

3
Τα καταφέρνω καλά στα περισσότερα πράγματα

Κάνω λάθος πολλά πράγματα

Κάνω τα πάντα λάθος

4
Με διασκεδάζουν πολλά πράγματα

Με διασκεδάζουν λίγα πράγματα

Δεν με διασκεδάζει τίποτα

5

Είμαι συνέχεια κακό παιδί

Είμαι συχνά κακό παιδί

Καμιά φορά είμαι κακό παιδί

6

Σπάνια σκέφτομαι ότι θα μου συμβεί κάτι κακό

Ανησυχώ ότι θα μου συμβεί κάτι κακό

Είμαι σίγουρος ότι θα μου συμβεί κάτι τρομερό

7

Μισώ τον εαυτό μου

Δεν μ' αρέσει ο εαυτός μου

Μ' αρέσει ο εαυτός μου

8

Φταίω για όλα τα «στραβά» που μου συμβαίνουν

Φταίω για πολλά από τα «στραβά» που συμβαίνουν

Συνήθως δεν φταίω εγώ για ότι «στραβό» συμβαίνει

9

Δεν κάνω αυτοκαταστροφικές σκέψεις, π.χ να κάνω κακό στον εαυτό μου

Κάνω μερικές φορές αυτοκαταστροφικές σκέψεις, αλλά δεν θα τις πραγματοποιήσω

Θέλω να τις πραγματοποιήσω, π.χ να κάνω κακό στον εαυτό μου

10

Μου έρχεται να κλάψω κάθε μέρα

Μου έρχεται να κλάψω πολλές μέρες

Καμιά φορά μου έρχεται να κλάψω

11

Συνέχεια με ενοχλεί κάτι

Συχνά με ενοχλεί κάτι

Κάτι με ενοχλεί κάπου-κάπου

12

Μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους

Πολλές φορές δεν μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους

Δεν θέλω καθόλου να είμαι με άλλους ανθρώπους

13

Δεν μπορώ να αποφασίσω για κάτι όταν χρειάζεται

Δύσκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται

Εύκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται

14

Η εμφάνισή μου είναι μια χαρά

Έχω μερικά χαρακτηριστικά που δεν μου αρέσουν

Είμαι άσχημος/η

15

Συνέχεια πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο

Συχνά πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο

Το διάβασμα για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα για μένα

16

Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ

Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια

Κοιμάμαι καλά

17

Καμιά φορά νιώθω κουρασμένος/η

Συχνά νιώθω κουρασμένος/η

Συνέχεια νιώθω κουρασμένος/η

18

Τις περισσότερες μέρες δεν έχω όρεξη να φάω

Πολλές μέρες δεν έχω όρεξη να φάω

Τρώω καλά

19

Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου

Συχνά ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου

Συνέχεια ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου

20

Δεν νιώθω μόνος/η

Νιώθω μόνος/η πολλές φορές

Νιώθω μόνος/η συνέχεια

21

Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο

Στο σχολείο διασκεδάζω σπάνια

Στο σχολείο διασκεδάζω πολλές φορές

22

Έχω πολλούς φίλους

Έχω λίγους φίλους, αλλά θα ήθελα να είχα περισσότερους

Δεν έχω φίλους

23

Τα πάω καλά στα μαθήματά μου

Δεν τα πάω καλά στα μαθήματά μου, όσο πριν

Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός πριν

24

Δεν θα μπορέσω ποτέ να είμαι τόσο καλός/η όσο τα άλλα παιδιά

Μπορώ να είμαι το ίδιο καλός/η με τα άλλα παιδιά, άμα θέλω

Είμαι το ίδιο καλός/η με τα άλλα παιδιά

25

Κανείς δεν μ' αγαπάει πραγματικά

Δεν είμαι σίγουρος/η αν μ' αγαπάει κανείς

Είμαι σίγουρος/η ότι με αγαπάνε

26

Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε

Τις περισσότερες φορές δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε

Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε

27

Τα πάω καλά με τους άλλους

Τσακώνομαι συχνά

Τσακώνομαι συνέχεια

Ερωτηματολόγιο SCAS

Τα παιδιά, όπως και οι μεγάλοι, μερικές φορές νιώθουν άγχος στην καθημερινότητά τους.

Από κάθε πρόταση, κύκλωσε τη μία από τις τέσσερις επιλογές που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σου. Στην συνέχεια προχώρησε στην επόμενη πρόταση.

Δεν υπάρχει σωστή απάντηση, ούτε λάθος απάντηση. Απλώς διάλεξε την πρόταση που ταιριάζει σε σένα τώρα.

ΔΗΛΩΣΕ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΣΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ. ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ Ή ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1.	Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
2.	Φοβάμαι το σκοτάδι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
3.	Όταν έχω ένα πρόβλημα, νιώθω κάτι στο στομάχι μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
4.	Νιώθω φόβο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
5.	Θα φοβόμουν να μείνω μόνος μου στο σπίτι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
6.	Φοβάμαι όταν πρόκειται να γράψω ένα διαγώνισμα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
7.	Φοβάμαι όταν πρέπει να χρησιμοποιήσω δημόσιες τουαλέτες (στο σχολείο, στο εστιατόριο...).	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
8.	Ανησυχώ όταν πρόκειται να μην είμαι με τους γονείς μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
9.	Φοβάμαι μήπως «γίνω ρεζίλι» μπροστά σε κόσμο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
10.	Ανησυχώ ότι θα τα πάω άσχημα στο σχολείο μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
11.	Περνώ καλά με τα άλλα παιδιά	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
12.	Ανησυχώ ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί σε κάποιον στην οικογένειά μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα

13.	Ξαφνικά χωρίς κανένα λόγο νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
14.	Όταν έχω τελειώσει μια δουλειά πρέπει να ελέγγω ξανά και ξανά ότι την έκανα σωστά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
15.	Φοβάμαι όταν πρέπει να κοιμηθώ μόνος μου, χωρίς άλλον στο δωμάτιο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
16.	Δυσκολεύομαι να φύγω από το σπίτι για το σχολείο, επειδή αγχώνομαι ή φοβάμαι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
17.	Χαίρομαι να παίζω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
18.	Φοβάμαι τα σκυλιά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
19.	Έχω κάποιες κακιές ή ανόητες σκέψεις που δεν μπορώ να τις ξεκολλήσω από το μυαλό.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
20.	Όταν έχω ένα πρόβλημα η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
21.	Ξαφνικά αρχίζω να τρέμω χωρίς να υπάρχει λόγος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
22.	Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
23.	Φοβάμαι να πάω στο γιατρό ή στον οδοντίατρο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
24.	Όταν έχω ένα πρόβλημα αισθάνομαι σαν χαμένος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
25.	Φοβάμαι όταν βρίσκομαι κάπου ψηλά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
26.	Είμαι καλό παιδί.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
27.	Πρέπει να λέω μέσα μου κάποια συγκεκριμένη ευχή ή φράση για	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα

	να μην συμβούν άσχημα πράγματα.				
28.	Φοβάμαι όταν πρέπει να ταξιδέψω με αυτοκίνητο, λεωφορείο ή τρένο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
29.	Ανησυχώ, τι σκέφτονται οι άλλοι για μένα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
30.	Φοβάμαι όταν βρίσκομαι ανάμεσα σε πολύ κόσμο (όπως λαϊκή αγορά, σινεμά, στα λεωφορεία, σε παιδότοπους με πολύ κόσμο).	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
31.	Αισθάνομαι χαρούμενος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
32.	Ξαφνικά και χωρίς να υπάρχει λόγος, νιώθω πολύ φοβισμένος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
33.	Φοβάμαι τα έντομα ή τις αράχνες.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
34.	Ξαφνικά, νιώθω να ζαλίζομαι ή να λιποθυμώ, χωρίς να υπάρχει λόγος γι' αυτό.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
35.	Φοβάμαι όταν πρέπει να μιλήσω μπροστά στην τάξη μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
36.	Ξαφνικά χωρίς κανένα λόγο η καρδιά μου αρχίζει να χτυπά πολύ δυνατά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
37.	Ανησυχώ ότι ξαφνικά θα φοβηθώ ενώ δεν υπάρχει τίποτα κακό.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
38.	Μου αρέσει ο εαυτός μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
39.	Φοβάμαι όταν βρίσκομαι σε μικρά κλειστά μέρη, όπως μικρά δωμάτια, μικρές αποθήκες.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα

40.	Πρέπει να κάνω κάποια ίδια πράγματα ξανά και ξανά (όπως το να πλένω και να ξαναπλένω τα χέρια μου ή να τακτοποιώ και να ξανατακτοποιώ τα ίδια πράγματα με συγκεκριμένο τρόπο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
41.	Κάποιες άσχημες ή ανόητες σκέψεις ή εικόνες που έχω στο μυαλό μου, με ενοχλούν.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
42.	Πρέπει να κάνω κάποιες πράξεις με συγκεκριμένο τρόπο, σωστή σειρά για να μη συμβούν άσχημα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
43.	Κάνω καλή δουλειά στο σχολείο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
44.	Θα φοβόμουν αν έπρεπε να μείνω σε άλλο σπίτι όλη τη νύχτα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
45.	Φοβάμαι τα ασανσέρ.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα

46. Υπάρχει κάτι άλλο που σε φοβίζει πολύ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παρακαλώ γράψε το.....

.....

.....

Πόσο συχνά το φοβάσαι;

Ποτέ

Μερικές
Φορές

Συχνά

Πάντα