



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΙΣ 'ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ:  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ'

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ  
MINDFULNESS ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΑΦ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ"

ΜΑΡΙΑ ΔΟΥΝΑΚΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

2021

ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΙΣ 'ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ:  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ'

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*"ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ  
MINDFULNESS ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΑΦ: ΠΙΛΟΤΙΚΗΜΕΛΕΤΗ"*

*"Investigating anxiety levels and the impact of mindfulness application to parents  
of children with autism spectrum disorder: "*

ΜΑΡΙΑ ΔΟΥΝΑΚΗ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

1ο μέλος: Συριοπούλου-Δελλή Χριστίνα, επόπτρια

2ο μέλος: Καρτασίδου Λευκοθέα

3ο μέλος: Σίμος Γρηγόρης

## Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	
1.1 Αυτισμός .....	2
1.2 Διαγνωστικά κριτήρια .....	4
1.3 Επιδημιολογία .....	5
1.4 Συννοσηρότητες.....	6
1.5 Διαφορική διάγνωση .....	7
1.6 Αιτιολογία .....	8
1.7 Αναπτυξιακή πορεία παιδιών με ΔΑΦ.....	9
1.8 Επιδράσεις της ΔΑΦ στη λειτουργικότητα των παιδιών και στους γονείς τους.....	11
2. Στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και τεχνική mindfulness.....	13
2.1 Γονικό άγχος .....	13
2.2 Η Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος και η επίδραση στην οικογενειακή λειτουργία.....	22
2.3 Η έννοια του στρες.....	27
2.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.....	28
2.5 Η τεχνική ενσυνειδητότητας (mindfulness) .....	32
3. Μεθοδολογία .....	38
3.1 Σκοπός έρευνας.....	38
3.2 Σχέδιο έρευνας.....	40
3.3 Δείγμα έρευνας.....	41
3.4 Εργαλεία μέτρησης (Ψυχομετρικά εργαλεία).....	42
3.5 Αποτελέσματα έρευνας.....	47
3.5.1 Έλεγχος διαφορών.....	51
3.5.2 Μεταβλητές που αφορούν τα συναισθήματα.....	62
Συζήτηση .....	68
Συμπεράσματα.....	73
Περιορισμοί και χρησιμότητας της έρευνας .....	74
Βιβλιογραφία .....	75
Παράρτημα .....	118

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να ελεγχθεί η ψυχολογική κατάσταση και τα επίπεδα άγχους σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ, να εφαρμοστεί η πρακτική mindfulness στους συγκεκριμένους γονείς και να εξεταστεί το αν και κατά πόσο επηρεάζει, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και στρες σε σχέση με την κατάσταση που βιώνουν μέσα στην οικογένειά τους εξαιτίας του αυτισμού.

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που αναδεικνύουν το ζήτημα του άγχους των γονέων παιδιών με ΔΑΦ και επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι γονείς βιώνουν πιο έντονο στρες σε σχέση με γονείς παιδιών ΤΑ (Τυπικής Ανάπτυξης) (Abbeduto et al., 2004, Duaerte et al., 2005, Hastigset et al., 2006, Weis, 2002). Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, επιδιώκει να εξετάσει τα επίπεδα άγχους ενός γονέα παιδιού με ΔΑΦ και την επίδραση που μπορεί να έχει, είτε θετική είτε αρνητική, η εφαρμογή της τεχνικής mindfulness (ενσυνειδητότητας) στη ζωή αυτών των γονέων.

Η τεχνική mindfulness αποτελεί ένα είδος προγράμματος που διέπεται από τις βασικές αρχές του Βουδισμού και απαρτίζεται από ασκήσεις διαλογισμού που επιδιώκουν την πνευματική υγεία και έχουν ως βάση αρχές της Δυτικής Ψυχολογίας.

Οι εκπαιδευόμενοι, λοιπόν, μαθαίνουν να δίνουν έμφαση στη στιγμή, χωρίς να κατακρίνουν και όντας ανοιχτοί σε οτιδήποτε εμφανίζεται στην πορεία της ζωής τους (Kabat-Zinn, 1994). Επιπλέον, εκπαιδεύονται με τέτοιο τρόπο ώστε να δίνουν την απαραίτητη έμφαση και προσοχή στις αισθήσεις του σώματος τους, τα συναισθήματά τους καθώς και τις σκέψεις τους. Ακόμη, οι τεχνικές mindfulness

βοηθούν τους εκπαιδευόμενους να υιοθετήσουν μια θετική στάση απέναντι στις εμπειρίες που εμφανίζονται στη ζωή τους, με κατανόηση και αποδοχή (Segale et al., 2012).

Τέλος, έρευνες που σχετίζονται με την τεχνική ενσυνειδητότητας παρουσιάζουν αποτελέσματα όπως η μείωση των επιπέδων άγχους των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας αλλά και επιστράτευση κατάλληλων στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινότητα (Weitlauf et al., 2020).

Η έρευνα είχε ως δείγμα γονείς παιδιών με ΔΑΦ, κατοίκους του νομού Θεσσαλονίκης. Η έρευνα μπορεί να χαρακτηριστεί ποσοτική καθώς δόθηκαν συγκεκριμένα ερωτηματολόγια και η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS. Τα περισσότερα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν συχνά υψηλά ποσοστά άγχους και στρες. Ωστόσο, φαίνεται πως η τεχνική ενσυνειδητότητας επηρεάζει θετικά τα συγκεκριμένα ποσοστά, βοηθώντας τους γονείς να διαχειριστούν καλύτερα το άγχος τους.

Σύμφωνα με όλα αυτά, λοιπόν, η συγκεκριμένη έρευνα ευελπιστεί να συμβάλει και να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, ενισχύοντας το συναίσθημα αποδοχής της κατάστασης και ελαττώνοντας τα επίπεδα στρες.

Λέξεις-κλειδιά: *αυτισμός, γονικό άγχος, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, τεχνική mindfulness*

## **Abstract**

The purpose of this study is to assess the psychological state and levels of stress of parents of children with ASD. The study will examine whether and to what extent mindfulness practice is effective as an intervention in reducing stress, specifically, stress within the family context deriving from the impact of having a child with ASD.

Several studies exist that highlight the issue of stress in parents of children with ASD; they confirm that these parents experience more intense stress than parents of children with TD (Typical Development) (Abbeduto et al., 2004; Duaerte et al., 2005 , Hastigset et al., 2006; Weis, 2002).

Thus, this study seeks to examine the stress levels of parents of children with ASD, along with the effects, either positive or negative, that emerge within the family dynamic through the application of mindfulness practice.

Mindfulness technique integrates fundamental principles of Buddhism and Western psychology, and consists of meditation exercises designed to positively support mental health.

Mindfulness techniques support practitioners in meeting life events with positivity, understanding and acceptance (Segale et al., 2012). Students of mindfulness develop a capacity to non-judgmentally observe their body sensations, emotions and thoughts. They are encouraged to attend to the present moment without being critical, and to remain open to the events and sensations that are to take place within the course of their lives (Kabat-Zinn, 1994).

The research had as a sample parents of children with ASD, residents of the prefecture of Thessaloniki. The research can be characterized as quantitative as specific questionnaires were given and the analysis was done with the SPSS program. Most results confirm the original hypotheses of the research. In particular, parents of children with ASD often have high levels of anxiety and stress. However, it seems that the technique of consciousness has a positive effect on these percentages, helping parents to better manage their stress.

Accordingly, this study aims to improve the quality of life of parents of children with ASD, by supporting them in reducing their levels of stress and reinforcing feelings of acceptance toward their family dynamic.

Keywords: autism, parental stress, stress coping strategies, mindfulness technique

## Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού αυξάνεται συνεχώς (Baio, 2010). Η Διάχυτη Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος αποτελεί ένα φαινόμενο που απασχολεί τη σύγχρονη κοινωνία και επηρεάζει σημαντικά την δομή και λειτουργία της οικογένειας.

Πολλές φορές, η ανάγκη για καθημερινή φροντίδα του παιδιού με ΔΑΦ, επιφέρει αρνητικές επιδράσεις στην ψυχολογία των γονέων. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων έχει τη δυναμική να μειώσει ή να αυξήσει τα επίπεδα άγχους και στρες. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η παραπάνω θέση γίνεται αφορμή για την εξερεύνηση των ποσοστών άγχους, στρες και αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχολογία των γονέων. Στη συνέχεια, στο πλαίσιο παρέμβασης, επιδιώκεται η εφαρμογή ενός προγράμματος που βασίζεται στην τεχνική ενσυνειδητότητας (mindfulness). Η συγκεκριμένη τεχνική θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική σε περιπτώσεις που παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά άγχους και στρες.

Πιο συγκεκριμένα, η τεχνική της ενσυνειδητότητας φαίνεται πως επηρεάζει θετικά την ψυχολογία των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, καθώς μειώνει τα επίπεδα στρες, ανησυχίας και κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται αισθητά η θετική αντίληψη για τις καταστάσεις που έχουν αν αντιμετωπίσουν οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Σε πρακτικό επίπεδο, βελτιώνονται οι συνθήκες ύπνου, η αυτοεκτίμηση και η επαφή των γονέων με τα παιδιά τους (Dykens et al., 2014, Ferraioli & Harris, 2013, Neece, 2014).



## Εισαγωγή

### Κεφάλαιο 1: Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

#### 1.1 Αυτισμός

Ο όρος ΔΑΦ πρωτοεμφανίζεται το 1912 από τον Ελβετό ψυχίατρο Bleuler κατά τη διάρκεια μελέτης κάποιων συμπτωμάτων διάφορων μορφών σχιζοφρένειας (Συριοπούλου, 2016) . Σ' αυτή τη φάση λειτουργεί ως αντικατάσταση του όρου «πρώιμη άνοια» όπως αυτή παρουσιάζεται από τον Kraepelin. Ο όρος «αυτισμός» φαίνεται να προέρχεται ετυμολογικά από τη λέξη «εαυτός» και σύμφωνα με τους Sadock & Sadock (2013) υποδηλώνεται η απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του.

Το 1943, ο Leo Kanner αποδίδει τον ακριβή ορισμό του «αυτισμού», ο οποίος ορίζεται ως μια εγκεφαλική δυσλειτουργία, η οποία επηρεάζει την επικοινωνιακή ικανότητα, μια βλάβη των συναισθηματικών λειτουργιών, η οποία απομονώνει το άτομο από κοινωνικές συναναστροφές, χαρακτηριστικό που αποδίδεται στην αποτυχημένη γλωσσική χρήση, ενώ παράλληλα το άτομο διακρίνεται από εμμονή σε ρουτίνες, από την τάση να ελκύεται ή να απεχθάνεται αντικείμενα. Παρόλα αυτά διαθέτει αρκετά καλό γνωστικό δυναμικό (Συριοπούλου,2016).

Λίγο αργότερα, ο Asperger περιγράφει παρόμοια συμπτώματα, αλλά αυτή τη φορά χρησιμοποιείται ο όρος αυτιστική ψυχοπαθολογία (Delion, 2000). Το 1979 ο Wing αναφέρεται στην «τριάδα διαταραχών» που αποτελούν τις βασικές δυσκολίες των παιδιών με αυτισμό και περιγράφονται σε επίπεδο επικοινωνίας,

κοινωνικοποίησης και συμπεριφοράς. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι και το 1980 τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές θεωρούνταν ότι πάσχουν από παιδική σχιζοφρένεια, γεγονός που άρχισε να αλλάζει με το πέρασμα των ετών, με αποτέλεσμα να διαχωριστούν και να αποτελούν δύο διαφορετικές ψυχιατρικές περιπτώσεις.

Κατά τους Mandell et al. (2005) η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος θεωρείται πολύ σημαντική καθώς συμβάλει στην έγκαιρη παρέμβαση και συνεπώς στη βελτίωση της λειτουργίας του παιδιού, όταν ακόμη είναι σε μικρές ηλικίες. Υποστηρίζεται ότι οι κλινικοί μπορούν να αναγνωρίσουν με αξιοπιστία τα πρώιμα σημάδια του αυτισμού από ηλικία μικρότερη των δύο ετών. Αυτό συμβαίνει επειδή πολλά παιδιά στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν προβλήματα στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις από το πρώτο κιόλας έτος (Mandell et al.,2005).

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης για τις περισσότερες διαταραχές του αυτιστικού φάσματος υπολογίζεται μεταξύ 30 έως 120 μήνες και σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες η διάγνωση μπορεί να δίνεται και νωρίτερα. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση και αφορούν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την ανησυχία των γονέων κατά την εμφάνιση των αρχικών συμπτωμάτων. Παρατηρούνται συχνά οικογένειες που έχουν αλληλεπίδραση με συστήματα υγείας και εκπαίδευσης, να επηρεάζουν σημαντικά την ηλικία διάγνωσης, καθώς θεωρούνται υποψιασμένοι ως προς τα πρώιμα συμπτώματα του αυτισμού (Daniels, Mandell, 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα των Rutherford, McKenzie και Johnson (2016), διευκρινίζεται ότι τα αγόρια μπορούν να λάβουν παραπομπή για αξιολόγηση πολύ νωρίτερα από τα κορίτσια, τα οποία πολλές φορές αξιολογούνται για τα συμπτώματα τους σε μεγαλύτερη ηλικία. Γι' αυτό το λόγο ο αυτισμός μπορεί να χαρακτηριστεί εύκολα μια «αρσενική διαταραχή», καθώς τα κορίτσια πρέπει να εμφανίσουν πιο σοβαρή συμπτωματολογία προκειμένου να λάβουν διάγνωση σχετική με τον αυτισμό (Zwaigenbaum et al., 2012).

## **1.2 Διαγνωστικά κριτήρια**

Σύμφωνα με το DSM-5 τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ είναι τα εξής (APA, 2013):

1. Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πληθώρα πλαισίων, τα οποία εκδηλώνονται με ελλείμματα στην κοινωνική-συναισθηματική αμοιβαιότητα, στις συμπεριφορές μη λεκτικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση των σχέσεων.

2. Περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες που εκδηλώνονται με στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων ή λόγου, επιμονή στην ομοιότητα, άκαμπτη τήρηση ρουτινών, τελετουργικά μοτίβα λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς (για παράδειγμα, υπερβολική αναστάτωση σε μικρές αλλαγές, δυσκολίες στις μεταβάσεις, ακαμψία σκέψης). Επιπλέον, παρουσιάζονται περιορισμένα και

απόλυτα δομημένα ενδιαφέροντα, τα οποία διαφέρουν σε ένταση και εστίαση σε σχέση με αυτά που παρουσιάζουν τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

3. Τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν εκδηλωθεί σε πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο.

4. Τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν σημαντικά κλινικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού.

5. Οι παραπάνω διαταραχές δεν εξηγούνται καλύτερα ως νοητική δυσλειτουργία (Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) ή ως γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση.

Υπάρχουν τρία επίπεδα διάκρισης της σοβαρότητας ΔΑΦ ανάλογα με το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Έτσι, στο επίπεδο ένα “απαιτείται υποστήριξη”, στο επίπεδο δύο “απαιτείται ενισχυμένη υποστήριξη” και στο επίπεδο τρία “απαιτείται ενισχυμένη υποστήριξη”, ανάλογα πάντα με τα ελλείμματα που εμφανίζονται στον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας.

Είναι πάντως γεγονός ότι, τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης ΔΑΦ έχει αυξηθεί (King & Bearman, 2009) .

### **1.3 Επιδημιολογία**

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΑΦ έχει αυξηθεί κατά περίπου 100 φορές σε σχέση με το 1966, γεγονός που οφείλεται στην ανάπτυξη των διαγνωστικών εργαλείων (King & Bearman, 2009). Στη σύγχρονη εποχή η ΔΑΦ αποτελεί την πλέον συνήθη αναπτυξιακή διαταραχή και σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες, υπολογίζεται ότι ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν μεγάλη

αύξηση διαγνώσεων ΔΑΦ. Για παράδειγμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου το 1% του πληθυσμού εμφανίζει ΔΑΦ (Kogan et al., 2009). Μάλιστα, όπως προαναφέρθηκε η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής εμφανίζεται τέσσερις φορές συχνότερα στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσι (APA, 2013). Η συγκεκριμένη αναλογία αφορά περιπτώσεις που δεν συνυπάρχει νοητική υστέρηση. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που συνυπάρχει βαριά νοητική υστέρηση, η αναλογία αγοριών και κοριτσιών είναι ίδια. Συνεπώς, φαίνεται ότι η διαταραχή του αυτισμού εμφανίζεται πιο σπάνια στα κορίτσια, όταν, όμως, διαγνωσθεί, συνυπάρχει με νοητική υστέρηση, η οποία εκδηλώνει σοβαρότερα ελλείμματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Σύμφωνα με στοιχεία του 2004, στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η συχνότητα διάγνωσης είναι 1/42 όσον αφορά τα αγόρια και σε 1/189 όσον αφορά τα κορίτσια (Σερετόπουλος, Λάμνισος & Γιαννακού, 2019). Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται πως η ΔΑΦ δεν σχετίζεται με γεωγραφικά ή κοινωνικοοικονομικά κριτήρια (Center for Disease Control and Prevention, 2014). Ωστόσο, φαίνεται να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, οι οποίες μπορούν να έχουν ιδιαίτερη αλληλεπίδραση με τη διαταραχή του αυτισμού (Fombonne, 2003).

#### **1.4 Συννοσηρότητες**

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού φαίνεται ότι πολύ συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές. Το 70% των ατόμων με αυτισμό μπορεί να διαγνωστεί με κάποια διανοητική διαταραχή, ενώ στο 40% συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες ψυχικές ασθένειες, όπως διαταραχές άγχους, διάθεσης, ΔΕΠΥ.

Πολλές φορές, μάλιστα, παρατηρείται η συνύπαρξη επιληψίας (16,8%), εγκεφαλική παράλυση (2,0%), σύνδρομο Down (1,3%), σκλήρυνση κατά πλάκας (1,2%), ακουστικά ελλείμματα (1,7%) και προβλήματα όρασης (1,3%) (Fombonne, 2003).

### **1.5 Διαφορική διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση θεωρείται απαραίτητη, καθώς δεν είναι εύκολο να καθοριστούν αντικειμενικά κριτήρια προκειμένου να αξιολογηθεί και να διαγνωσθεί (Lord,2011). Το γεγονός ότι η ΔΑΦ απαρτίζεται από ένα σύνολο διαφορετικών διαταραχών επιβεβαιώνει την πιθανότητα πιθανής γενετικής βάσης.

Είναι απαραίτητο, λοιπόν, να γίνει διαφορική διάγνωση από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως το σύνδρομο Rett, άλλα είδη αναπτυξιακών γλωσσικών διαταραχών και της επιλεκτικής αλαλίας (APA, 2013). Άλλες διαταραχές που μπορούν συμπεριληφθούν σ' αυτήν την κατηγορία είναι η συγγενής κώφωση ή η βαριά ακουστική διαταραχή, η τύφλωση, οι δυσφασίες, η σχιζοφρένεια και μάλιστα με την έναρξη της παιδικής ηλικίας και την εμφάνιση διαταραχών, όπως οι αποδιοργανωτικές ψυχώσεις, η ψυχοκοινωνική αποστέρωση και η κατάθλιψη βρεφών (Sadock & Sadock, 2013). Στα παραπάνω μπορεί να προστεθεί και η διαταραχή στερεοτυπιών και η διαταραχή υπερκινητικότητας-ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠΥ) (APA,2013).

Στις περιπτώσεις με νοητική υστέρηση η διάκριση από ΔΑΦ έγκειται στην ποιότητα των κοινωνικών επιδράσεων. Άτομα με ΔΑΦ, για παράδειγμα, παρουσιάζουν ένα ανομοιογενές προφίλ στις λειτουργικές και διανοητικές τους ικανότητες. Τέλος, αναφορικά με τη διάκριση της ΔΑΦ και της παιδικής

σχιζοφρένειας, η βασική διαφορά προκύπτει από την παρουσία ή μη έκδηλων ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις (Black & Andreasen, 2011).

## 1.6 Αιτιολογία

Η ΔΑΦ αποτελεί μια διαταραχή οργανικής πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Έχουν γίνει κατά καιρούς προσπάθειες εντοπισμού της ακριβούς αιτιολογίας της ΔΑΦ, ωστόσο χωρίς να έχουν διευκρινιστεί τα ακριβή αίτια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003). Κάποια ερευνητικά δεδομένα καθιστούν υπαίτιους της ΔΑΦ κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες, που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ΔΑΦ, θα μπορούσε να είναι η προχωρημένη ηλικία των γονιών, το χαμηλό βάρος γέννησης καθώς και η έκθεση του εμβρύου σε βαλπροϊκό οξύ (APA, 2013).

Η κληρονομικότητα, βέβαια πλησιάζει ποσοστά 37% και ξεπερνά το 90% σε δίδυμες κυήσεις (APA, 2013). Το γεγονός ότι συχνά μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος παρουσιάζουν στοιχεία αυτισμού, επιβεβαιώνει την άποψη ότι η ΔΑΦ οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003). Υπάρχουν, όμως, και μελέτες που υποστηρίζουν ότι το 15% των περιπτώσεων που έχουν διάγνωση ΔΑΦ, παρουσιάζουν γενετική μετάλλαξη (APA, 2013), ωστόσο δεν πρόκειται για ένα μεμονωμένο γονίδιο που είναι υπαίτιο αλλά για την αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών γονιδίων, τα οποία είναι ακόμη υπό διερεύνηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Επιπλέον, περιγεννητικοί και νεογνικοί παράγοντες φαίνονται να σχετίζονται με την εμφάνιση ΔΑΦ, για παράδειγμα η ισχιακή προβολή, η περίδεση του ομφάλιου λώρου, η δυσφορία του εμβρύου, ο τραυματισμός κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο πολλαπλός τοκετός, η αιμορραγία της μητέρας, η γέννηση κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, το μικρό μέγεθος του μωρού σε σχέση με την ηλικία κύησης, οι συγγενείς παραμορφώσεις, το χαμηλό σκορ στην κλίμακα Apgar, οι δυσκολίες στη σίτιση, η εισρόφηση μηκωνίου, η νεογνική αναιμία, η ασυμβατότητα ABO ή Rh και η υπερλιπιδαιμία αποτελούν βασικές αιτίες της αύξησης του κινδύνου εμφάνισης ΔΑΦ (Gardener, Spiegelman & Buka, 2011).

Τέλος, νευροανατομικοί παράγοντες, όπως η μεγαλοεγκεφαλία και οι αποκλίσεις στην κυττατοαρχιτεκτονική οργάνωση του μετωπιαίου και βρεγματοκροταφικού λοβού, της παρεγκεφαλίδας και των υποφλοιωδών μεταιχμιακών δομών ( Zafeiriou, Ververi & Vargiammi, 2009), καθώς και ανασολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διέγερση των μαστοκυττάρων του εγκεφάλου, γεγονός που προκαλεί την τοπική εγκεφαλική αλλεργία και νευροτοξικότητα (Theoharides, 2013), φαίνονται να συνδέονται με υψηλά ποσοστά εμφάνισης ΔΑΦ.

### **1.7 Αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με ΔΑΦ**

Τα πρώτα σημάδια παρουσίας ΔΑΦ γίνονται εμφανή πριν την ηλικία των δύο ετών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003). Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες τα συμπτώματα αναγνωρίζονται πριν την ηλικία του ενός έτους, καθώς αφορούν



σε σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη, και περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα σημάδια ΔΑΦ γίνονται αντιληπτά μετά τα δύο έτη. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα και ο χρόνος εμφάνισής τους σχετίζονται άμεσα με την ένταση των συμπτωμάτων (APA, 2013). Αξίζει να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς αντιλαμβάνονται σημάδια ΔΑΦ από τον πρώτο κιόλας χρόνο σε περιπτώσεις που η πορεία ανάπτυξης του παιδιού δεν ακολουθεί την τυπική (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Η έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής ενός παιδιού αποτελεί ένα από τα πιο βασικά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων ετών ζωής των παιδιών με ΔΑΦ κατακτιούνται αναπτυξιακά ορόσημα, παρ' όλα αυτά οι παλινδρομήσεις κάνουν όλο και πιο συχνά την εμφάνισή τους, είτε αφορούν την ξαφνική μείωση των κοινωνικών συμπεριφορών ή/και των λεκτικών ικανοτήτων. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ελλείμματα αποτελούν μια βασική ένδειξη για τη διάγνωση του αυτισμού (APA, 2013).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συνοδεύουν τα παιδιά με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής τους, είτε μετατρέπεται η μορφή τους είτε εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα. Σε κάθε περίπτωση οι δυσκολίες προσαρμογής παραμένουν σταθερές από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003). Ενώ, κατά τον Frith (1999), η παρουσία ενός προστατευμένου περιβάλλοντος βοηθά τα άτομα με αυτισμό να αντισταθμίσουν χαρακτηριστικά όπως τα παραπάνω.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το νοητικό δυναμικό και οι γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού με αυτισμό μπορούν να συμβάλλουν στην πρόγνωση για την έκβαση της διαταραχής. Φαίνεται πως παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη έχουν καλύτερη πρόγνωση σε αντίθεση με παιδιά που έχουν νοητικό δυναμικό κάτω του 50 και αρκετά ελλείμματα στη γλωσσική ανάπτυξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

### **1.8 Επιδράσεις της ΔΑΦ στη λειτουργικότητα των παιδιών και στους γονείς τους**

Τα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επικοινωνίας που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΑΦ δεν βρίσκονται στα ίδια επίπεδα με αυτά των παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Γι' αυτό το λόγο είναι δύσκολο να προσαρμοστούν στα πλαίσια κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γεγονός που δυσχεραίνει την ικανότητά τους για μάθηση. Συνήθειες, όπως αυτές του ύπνου και του φαγητού, χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα δυσχερείς εξαιτίας της επιμονής στην τήρηση καθιερωμένων ρουτινών και της αποστροφής στην αλλαγή. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα καθιστούν απαραίτητη τη καθημερινή φροντίδα των παιδιών με ΔΑΦ και παράλληλα η συγκεκριμένη διαδικασία θεωρείται ιδιαίτερα απαιτητική (APA, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, παιδιά με ΔΑΦ είναι δυνατόν να εμφανίζουν προβλήματα στη σίτιση τους, διότι είτε υπάρχει δυσκολία στην πρόσληψη στερεών τροφών είτε παρουσιάζεται επιλεκτικότητα στις διατροφικές προτιμήσεις λόγω του διαφορετικού τρόπου αισθητηριακής αντίληψης αλλά και των δυσκολιών στη

επικοινωνίας (Olivie, 2012). Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει προβλήματα ύπνου ( Domonick, Davis, Lainhart, Tager-Flusberg & Folstein, 2007). Μια ακόμη επίπτωση του αυτισμού στην λειτουργικότητα των παιδιών, σύμφωνα με την APA (2013), αποτελεί η αρνητική επίδοση στις ακαδημαϊκές επιδόσεις εξαιτίας της έλλειψης των οργανωτικών ικανοτήτων και της μειωμένης ανοχής σε τυχόν αλλαγές. Κατά τον Wu (2010), η εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ αποτελεί ένα ακόμη δύσκολο κομμάτι, καθώς επηρεάζεται από την γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση, τα διάφορα αισθητηριακά ζητήματα αλλά τη διάσπαση προσοχής. Η επιθετικότητα, ο αυτοτραυματισμός και η καταστροφική συμπεριφορά αποτελούν χαρακτηριστικά της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ, σε σχέση πάντα με παιδιά τυπικής ανάπτυξης ή παιδιά που παρουσιάζουν άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (Estes et al., 2009). Αξίζει ακόμη να αναφερθεί το γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν συχνά επιληπτικές κρίσεις ( Tuchman & Rapin, 2002), διαταραχή ελλειμματικής ποροσοχής-υπερκινητικότητας, εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχές άγχους (Simonoff et al., 2008), ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού των κινήσεων (APA, 2013). Η λειτουργικότητα των παιδιών με αυτισμό επηρεάζεται αρνητικά από τα κινητικά προβλήματα και την αργοπορημένη κινητική ανάπτυξη που παρουσιάζεται, γεγονός που περιορίζει τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες με συνομήλικους, λόγω των δυσκολιών στον κινητικό συντονισμό και τις οπτικο-κινητικές δεξιότητες (Gilberg, 1990). Τέλος, τα παιδιά με ΔΑΦ φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Gurney, MaPheeters & Davis, 2006).

Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω, εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ επιβαρύνονται περισσότερο αναφορικά με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης, τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Οι προκλήσεις, που αφορούν την ανατροφή του παιδιού, φαίνονται να εμφανίζονται σε καθημερινή βάση, καθώς οι γονείς αναλαμβάνουν ευθύνες που σχετίζονται με τη διάγνωση, τη διατήρηση της υγείας, τον έλεγχο της συμπεριφοράς, την υποστήριξη και τη βοήθεια του παιδιού τους στην καθημερινότητα του (Eapen & Guan, 2016). Στις παραπάνω προκλήσεις είναι δυνατόν να συμπεριληφθεί η οικονομική επιβάρυνση και η αναζήτηση της κατάλληλης εκπαιδευτικής παρέμβασης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλύτερη ποιότητα ζωής των παιδιών με ΔΑΦ (Whitman, 2004).

Όλα τα παραπάνω έχουν αντίκτυπο στη ψυχολογία των γονέων των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς είναι υπεύθυνοι για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών τους, γεγονός που απαιτεί αρκετές ώρες ενασχόλησης με το παιδί, υπομονή και αυξημένα επίπεδα αντοχών. Συνέπεια όλων αυτών είναι η σημαντική επίδραση που προκαλείται τόσο στην γονική όσο και στην οικογενειακή λειτουργία.

## **Κεφάλαιο 2. Στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και τεχνική ενσυνειδητότητας (MINDFULNESS)**

### **2.1 Γονικό άγχος**

Οι γονείς που μεγαλώνουν ένα παιδί με ΔΑΦ καλούνται να αντιμετωπίσουν προκλήσεις που δεν υφίστανται σε γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Abbeduto et al., 2004. Gray, 2006), εξαιτίας των πολύπλοκων, νευρολογικών και

αναπτυξιακών διαταραχών που οδηγούν στην έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης και παρουσία επαλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι περισσότεροι γονείς τείνουν να εξιδανικεύουν το παιδί που πρόκειται να αποκτήσουν και αναμένουν την εκπλήρωση όλων των ονείρων και προσδοκιών που έχουν στο μυαλό τους. Στην περίπτωση, όμως, που παρουσιάζεται μια διαταραχή, οι γονείς όχι μόνο πρέπει να πενήθσουν το εξιδανικευμένο παιδί αλλά και να αποδεχθούν την πληθώρα δυσκολιών που έχουν να αντιμετωπίσουν πλέον στην καθημερινότητά τους (Bydlowski, 1997). Στις ψυχικές αυτές διεργασίες προστίθενται οι καθημερινές προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ σε πρακτικό επίπεδο, σε θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή των παιδιών τους και στην παροχή της αμέριστης φροντίδας τους, γεγονός που πολλές φορές προκαλεί κάποιο είδος αστάθειας και δυσλειτουργίας στο οικογενειακό επίπεδο (Watson et al., 2011).

Όλα τα παραπάνω φαίνεται να αυξάνουν τα επίπεδα άγχους των γονιών παιδιών με ΔΑΦ, λόγω της πίεσης και της έντασης που προκύπτουν από τη καθημερινή γονική φροντίδα (Rao & Beidel, 2009). Σύμφωνα με έρευνες, τα επίπεδα στρες, κατάθλιψης και άγχους των γονέων είναι αρκετά αυξημένα (Montes & Halterman, 2008. Schieve et al., 2008), ενώ πολλές φορές η καθημερινότητα περιγράφεται ως αγχωτική και αρκετά στρεσογόνα (Gray, 2002. Hutton & Caron, 2005). Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις (Gray, 2002), οι γονείς αναφέρουν σημαντικό βαθμό άγχους και κατάθλιψης, ενώ το ένα τρίτο αυτών έλαβαν

ψυχοθεραπεία ή κάποιο είδος φαρμακευτικής αγωγής προκειμένου να καταφέρουν να προσαρμοστούν στις δυσκολίες που έπρεπε να αντιμετωπίσουν, δυσκολίες που αυξάνονται όσο μεγαλώνει και η ηλικία των παιδιών. Έντονα συμπτώματα άγχους, καταθλιπτικά συναισθήματα, αίσθηση απώλειας ελέγχου και γνωστικές αλλοιώσεις αποτελούν τα βασικά συμπτώματα αρνητικής ψυχολογίας που βιώνουν οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ, επηρεάζοντας όχι μόνο την οικογενειακή ζωή αλλά και την επαγγελματική (Benderix, Nordstrom & Sivberg, 2007). Φαίνεται πως η συμπεριφορά επηρεάζεται άμεσα από καταστάσεις πίεσης και στρες, καθώς καταλήγουν να λειτουργούν υπό πίεση, να γίνονται πιο ελεγκτικοί και παρεμβατικοί (Susan M. Bögels et al., 2010). Ακόμη, είναι πιθανό να συμπεριφέρονται απορριπτικά και δεν είναι δεκτικοί απέναντι στα παιδιά με ΔΑΦ (Susan M. Bögels et al., 2010).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν απόρροια της ιδιαίτερης επικοινωνίας, των δύσκολων κοινωνικών συμπεριφορών, της κοινωνικής απομόνωσης, των δυσκολιών στην αυτοεξυπηρέτηση και της έλλειψης κατανόησης από την κοινωνία (Schieve et al., 2008) και κάποιες φορές οδηγούν τις οικογένειες των συγκεκριμένων παιδιών να παραδεχτούν τη δυσκολία στη φροντίδα των παιδιών τους και πολλές φορές την παραδοχή της πρόθεσης της παραίτησης λόγω έλλειψης των κατάλληλων ψυχικών δυνάμεων (Montes & Halterman, 2008).

Σύμφωνα με συγκριτικές μελέτες, εκφράζεται ότι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες, κατάθλιψης, άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με γονείς που τα παιδιά τους έχουν διαγνωσθεί με σύνδρομο Down ή άλλων μορφών νοητικής υστέρησης (Olsson & Hwang, 2001. Weiss,

2002) ή γονείς παιδιών με χρόνια ασθένεια (Bouma & Schweitzer, 1990). Κατά τους Dykens και Hodapp (2001), τα επίπεδα άγχους των γονέων παιδιών με ΔΑΦ διαφοροποιούνται ανάλογα με τη διάγνωση που λαμβάνει το παιδί. Σ' αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι η διαφορά στα επίπεδα άγχους δεν αφορούν μόνο στο ποσοτικό επίπεδο αλλά και στο ποιοτικό, καθώς η συναισθηματική απόσταση που παρουσιάζει ένα παιδί στο αυτιστικό φάσμα, μπορεί να οδηγήσει σε πολύ αρνητικά συναισθήματα όπως αυτά της απελπισίας και της απόγνωσης (Bouma & Schweitzer, 1990).

Συμπερασματικά, γίνεται εμφανές ότι τα επίπεδα άγχους είναι αρκετά μεγαλύτερα σε σχέση με το άγχος που παρουσιάζουν γονείς παιδιών με τυπική ανάπτυξη. Επιπλέον, υπάρχουν αρκετές αποκλίσεις στις συγκριτικές μελέτες που έχουν γίνει για να μελετήσουν τα επίπεδα άγχους σε οικογένειες παιδιών με ΔΑΦ, οικογένειες παιδιών τυπικής ανάπτυξης και οικογένειες παιδιών με άλλες διαταραχές (Hayes, 2013).

Η γνωστική έκπτωση, η εξωτερίκευση προβλημάτων συμπεριφοράς και η εσωτερική δυσφορία, η διαταραγμένη διάθεση ή η ευαισθησία, η εξάρτηση σε πρακτικά θέματα της καθημερινότητας, οι μαθησιακές δυσκολίες, η ανάγκη για φροντίδα σε καθημερινή βάση, η δυσκολία στην προσαρμογή της διατροφής, η ακατάλληλη σεξουαλική έκφραση, οι κοινωνικές δυσκολίες και η παραμονή στην κατοικία για αρκετά διαστήματα κατά καιρούς αποτελούν βασικούς παράγοντες άγχους για τους γονείς παιδιών με ΔΑΦ (Karst, Van Hecke, 2012).

Κάποια χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΑΦ όπως η προσαρμοστικότητα, η απαιτητικότητα και η απόσπαση της προσοχής μπορούν να

αυξήσουν το άγχος των γονέων σχετικά με την ικανότητα τους να σχετίζονται με τα παιδιά τους (Baker-Ericzen, Brookman-Frazee & Stahmer, 2005). Οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ επηρεάζονται σημαντικά από τα συναισθηματικά, λειτουργικά προβλήματα των παιδιών (Rao, Beidel 2009). Σύμφωνα με τις έρευνες, οι μητέρες των παιδιών με ΔΑΦ φαίνεται πως εμφανίζουν πολύ συχνότερα αυξημένα επίπεδα στρες συγκριτικά με τους πατέρες. Αυτό συμβαίνει επειδή οι μητέρες αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο στην φροντίδα των παιδιών και τείνουν να εμφανίζουν περισσότερο συμπτώματα στρες (Tehee et al., 2009). Η διαφορά μεταξύ των επιπέδων άγχους των γονέων φαίνεται να περιορίζεται όσο το παιδί μεγαλώνει, καθώς οι μητέρες αποδέχονται τα συμπτώματα της ΔΑΦ και μαθαίνουν να ζουν μ' αυτά. Τα επίπεδα άγχους του πατέρα παραμένουν ίδια κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας των παιδιών (Bebko et al., 1987). Το 2006 οι Lecavalier et al., κατά την διάρκεια της έρευνας τους απορρίπτουν τα παραπάνω και αναφέρουν ότι τα επίπεδα άγχους στους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ παραμένουν σταθερά από την παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση των παιδιών.

Επιπλέον, φαίνεται πως τα επίπεδα άγχους διαφέρουν μεταξύ αντρών και γυναικών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του παιδιού με ΔΑΦ, τη σοβαρότητα αυτών και την αιτιολογία. Στην περίπτωση των μητέρων το άγχος και τα επίπεδα στρες αυξάνονται όταν το παιδί παρουσιάζει δυσλειτουργία στην έκφραση των συναισθημάτων, ενώ στην περίπτωση των πατέρων φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα αγχωτική η διαχείριση της κοινωνικής ζωής των παιδιών τους, καθώς και οι δυσκολίες προσαρμογής που μπορεί να παρουσιάσουν σ' ένα κοινωνικό πλαίσιο



(Davis & Carter, 2008). Παρόλα αυτά η κοινωνική ζωή των παιδιών με ΔΑΦ επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα στρες και των δύο γονέων.

Κατά τον Hastings (2003), τα επίπεδα στρες που αφορούν τις μητέρες δεν επηρεάζονται μόνο από τα συμπτώματα και τις αντιδράσεις των παιδιών τους. Πολλές φορές, η αύξηση άγχους των γυναικών οφείλεται και στην ψυχική υγεία του πατέρα (δηλαδή του δεύτερου φροντιστή του παιδιού), γεγονός που μπορεί να προκαλέσει και συμπτώματα κατάθλιψης στις μητέρες, καθώς υπάρχει το αίσθημα ότι η ευθύνη βαραίνει μόνον αυτήν. Σε πολλές περιπτώσεις, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης δεν παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ μητέρων και πατέρων παιδιών με ΔΑΦ, όμως φαίνεται ότι οι μητέρες εκφράζουν πολύ πιο εύκολα τις ανησυχίες τους συγκριτικά με τους πατέρες.

Η φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ αποτελεί μεγάλη πρόκληση στην καθημερινότητα των γονέων, καθώς πρέπει να αντιμετωπίσουν αρκετές δυσκολίες και δυσλειτουργίες. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται σημαντικό να υπάρχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον τόσο σε οικογενειακό όσο και σε φιλικό επίπεδο. Η κοινωνική υποστήριξη, η εύρεση στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών και η χρήση κοινοτικών υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις βοηθούν σε σημαντικό βαθμό στη θετική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ αλλά και στη ευκολότερη προσαρμογή στις καθημερινές απαιτήσεις (Higgins et al., 2005).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, λοιπόν, είναι ένας πολύ σημαντικός τρόπος διαχείρισης της ΔΑΦ. Το είδος στρατηγικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι γονείς από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζει

σημαντικά τη διάθεση των γονέων στο τέλος της ημέρας σε καθημερινή βάση σύμφωνα με έρευνα που έχει διεξαχθεί από τους Pottie και Ingram (2008). Κατά τη διάρκεια της έρευνας βρέθηκαν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών, όμως εστίασαν στους εξής πέντε βασικούς τρόπους: εστίαση στο πρόβλημα, κοινωνική υποστήριξη, θετική ανατροφοδότηση, συναισθηματική ρύθμιση και συμβιβαστική αντιμετώπιση. Οι συγκεκριμένοι τρόποι αντιμετώπισης της απαιτητικής καθημερινότητας συνδέονται με τη θετική διάθεση των γονέων στο τέλος της ημέρας. Αντιθέτως, μορφές τρόπου αντιμετώπισης όπως η φυγή, το έντονο αίσθημα ενοχών, η απόσυρση και η έλλειψη βοήθειας και υποστήριξης από το κοντινό περιβάλλον συμβάλει αρνητικά στη διάθεση των γονέων με αποτέλεσμα να έχουν αρνητική διάθεση στο τέλος της ημέρας.

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας στην εύκολη διαχείριση της απαιτητικής καθημερινότητας ενός παιδιού με ΔΑΦ είναι η δυνατότητα εύκολης προσαρμογής των γονέων σε κρίσιμες καταστάσεις που μπορούν να προκύψουν ξαφνικά. Αυτό είναι δυνατόν να συμβεί μόνο εάν οι γονείς έχουν αποδεχτεί το γεγονός της διαταραχής από την αρχή και είναι αποφασισμένοι να την διαχειριστούν με αποφασιστικότητα (Pakenham et al., 2005). Παράλληλα, η άμεση αποδοχή της διάγνωσης από την πλευρά των γονέων αποτελεί ένα παράγοντα που διαμεσολαβεί μεταξύ των έντονων αντιδράσεων του παιδιού με ΔΑΦ και της ψυχικής κατάστασης των γονέων αυτών των παιδιών (Weiss et al., 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς που έχουν απόλυτη επίγνωση της δυσκολίας της κατάστασης που έχουν να αντιμετωπίσουν, μπορούν να διαχειριστούν πιο εύκολα τις απρόοπτες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν

κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ένα σημαντικό παράδειγμα αποτελούν οι μητέρες που έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και είναι σίγουρες για την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία προκύψει. Αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα ασφαλείας και στο παιδί με ΔΑΦ αλλά και φαίνεται να λειτουργεί θετικά στα επίπεδα άγχους των γονέων μειώνοντας τα (Pisula, Kossakowska, 2010).

Η αισιοδοξία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό στην προσωπικότητα που επηρεάζει σημαντικά στον τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης. Γενικότερα, η αισιοδοξία τείνει να λειτουργεί ευεργετικά στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων και πολύ περισσότερο στην καθημερινότητα των γονέων παιδιών με ΔΑΦ. Το αίσθημα αισιοδοξίας και η ισχυρή υποστήριξη από το περιβάλλον είναι σημαντικοί παράγοντες για την ψυχολογική ευημερία των γονέων, καθώς βοηθούν σημαντικά στην θετική ανταπόκριση στις καθημερινές προκλήσεις. Ενώ σε έλλειψη των παραπάνω η ανταπόκριση γονέων στις καθημερινές απαιτήσεις είναι σε χαμηλότερα επίπεδα (Ekas, Lickenbrock, Whitman, 2010).

Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι γονείς, οι οποίοι ανέβαλαν ή εγκατέλειψαν προσωπικά όνειρα και σχέδια προκειμένου να υποστηρίξουν εξ ολοκλήρου το παιδί τους και τις απαιτήσεις που προκύπτουν μετά τη διάγνωση της ΔΑΦ, εμφανίζουν συχνότερα και πιο αυξημένα επίπεδα γονικού άγχους (Karst, Van Hecke, 2012). Επιπλέον, γονείς που παρουσιάζουν χαρακτηριστικά όπως η ακαμψία, η επιφυλακτικότητα, η ευαισθησία στην κοινωνική κριτική, μπορεί να χρησιμοποιούν λανθασμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των έκτακτων καταστάσεων. Παράλληλα, φαίνεται πως η συγκεκριμένη κατηγορία γονέων

λαμβάνει και μειωμένη κοινωνική υποστήριξη και παρουσιάζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ( Ingresoll & Hambrick, 2011).

Είναι γεγονός ότι οι απαιτήσεις που συνδέονται με την ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία και πιο συγκεκριμένα με ΔΑΦ είναι πολύ μεγάλες, γι αυτό τον λόγο δεν είναι απαραίτητα μόνο οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν οι γονείς και τα χαρακτηριστικά όπως η υπομονή, αλλά και η συνεχής υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (Pottie & Ingram, 2008). Η θετική διάθεση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, η μειωμένη ψυχολογική κατάπτωση, τα χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής κατάθλιψης, η συνολική βελτιωμένη διάθεση, τα χαμηλά επίπεδα στρες, καθώς και αυξημένη αίσθηση αποτελεσματικότητας σχετίζονται άμεσα με τα υψηλά ποσοστά κοινωνικής υποστήριξης (Ekas, Licken Brock, Whitman, 2010. Weiss, 2002. Pottie & Ingram, 2008).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα στα επίπεδα στρες που εμφανίζουν οι μητέρες παιδιών με ΔΑΦ. Αξίζει να αναφερθεί ότι η διαθεσιμότητα της συγκεκριμένης κοινωνικής υποστήριξης λειτουργεί πιο ευεργετικά στον προσδιορισμό των επιπέδων στρες παρά η ίδια η υποστήριξη (Duarte et al., 2005).

Σύμφωνα με τον Hastings (2003) η αίσθηση της αποτελεσματικότητας που έχουν οι μητέρες των παιδιών με αυτισμό σε περιπτώσεις που χρειάζεται να παρέμβουν επηρεάζει τα επίπεδα άγχους και βρίσκεται σε άμεση επίδραση με τα προβλήματα της συμπεριφοράς και το άγχος που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό. Άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την εικόνα τους και την αποτελεσματικότητα των αντιδράσεων των γονέων, πέρα από την κοινωνική

υποστήριξη και την αυτοεκτίμηση, αποτελεί το κοινωνικό στίγμα που προκύπτει από τις απόψεις και τις γνώμες του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος (Grey, 2002).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ καθώς και η ψυχική τους υγεία βρίσκονται σε άμεση αλληλεξάρτηση με την ψυχική υγεία των γονέων, η οποία βελτιώνεται όσο οι γονείς εκπαιδεύονται συστηματικά στα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού (Kelly et al., 2008).

Επιπλέον, η μειωμένη έκφραση των συναισθημάτων, η έλλειψη ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους, η μεγαλύτερη ηλικία και η ύπαρξη νεότερου αδερφού αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες που όταν συνυπάρχουν με την ύπαρξη παιδιού με αυτισμό συμβάλουν σημαντικά στην εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους (Duarte et al., 2005).

Τέλος, φαίνεται ότι το στρες των γονέων μπορεί να μειώσει τα θετικά αποτελέσματα μίας παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ. Το συνεχές αυξημένο άγχος των γονέων μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ (Le cavalier et al., 2006), τα οποία με την σειρά τους επηρεάζουν και αυξάνουν τα επίπεδα άγχους όχι μόνο στους γονείς αλλά και σε όλα τα μέλη της οικογένειάς.

## **2.2 Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και η επίδραση στην οικογενειακή λειτουργία**

Η συγκρότηση της οικογένειας στηρίζει τις βάσεις της σε κάποιες συγκεκριμένες παραδοχές. Αρχικά, η οικογένεια πρέπει να στηρίζει τα μέλη της και

να αντιμετωπίζει κάθε ερέθισμα που προκύπτει από το εξωτερικό περιβάλλον και έχει ως στόχο τη διάσπαση της συνοχής της οικογένειας. Δεύτερον, οι σχέσεις μεταξύ των μελών ασκούν σημαντική επιρροή στο καθεαυτό σύστημα της οικογένειας. Τρίτον, υπάρχουν σχέσεις μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας που λειτουργούν ως υποσυστήματα (όπως αυτό των συζύγων, των γονέων και των αδερφών) αλλά παρουσιάζονται και οι επαφές με τον εξωτερικό κόσμο που αλληλεπιδρά άμεσα με τα μέλη της οικογένειας (Angel, Meadan & Stoner, 2012). Οι αλληλεπιδράσεις που προκύπτουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους αλλά και με το εξωτερικό περιβάλλον παρουσιάζουν διάφορα επίπεδα συνοχής και προσαρμοστικότητας, χαρακτηριστικά που αν βρίσκονται σε ισορροπία μπορούν να προσδώσουν στην οικογένεια υγιή χαρακτηριστικά (Angel, Meadan & Stoner, 2012).

Η ύπαρξη ενός παιδιού με ΔΑΦ μέσα στην οικογένεια αλλάζει εντελώς τις δυναμικές της με αποτέλεσμα, σε κάποιες περιπτώσεις, να δημιουργούνται ακόμη πιο ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της, ενώ, σε κάποιες άλλες περιπτώσεις οι δεσμοί χαλαρώνουν και μπορεί να προκληθούν εντάσεις και διαμάχες μεταξύ των μελών. Οι γονείς ενός παιδιού με ΔΑΦ έρχονται αντιμέτωποι σε καθημερινή βάση, καθώς πέρα από το γεγονός της αποδοχής της διαταραχής, πρέπει να αναζητήσουν τρόπους αντιμετώπισης ή βελτίωσης των συμπτωμάτων της διαταραχής, την κατάλληλη εκπαιδευτική παρέμβαση, αρκετούς οικονομικούς πόρους αλλά και τρόπους για την σωστή ανατροφή των παιδιών του είτε με ΔΑΦ είτε τυπικής ανάπτυξης (Ekas, Lickenbrock & Whitman, 2010).

Πολλές φορές, οι γονείς βρίσκονται σε συνεχές άγχος και στρες, καθώς μετά την αποδοχή της διαταραχής του παιδιού τους οφείλουν να έρθουν αντιμέτωποι με τις συνεχείς προκλήσεις, που σχετίζονται με τη περίθαλψη του παιδιού με ΔΑΦ, η σωστή αλληλεπίδραση με τους κατάλληλους ειδικούς που μπορούν να παρέχουν όλα τα απαραίτητα εφόδια για τη λειτουργική ζωή του παιδιού με ΔΑΦ (Baker-Ericzen, Brookman-Frazee & Stahmer, 2005).

Ένα γεγονός που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ νιώθουν απομονωμένοι από τον έξω κόσμο και θεωρούν ότι βρίσκονται σε ένα δικό τους κόσμο. Η απομόνωση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αισθάνονται ότι δεν έχουν ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής και ότι απαιτείται συνεχή φροντίδα για το παιδί με ΔΑΦ. Ακόμη και σε περιπτώσεις που παρέχεται αρκετή βοήθεια από άλλα μέλη της ευρύτερης οικογένειας, μπορεί να γίνει έντονη η αίσθηση απομόνωσης μέσα στην ίδια την οικογένεια, για παράδειγμα μεταξύ των συζυγων (Woodgate, Ateah & Secco, 2008).

Η οικογενειακή ζωή μπορεί να χαρακτηριστεί ως κανονική όταν παράγοντες όπως η κοινωνικοποίηση και η αλληλεπίδραση με άτομα του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος υπάρχουν στην καθημερινότητα των γονέων. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί και από την εξασφάλιση ενός σπιτιού ή μιας σταθερής εργασίας (Gray, 2002). Σύμφωνα με μελέτες, το γεγονός της έλλειψης συνοχής της οικογένειας μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική και σωματική κατάπτωση (Schieve et al., 2008), ενώ μειώνεται και η ποιότητα της ζωής σε σχέση με οικογένειες που έχουν παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Lee et al., 2008).

Η συνεχής πίεση χρόνου, η οικονομική επιβάρυνση, η ανάγκη για στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο και στέγασης αποτελούν βασικές προκλήσεις που καλούνται οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητά τους. Επιπλέον, η συναισθηματική φόρτιση που επιβαρύνει τους γονείς λόγω της απαιτητικής φροντίδας του παιδιού με ΔΑΦ αποτελεί μια πρόσθετη πρόκληση που επιφέρει την ψυχολογική και σωματική κατάπτωση (Lord & Bishop, 2010).

Στις περιπτώσεις που τα παιδιά μετακινούνται σε κάποιο ίδρυμα, οι γονείς φαίνεται να εκφράζουν την ανακούφισή τους και την αισιοδοξία τους σχετικά με το μέλλον. Ωστόσο, βιώνουν ένα ηθικό δίλημμα που σχετίζεται με τις ενοχές που νιώθουν λόγω της μετακίνησης του παιδιού σε κάποιο ίδρυμα. Η θλίψη, όμως, και η ψυχολογική εξάντληση λόγω της αδυναμίας των γονέων να διαχειριστούν τις έντονες συμπεριφορές του παιδιού τους και της αρνητικής επιρροής στα αδέρφια, τους οδήγησαν να απομακρύνουν το παιδί από το οικογενειακό περιβάλλον (Benderix, Nordstorm & Sivberg, 2007).

Ένα παιδί με ΔΑΦ επηρεάζει σημαντικά πολλούς τομείς της καθημερινής ζωής μιας οικογένειας. Πολλές φορές είναι αδύνατον να συμβεί κάτι αυθόρμητο λόγω της ανάγκης πλήρους προγραμματισμού όλων των δραστηριοτήτων, έτσι ακόμη και η διοργάνωση μιας οικογενειακής εκδρομής, αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι διαχείρισης από την πλευρά των γονέων (Petalas et al., 2009). Επιπλέον, η πιθανότητα το παιδί με ΔΑΦ να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιο άτομο από το κοινωνικό ή και οικογενειακό περιβάλλον, οδηγεί τα μέλη της οικογένειας να έχουν ένα επιπρόσθετο βάρος (Hutton & Carron, 2005). Αυτός είναι και ένας λόγος που οι συγκεκριμένες οικογένειες αποφεύγουν τις έντονες επαφές με άλλες οικογένειες



του κοινωνικού τους περίγυρου, καθώς προκαλείται έντονο στρες ανάλογα με τη συμπεριφορά που θα εισπράξουν. Υπάρχουν δυο περιπτώσεις αντίδρασης στην επαφή με άλλες οικογένειες. Από τη μια, υιοθετούνται συμπεριφορές αποφυγής άλλων οικογενειών, ενώ, από την άλλη υπάρχουν οικογένεια που επιδιώκουν την επαφή με άτομα έξω από το οικογενειακό περιβάλλον και άλλες οικογένειες, καθώς αναζητούν την αποδοχή και την κοινωνική υποστήριξη (Sivberg, 2002).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης δεν αποτελούν σημαντικό δείκτη πρόβλεψης της οικογενειακής επιτυχίας. Υπάρχουν περιπτώσεις γονέων με υψηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης, οι οποίοι δε κατάφεραν να επιφέρουν τη συνοχή στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η στήριξη από συγκεκριμένα προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας των παιδιών με ΔΑΦ και των γονέων τους (Higgins et al., 2005).

Οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ, σε κάποιες περιπτώσεις, υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα άγχους σχετικά με την εργασία τους είναι αρκετά αυξημένα. Η απαραίτητη και συνεχής φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ, αποτελεί ένα αδύναμο σημείο για την καριέρα ενός πατέρα και καθιστά περιορισμένη τη δυνατότητα εργασίας της μητέρας (Montes & Halterman, 2008).

Στην περίπτωση του αυτισμού είναι σχεδόν αδύνατον να μην επηρεαστεί η προσωπική επαφή των γονέων μεταξύ τους. Το συνεχές άγχος που επικρατεί στην οικογένεια έχει ως απόρροια, την διαταραχή της σχέσης των συζύγων, γι' αυτό και τα επίπεδα διαζυγίων είναι αρκετά αυξημένα σε σχέση με οικογένειες που έχουν παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Hartley et al., 2010). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι

πιθανότητες διαζυγίου μεταξύ γονέων παιδιού με ΔΑΦ, αυξάνονται και μετά την παιδική ηλικία του παιδιού, κατά την πρώιμη ενηλικίωση του παιδιού (Hartley et al., 2010). Το συνεχές άγχος φαίνεται να επηρεάζει συνεχώς το ζευγάρι και προκαλεί εντάσεις και ταλαντώσεις στη μεταξύ τους σχέση. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί το γεγονός ότι οι πιθανότητες διαζυγίου αυξάνονται με τον ερχομό ενός δεύτερου παιδιού, ενώ υπάρχει ήδη στην οικογένεια ένα παιδί με ΔΑΦ (Hartley et al., 2010).

Σύμφωνα με τους Gau et al. (2012), οι μητέρες παιδιών με ΔΑΦ χαρακτηρίζουν το επίπεδο προσαρμοστικότητας ως χαμηλότερο, μελέτη που αντικρούει την έρευνα των Montes & Halterman (2008), που υποστηρίζει ότι η αυξημένη οικογενειακή συνοχή συνεπάγεται στενή σχέση μητέρας-παιδιού. Ωστόσο, τόσο η υψηλή συνοχή, όσο και η χαμηλή μπορούν να προκαλέσουν μια δυσλειτουργική αλληλεπίδραση στο οικογενειακό περιβάλλον.

### **2.3 Η έννοια του στρες**

Το στρες ως μία πολυσύνθετη έννοια είναι αρκετά δύσκολο να ορισθεί. Ωστόσο, σύμφωνα με σχετική βιβλιογραφία το στρες προσδιορίζεται με βάση τρεις προσεγγίσεις. Σύμφωνα με την πρώτη προσέγγιση το στρες προσδιορίζεται ως εξαρτημένη μεταβλητή καθώς περιγράφεται ως η ψυχολογική και σωματική αντίδραση του ατόμου ένα εξωτερικό αρνητικό ερέθισμα. Κατά την δεύτερη προσέγγιση ορίζεται ως περιβαλλοντικό, το οποίο επηρεάζει το άτομο, ανάγοντας έτσι το στρες σε ανεξάρτητη μεταβλητή. Τέλος, η τρίτη προσέγγιση ορίζει το στρες ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει, τόσο τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όσο και

τις ατομικές αντιδράσεις σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση καθώς επηρεάζονται και διαμορφώνονται συνεχώς μεταξύ τους (Καραδήμας, 2005).

Το στρες, λοιπόν, αποτελεί το σύνολο των ψυχοπιεστικών ερεθισμάτων που προκύπτουν από την άμεση επαφή του ατόμου με το περιβάλλον και τα οποία είτε προκαλούν ζημιά ή απώλεια, είτε γίνονται αντιληπτά ως πρόκληση ή απειλή (Lazarus & Folkman, 1984). Το στρες προκαλεί στο άτομο πολύπλοκες αντιδράσεις, οι οποίες διαχωρίζονται στη γνωστική αποτίμηση και στην αντιμετώπιση ( Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen. 1986).

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο ορισμός τους στρες διαφοροποιείται από την έννοια του άγχους, η οποία αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε στρεσογόνους παράγοντες, τόσο εσωτερικούς, όσο και εξωτερικούς (Καραδήμας. 2005).

#### **2.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες αναφέρονται στις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να αντιμετωπίσει τις αλληλεπιδράσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος και αφορούν τόσο το εσωτερικό, όσο και εξωτερικό περιβάλλον του. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις σχετίζονται άμεσα με τη δυναμική του ατόμου, με αποτέλεσμα όταν υπερβαίνει τις δυνατότητές του, βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης ( Folkman et al., 1986).

Η αντίδραση του ατόμου καθορίζεται κυρίως από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το ερέθισμα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος. Προσπαθώντας να αξιολογήσει την κατάσταση και τα ερεθίσματα που δέχεται, μπορεί να αντιληφθεί ότι πρόκειται για μια κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει στρες, επομένως βρίσκεται σε ετοιμότητα προκειμένου να βρει τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης. Η γνωστική αποτίμηση χωρίζεται σε τρία διαφορετικά είδη. Το πρώτο είδος είναι αυτό της αντίληψης ζημίας που σχετίζεται με ζημιές και απώλειες που έχουν ήδη συμβεί. Το δεύτερο είδος αφορά την αντίληψη της απειλής που αναφέρεται σε ενδεχόμενη ζημία. Το τρίτο είδος σχετίζεται με την αντίληψη της πρόκλησης, η οποία εστιάζει κατά βάση στην πιθανότητα κέρδους, ακόμα κι αν το άτομο έχει να αντιμετωπίσει σε δύσκολες συνθήκες ( Lazarus & Folkman, 1984).

Η γνωστική αξιολόγηση που καλείται να χρησιμοποιήσει το άτομο περιλαμβάνει δύο φάσεις. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης, το άτομο αξιολογεί αν η συνθήκη που έχει να αντιμετωπίσει, προκαλεί την αύξηση των επιπέδων στρες. Στην περίπτωση που η συνθήκη χαρακτηρίζεται στρεσογόνα, προχωρά στη δευτερογενή αξιολόγηση, κατά την οποία εκτιμώνται οι διαθέσιμες προσωπικές ικανότητες και δυνατότητες του ατόμου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστεί η ενδεχόμενη απειλή ( Lazarus & Folkman, 1984).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, από τη μία, αυτή που επικεντρώνεται στο πρόβλημα και από την άλλη, αυτή που επικεντρώνεται στο συναίσθημα. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται όλες εκείνες οι τεχνικές που σχετίζονται με τις ενεργητικές στρατηγικές, όπως η αναζήτηση και η συλλογή πληροφοριών, η εφαρμογή τεχνικών επίλυσης του

προβλήματος, η δημιουργία σχεδίου δράσης, η εύρεση εναλλακτικών λύσεων. Οι παραπάνω τεχνικές έχουν ως βασικό στόχο την επίλυση του προβλήματος. Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται όλες εκείνες οι τεχνικές που μπορούν να χαρακτηριστούν ως παθητικές και εστιάζουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης της έκτακτης κατάστασης. Αυτές οι τεχνικές είναι η άρνηση, η παραίτηση, η απομόνωση καθώς και η αποφυγή αντιμετώπισης του ερεθίσματος που προκαλεί τη στρεσογόνα κατάσταση (Lazarus & Folkman, 1980). Λίγο αργότερα, το 1986, ο Latack πρότεινε μια επιπλέον κατηγορία στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, η οποία εστιάζει στην εκτίμηση ή αντίληψη του ατόμου και στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το ερέθισμα. Οι συγκεκριμένες στρατηγικές αναφέρονται συχνά με τον όρο γνωστική επανεκτίμηση.

Η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που αποτελεί και την αρχή για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης που προκαλεί έντονο στρες. Η συγκεκριμένη επιλογή καθορίζεται τόσο από ατομικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι βασικοί ατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την γνωστική εκτίμηση και την κατάλληλη επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου ερεθίσματος είναι τα κίνητρα που προκύπτουν αλλά και η πεποίθηση ότι το άτομο έχει τις απαραίτητες δυνατότητες και δεξιότητες να ελέγξει και να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Από την άλλη, ο βασικός περιβαλλοντικός παράγοντας που ενεργοποιεί τη διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης και, συνεπώς, την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής είναι η ασάφεια που χαρακτηρίζει την εκάστοτε κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί

(Καραδήμας, 2005). Πιο συγκεκριμένα ο βαθμός ασάφειας μιας κατάστασης μπορεί να καθυστερήσει την αξιολόγηση της συνθήκης ως ουδέτερης, θετικής ή αρνητικής. Σ' αυτή την περίπτωση περιπλέκονται οι ατομικοί με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οπότε όταν η κατάσταση είναι αρκετά σαφής, η διαδικασία επιλογής στρατηγικής προκύπτει από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στην περίπτωση που η ασάφεια της κατάστασης είναι σε αρκετά αυξημένα επίπεδα, τότε τα ατομικά χαρακτηριστικά είναι υπεύθυνα για την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής αντιμετώπισης της στρεσογόνου κατάστασης (Καραδήμας, 2005).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι η εναρμόνιση της κατάστασης με τη σωστή επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστεί επιτυχώς ένας επικείμενος κίνδυνος. Η αντιστοιχία μεταξύ του βαθμού του προσωπικού ελέγχου που θεωρεί το άτομο ότι κατέχει και του είδους στρατηγικών που τελικά επιλέγονται να εφαρμοστούν είναι βασικές προϋποθέσεις για την επαρκή αντιμετώπιση της κρίσιμης κατάστασης. Όταν, λοιπόν, το άτομο θεωρεί ότι η κατάσταση που έχει να αντιμετωπίσει είναι στα επίπεδα του ελέγχου του, τότε είναι πιο εύκολο να επιλεχθούν στρατηγικές που σχετίζονται άμεσα με την επίλυση του προβλήματος. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή το άτομο κρίνει ότι η κατάσταση ξεφεύγει από τις δυνατότητες του να την ελέγξει, τότε προστρέχει σε στρατηγικές που εστιάζουν στη ρύθμιση του συναισθήματος (Forsythe & Compas, 1987).

## 2.5 Η τεχνική ενσυνειδητότητας(MINDFULNESS)

Σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση φαρμακευτικής αγωγής βοηθάει όταν παρουσιάζονται υψηλά επίπεδα παρορμητικότητας, ανήσυχης και επιθετικής συμπεριφοράς, ωστόσο δεν υπάρχει η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή που να βελτιώνει τα βασικά συμπτώματα του αυτισμού (Newschaffer et al., 2007). Κάποιες φορές μάλιστα φαίνεται πως η φαρμακευτική αγωγή οδηγεί τα παιδιά ΔΑΦ σε αύξηση του βάρους τους αλλά και θέματα δυσκινησίας (Almandil et al., 2013, Campbell et al., 1997). Παρόλα αυτά οι έρευνες δε σταματούν να αναζητούν τρόπους που μπορούν να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του αυτισμού, τόσο στα παιδιά, όσο και στους γονείς τους.

Ένα πρόγραμμα βασισμένο στην τεχνική της ενσυνειδητότητας φαίνεται να είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης κάποιων δυσκολιών που μπορεί να παρουσιάζονται εξαιτίας του αυτισμού. Η τεχνική της ενσυνειδητότητας, γνωστή ως τεχνική 'mindfulness', βασίζεται στο ίδιο πρωτόκολλο που βασίζεται η εκπαίδευση για παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα (ADHD) (Van der Oord et al., 2012) και η εκπαίδευση ενηλίκων με αυτισμό (Spek et al., 2012) και είναι προσαρμοσμένη σε παραδοχές της επιστήμης της ψυχολογίας που σχετίζονται με την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Έτσι, η συγκεκριμένη τεχνική φαίνεται να επικεντρώνεται στο παρόν, με απόλυτη συνειδητότητα του τι συμβαίνει στον περιβάλλοντα χώρο και χωρίς διάθεσης άσκησης κριτικής. Η επίγνωση του συμμετέχοντα ότι πρέπει να είναι διαθέσιμος για να αντιληφθεί τα ερεθίσματα που παρουσιάζονται στο εξωτερικό περιβάλλον αλλά και όσα προκύπτουν εσωτερικά, είτε στο σώμα του είτε στα συναισθήματά του, αποτελεί βασική προϋπόθεση

συμμετοχής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα (Kabat-Zinn, 1994). Οι συμμετέχοντες του συγκεκριμένου προγράμματος εκπαιδεύονται να δίνουν προσοχή στα ερεθίσματα που δέχονται σε μια συγκεκριμένη στιγμή και να είναι σε θέση να τα αποδεχτούν προκειμένου να τα διαχειριστούν αναλόγως. Η επίγνωση των εμπειριών, η αναγνώριση των συναισθημάτων, η παραδοχή των σκέψεων, καθώς και η αποδοχή των αισθήσεων είναι βασικά συστατικά για την επιτυχή πορεία του προγράμματος ενσυνειδητότητας. Το πιο σημαντικό κομμάτι, λοιπόν, της συγκεκριμένης τεχνικής είναι η εκπαίδευση των συμμετεχόντων στην καλλιέργεια μια συμπονετικής στάσης και αποδοχής ότι πρέπει να βιώνουν όλα τα υπάρχοντα ερεθίσματα με σκοπό να μπορούν να βρουν τον κατάλληλο τρόπο διαχείρισής τους μέσω της προσωπικής εμπειρίας (Segal et al., 2012).

Σ' ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας μπορούν να συμμετέχουν είτε παιδιά με ΔΑΦ είτε οι γονείς τους που είναι συνήθως οι βασικοί φροντιστές αυτών των παιδιών. Στην περίπτωση των παιδιών με ΔΑΦ, η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί να στηρίξει τα συγκεκριμένα παιδιά για διάφορους λόγους. Αρχικά, υπάρχει η δυνατότητα βελτίωσης νευρογνωστικών ελλειμμάτων. Ο βασικός λόγος που μπορεί να συμβεί αυτό είναι το γεγονός ότι τα παιδιά εκπαιδεύονται να επικεντρώνουν την προσοχή τους στα ερεθίσματα που δέχονται ανάλογα με την σημαντικότητά τους. Σε περιπτώσεις, όπως αυτή του αυτισμού, η προσοχή τείνει να επικεντρώνεται σε ερεθίσματα που είναι μείζονος σημασίας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση σύγχυσης. Η προσκόλληση σε μικρές λεπτομέρειες προκαλούν τη απόσπαση της προσοχής. Ωστόσο, ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας εκπαιδεύει τον συμμετέχοντα να είναι ανοιχτός σε όλα τα



εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα, αλλά να επικεντρώνει την προσοχή του σε αυτά που είναι σημαντικά και θα τον βοηθήσουν να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις (Kabat-Zinn, 1994, Segal et al., 2012).

Επιπλέον, οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι ένα ακόμη κομμάτι που επιδέχονται βελτίωση μέσω της τεχνικής της ενσυνειδητότητας. Ο εκπαιδευόμενος μαθαίνει να ελέγχει και να επικεντρώνει την προσοχή του σε σημεία που επιθυμεί. Ακόμη, υπάρχει η ευελιξία μετατόπισης την προσοχής σε ερεθίσματα που είναι σημαντικά για τον κάθε συμμετέχοντα, η αντίδραση σε διάφορες εμπειρίες και γενικότερα η ανταπόκριση στα ερεθίσματα πρέπει να γίνεται με απόλυτη συνείδηση και όχι αντιδρώντας παρορμητικά (Zelazo and Lyons, 2012). Σύμφωνα με έρευνες, όσον αφορά τους ενήλικες, φαίνεται πως ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας επηρεάζει θετικά την προσοχή και βοηθά το άτομο να επικεντρώνεται στα σημαντικά σημεία ενός ερεθίσματος. Επιπλέον, διακρίνεται η δυναμική βελτίωσης των εκτελεστικών λειτουργιών (Van de Weijer-Bergsma et al., 2012, Zylowska et al., 2008). Επομένως, το πρόγραμμα ενσυνειδητότητας επηρεάζει σημαντικά τη συνοχή της προσοχής και στα σημεία που αυτή επικεντρώνεται έχοντας όσο το δυνατόν πιο καλά αποτελέσματα ως προς την αντιμετώπιση διάφορων ερεθισμάτων που προκύπτουν στην καθημερινή ζωή.

Σε δεύτερη φάση, η συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει το εκπαιδευόμενο άτομο σε βελτίωση των προβλημάτων σε θέματα επικοινωνίας και σε ζητήματα αλληλεπίδρασης. Οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται να επικεντρώνουν την προσοχή τους στα γεγονότα που παρουσιάζονται στο παρόν, συμπεριλαμβάνοντας και τις αντιδράσεις των ατόμων, με τα οποία αλληλεπιδρούν.

Μ' αυτό τον τρόπο είναι εφικτό να επικεντρωθεί η προσοχή σε διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις με άλλα άτομα και δεν αποσπάται από σκέψεις ή θορύβους που προκύπτουν από εξωτερικούς παράγοντες, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επικεντρώνεται το άτομο στην επικοινωνία με άλλα άτομα (Block-Lerner et al., 2007). Ακόμη, η προσπάθεια κατανόησης των προσωπικών συναισθημάτων που επιδιώκεται μέσω της τεχνικής ενσυνειδητότητας, μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή αυτών των συναισθημάτων και παράλληλα να βοηθήσει στην κατανόηση των συναισθημάτων των κοινωνικών 'άλλων', των ατόμων, δηλαδή, που βρίσκονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Από την άλλη, τα άτομα που συμμετέχουν σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα ενισχύουν σε σημαντικό βαθμό την επίγνωση τους σχετικά με την επιρροή της προσωπικής τους συμπεριφοράς σε σχέση με τα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος (Block-Lerner et al., 2007, Sequeira and Ahmed, 2012). Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η ενσυναίσθηση, η αλληλεπίδραση σε κοινωνικό επίπεδο καθώς και σημαντικά σημεία της θεωρίας του νου βελτιώνονται σε μεγάλο βαθμό μέσω ενός προγράμματος βασισμένου στην τεχνική της ενσυνειδητότητας.

Εν συνεχεία, οι συμμετέχοντες σε προγράμματα βασισμένα στην τεχνική της ενσυνειδητότητας ενισχύουν την ικανότητα να μην τίθενται κριτικά απέναντι σε άλλα άτομα, να καλλιεργούν την περιέργεια τους, να αντιλαμβάνονται και να αποδέχονται τις προσωπικές εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα. Αυτό έχει ως απόρροια την συνεχή προσπάθεια αντίληψης των συναισθημάτων που βιώνουν σε παροντικό χρόνο, χωρίς να 'χάνονται' σε προσωπικές σκέψεις, και αποκτώντας εξοικείωση με τις αισθήσεις του σώματος, τις προσωπικές σκέψεις, κατά τη

διάρκεια μια προσωπικής συναναστροφής με άλλα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος, και των συναισθημάτων (Chiesa & Serretti, 2009). Αυτή η διαδικασία επιτρέπει στους συμμετέχοντες του προγράμματος να προσαρμόζονται στη ροή των γεγονότων, αντιλαμβανόμενοι το χρόνο αλλά επικεντρώνοντας την απαραίτητη προσοχή στον παρόν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των υψηλών επιπέδων του στρες αλλά και προβληματικών συμπεριφορών. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έχουν προκύψει από μελέτες που έχουν γίνει σε υγιή άτομα (Chiesa & Serretti, 2009), βοηθώντας τους να μειώσουν τα επίπεδα στρες, ενώ, άτομα που έχουν διάφορα ψυχιατρικά ή ιατρικά ζητήματα, δεν μειώνουν μόνο τα επίπεδα στρες αλλά και ανησυχίας και, πολλές φορές, συμπτώματα κατάθλιψης (Gotink et al.,2015, Hofmann et al.,2010). Επιπλέον, ένα πρόγραμμα βασισμένο στην τεχνική ενσυνειδητότητας φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει ή να βελτιώσει συμπτώματα που σχετίζονται με νοσήματα ψυχικής υγείας, όπως η ψυχολογική αστάθεια, σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Tan & Martin, 2014). Γι' αυτό το λόγο αναμένεται ότι η εφαρμογή ενός παρόμοιου προγράμματος θα μπορούσε να μειώσει τα αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους σε παιδιά με ΔΑΦ αλλά και στους γονείς των παιδιών αυτών.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η εκπαίδευση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ σ' ένα πρόγραμμα ενσυνειδητότητας είναι εξίσου σημαντική καθώς μπορούν να έχουν σημαντικά οφέλη, τόσο στην προσωπική τους ζωή, όσο και στην επαφή με τα παιδιά τους. Οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ βιώνουν σε καθημερινή βάση υψηλά επίπεδα άγχους και στρες, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με διάφορα απρόοπτα γεγονότα. Σε κάποιες περιπτώσεις, μάλιστα, παρουσιάζονται και

ζητήματα ψυχικής υγείας και διάφορες διαταραχές σε ψυχολογικό επίπεδο (Hayes & Watson, 2013, Van Steijn et al., 2014). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση της ενσυνειδητότητας στις δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ, καθώς φαίνεται να αποδέχονται την κατάσταση, που καλούνται να αντιμετωπίσουν, μέσω της συγκεκριμένης τεχνικής. Επιπλέον, τα επίπεδα ενσυναίσθησης των συγκεκριμένων γονέων επηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην προκαλείται η ανησυχία, συμπτώματα κατάθλιψης και αυξημένα επίπεδα στρες, εξαιτίας των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ (Jones et al., 2014, Neff & Faso, 2015, Weiss et al., 2012). Οι γονείς που εφαρμόζουν τις αρχές της τεχνικής ενσυνειδητότητας λειτουργούν πιο αυθόρμητα σε θέματα που σχετίζονται με τα παιδιά τους, δεν ασκούν κριτική, αναθεωρούν τις προσδοκίες τους ανάλογα με τις προοπτικές που τους παρέχονται (Jones et al., 2014, Neff & Faso, 2015, Weiss et al., 2012) και ανταποκρίνονται με σύνεση στις προκλήσεις που τυχαίνουν στην καθημερινότητά τους, χωρίς να αντιδρούν παρορμητικά (Bögels & Restifo, 2014). Ένα τέτοιο πρόγραμμα θέτει τους γονείς παιδιών με ΔΑΦ ικανούς να διαχειριστούν με τους κατάλληλους τρόπους την αλληλεπίδραση που έχει η δική τους ψυχολογική κατάσταση με τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και τις ιδιαιτερότητές τους, αυτό συμβαίνει επειδή αναπτύσσεται η αίσθηση της κατανόησης και η δυνατότητα παροχής βοήθειας, τόσο στα παιδιά τους, όσο και στους εαυτούς τους. Η μείωση των επιπέδων στρες θεωρείται σημαντική μετά από ένα πρόγραμμα που θέτει σε εφαρμογή την τεχνική ενσυνειδητότητας σε ένα ευρύ ποσοστό του πληθυσμού (Chiesa & Serretti, 2009, Hofmann et al., 2010), άρα μπορεί να γίνει η υπόθεση ότι μπορεί να λειτουργήσει

ευεργετικά και σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ. Πιο συγκεκριμένα, η εκπαίδευση των γονέων παιδιών με διάφορες ψυχικές διαταραχές στην τεχνική ενσυνειδητότητας, φαίνεται να παρουσιάζει μειωμένα επίπεδα γονικού άγχους και βελτιωμένη συμπεριφορά απέναντι στις ιδιαιτερότητες των παιδιών (Bögels et al., 2014, Meppelink et al., 2016).

Επιπλέον, η τεχνική ενσυνειδητότητας έχει εφαρμοστεί με επιτυχία ακόμη και σε ενήλικες με ΔΑΦ (Spek et al., 2013). Η κληρονομικότητα της διαταραχής του αυτισμού είναι περίπου στο 80% (Lichtenstein et al., 2010) και τα συμπτώματα μοιάζουν αν είναι παρόμοια και στα παιδιά και στους γονείς (Constantino and Todd, 2005). Επομένως, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συμμετοχή ενός γονέα παιδιού με ΔΑΦ σε πρόγραμμα που εφαρμόζει την τεχνική ενσυνειδητότητας μπορεί να βελτιώσει τυχόν συμπτώματα της διαταραχής του αυτισμού που μπορεί να έχει ο ίδιος ο γονέας, άρα το πρόγραμμα μπορεί να φανεί ευεργετικό και για τους γονείς αλλά και για τα παιδιά με ΔΑΦ.

## **Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία**

### **3.1 Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας, λοιπόν, είναι να ελεγχθεί η ψυχολογική κατάσταση και τα επίπεδα άγχους και στρες σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ , να εφαρμοστεί η πρακτική mindfulness στους συγκεκριμένους γονείς και να εξεταστεί

το αν και κατά πόσο επηρεάζει, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και στρες σε σχέση με την κατάσταση που βιώνουν μέσα στην οικογένειά τους εξαιτίας του αυτισμού.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι επιχειρείται η διευκρίνιση αν η εφαρμογή της τεχνικής της ενσυνειδητότητας (mindfulness) επηρεάζει την συναισθηματική κατάσταση των γονέων και σε συγκεκριμένες διαστάσεις της αντίληψής τους για τη σχέση τους με το παιδί.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται, σχετίζονται με την με την ψυχολογική κατάσταση των γονέων κι αν αυτή επηρεάζεται από τη διάγνωση του αυτισμού. Επιπλέον, επιχειρείται να ελεγχθεί η επίδραση της εφαρμογής της τεχνικής της ενσυνειδητότητας στα ενδεχόμενα υψηλά επίπεδα άγχους και στρες. Οπότε τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν πριν τη διεξαγωγή της έρευνας είναι τα εξής:

1. Η τεχνική ενσυνειδητότητας επηρεάζει τα επίπεδα του στρες που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα;
2. Η τεχνική ενσυνειδητότητας επηρεάζει τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες;
3. Η τεχνική ενσυνειδητότητας επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση;

Για να ελεγχθούν τα παραπάνω ερωτήματα, επιλέχθηκε ο μεθοδολογικός σχεδιασμός σύγκρισης μεταξύ των συνθηκών (within subjects design), με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις πριν (T1) και μετά την παρέμβαση (T2)

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις που πρόκειται να ερευνηθούν και να επιβεβαιωθούν ή όχι, ανάλογα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι οι εξής:

1. Θα υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα του στρες που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση.
2. Θα υπάρχουν διαφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση.
3. Θα υπάρχουν διαφορές στη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων πριν και μετά την παρέμβαση.

### **3.2 Σχέδιο έρευνας**

Η συγκεκριμένα έρευνα διεξήχθη με ποσοτική και συγκριτική μελέτη, καθώς μελετήθηκαν συναισθήματα και συμπεριφορές πριν και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που αφορούν το γονικό στρες, τρόπους αντιμετώπισης του στρες και συναισθημάτων.

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στην Θεσσαλονίκη κατά το διάστημα 1/3/2020 έως 30/6/2020. Οι συμμετέχοντες είναι γονείς παιδιών με ΔΑΦ και κάτοικοι Θεσσαλονίκης και όλοι δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα οικειοθελώς. Το συγκεκριμένο δείγμα δεν είναι τυχαίο, καθώς επιλέχθηκαν γονείς, των οποίων τα παιδιά φοιτούν σε κάποιο ειδικό σχολείο της Θεσσαλονίκης ή συμμετέχουν σε προγράμματα ιδιωτικών ΚΔΑΠ Αμεα της Θεσσαλονίκης. Η έρευνα σχετίζεται με πρόγραμμα παρέμβασης και πραγματοποιήθηκε με τη

βοήθεια ψυχολόγου, εξειδικευμένου στην τεχνική της ενσυνειδητότητας.

Αναλαμβάνοντας τον ρόλο της συντονίστριας ήταν εύκολο να πραγματοποιηθούν οι συνδέσεις μέσω της πλατφόρμας του zoom, καθώς η περίοδος διεξαγωγής της έρευνας συνέπεσε με την γενικότερη περίοδο αναστάτωσης σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο λόγω του κορονοϊού.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι ο παρατεταμένος εγκλεισμός κάποιων συμμετεχόντων μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα ως προς τα αυξημένα ποσοστά άγχους, λόγω της ασταθούς κατάστασης που επικρατούσε εκείνο το διάστημα.

### 3.3 Δείγμα έρευνας

Από τους εξήντα ( $N=60$ ) γονείς που συμμετείχαν συνολικά στην έρευνα, οι 54 (90%) είναι γυναίκες και οι 6 (10%) άνδρες. Το εύρος ηλικίας ήταν 27 έτη ( $L=27$ ) και ο μέσος τα 45 έτη ( $M= 45,2$   $SD=6,14$ ). Ο διάμεσος αριθμός τέκνων ήταν 2 ( $Mdn=2$ ).

---

		Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Οικογενειακή Κατάσταση	Οικονομική Κατάσταση	Τόπος Διαμονής	Βοήθεια από άλλα πρόσωπα	Αριθμός τέκνων
N	Valid	60	60	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,10	45,250	2,82	1,08	1,95	1,00	2,67	1,97



Median	1,00	44,000	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00
Mode	1	40,0	3	1	2	1	3	2
SD	,303	6,1358	,651	,279	,467	,000	,655	,663
Minimum	1	35,0	2	1	1	1	1	1
Maximum	2	62,0	4	2	3	1	4	5
Percentil 25	1,00	40,000	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00
es								
50	1,00	44,000	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00
75	1,00	49,750	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00

Πίνακας 1. Συχνότητες δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων

### 3.4 Εργαλεία μέτρησης

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα εξής:

➤ Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις που σχετίζονταν με δημογραφικούς παράγοντες των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική ενασχόληση.

➤ Η Σύντομη Μορφή της Κλίμακας Γονικού Στρες (Parental Stress Index- Short Form, Abidin, 1995)

Το ερωτηματολόγιο που προσδιορίζει την κλίμακα του γονικού στρες κατασκευάστηκε από τον Abidin (1995). Η αρχική κλίμακα αποτελούνταν

από 120 δηλώσεις, ωστόσο μετά από παραγοντική ανάλυση προέκυψε η σύντομη μορφή του εργαλείου, με 36 προτάσεις- δηλώσεις. Στο συγκεκριμένο εργαλείο ο γονέας καλείται να δηλώσει κατά πόσο συμφωνεί με κάθε δήλωση. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από το 1 "Διαφωνώ πολύ" έως το 5 "Συμφωνώ πολύ". Η συγκεκριμένη κλίμακα επιχειρεί να μετρήσει το στρες που παρουσιάζεται σε έναν γονέα με παιδιά από 1 μηνός έως 12 ετών. Οι δηλώσεις συγκεντρώνονται σε τρεις βασικές υποκλίμακες, οι οποίες βαθμολογούνται συνολικά αλλά προκύπτει να επιμέρους βαθμολογία των υποκλιμάκων. Όσο πιο υψηλές βαθμολογίες προκύπτουν, τόσο πιο αυξημένο φαίνεται να είναι το γονεϊκό άγχος. Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί από τους Βορριά και συν (2006).

Η κλίμακα αποτελείται από τρεις υποκλίμακες και η καθεμία έχει 12 δηλώσεις. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη υποκλίμακα αφορά τη γονική δυσφορία (Parental Distress-PD). Αξιολογεί το βαθμό που οι γονείς νιώθουν ικανοί στο ρόλο τους, αναφέρεται αν παρέχεται βοήθεια και αν νιώθουν πιεσμένοι στο ρόλο τους ως γονείς (ερωτήσεις 1-12). Η δεύτερη υποκλίμακα αφορά τη δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέων-παιδιού (Parent-Child Dysfunctional Interaction-PCDI), διερευνώντας την κάλυψη των προσδοκιών των παιδιών αναφορικά με τους γονείς τους και την ικανοποίηση των γονέων από την αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους (ερωτήσεις 13-24). Η τρίτη υποκλίμακα αφορά το "δύσκολο" παιδί (Difficult Child -DC) και εξετάζει χαρακτηριστικά του παιδιού που μπορεί να δυσκολέψουν έναν γονέα (ερωτήσεις 25- 36).

Η υποκλίμακα αξιοπιστίας (Αμυντική Ανταπόκριση) αποτελείται από επτά δηλώσεις της κλίμακας Γονικής Δυσφορίας , η οποία δεν περιλαμβάνεται

στο συνολικό αποτέλεσμα του εργαλείου. Στην περίπτωση που οι γονείς έχουν χαμηλή βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, είναι πιθανόν είτε να καταφέρουν να μειώσουν το άγχος τους είτε να μην επενδύουν κατά πολύ στον γονεϊκό τους ρόλο, ώστε να μην αντιλαμβάνονται τις πιέσεις που προκύπτουν από την ανατροφή ενός παιδιού.

Η συνολική βαθμολογία του γονεϊκού άγχους προκύπτει από το άθροισμα και των τριών υποκλιμάκων. Σύμφωνα με το Abidin (1995), ο δείκτης αξιοπιστίας ( δείκτης Cronbach) είναι  $\alpha=,91$  και αφορά το συνολικό άγχος. Η γονική δυσφορία έχει δείκτη  $\alpha=,87$ , η δυσλειτουργική επίδραση γονέα παιδιού  $\alpha=,90$  και το δύσκολο παιδί  $\alpha=,85$ .

➤ Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Θυμικού (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS, Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Το συγκεκριμένο εργαλείο αφορά κλίμακα αυτοαναφοράς και αξιολογεί το θυμικό ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου. Αποτελείται από 20 επίθετα, κάποια περιγράφουν θετικά συναισθήματα ενώ κάποια αρνητικά συναισθήματα. Οι συμμετέχοντες επιλέγουν σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, το βαθμό στον οποίο τους αντιπροσωπεύει το κάθε επίθετο (1=ελάχιστες φορές/ καθόλου, 2=λίγες φορές, 3=μερικές φορές, 4=πολλές φορές, 5= πάρα πολλές φορές). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τις Moraitou & Efklides (2009), οι οποίες επιβεβαίωσαν τη δι- παραγοντική δομή του εργαλείου μέσω επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων.

➤ Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων

Το Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων (Coping Orientations to Problems Experienced Inventory, COPE, Carver, Scheier & Weintraub, 1989) απαρτίζεται από 53 προτάσεις, οι οποίες αξιολογούν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια στρεσογόνα κατάσταση. Οι 13 υποκλίμακες περιγράφουν τις διαφορετικές πτυχές της αντιμετώπισης. Οι 5 αφορούν στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο πρόβλημα, όπως η ενεργή αντιμετώπιση, ο σχεδιασμός, η καταστολή ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων, η συγκράτηση της αντιμετώπισης και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Οι επόμενες 5 υποκλίμακες υπολογίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα, όπως η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, η θετική επανερμηνεία, η αποδοχή, η άρνηση και η στροφή προς τη θρησκεία. Τέλος, οι 3 υποκλίμακες που υπολείπονται εστιάζουν σε στρατηγικές που αφορούν το συναίσθημα, ενώ παράλληλα, περιγράφονται ως δυσπροσαρμοστικές ή λιγότερο χρήσιμες μορφές αντιμετώπισης του στρες, όπως η εστίαση σε συναισθήματα και η εκτόνωση αυτών, η αποδέσμευση σε επίπεδο συμπεριφοράς ή εγκατάλειψη και νοητική αποδέσμευση. Η πρόταση που διαφοροποιείται και αναφέρεται μεμονωμένα σχετίζεται με τη χρήση ουσιών (αλκοόλ και υπνωτικά φάρμακα/ ναρκωτικά). Οι συμμετέχοντες έχοντας στη διάθεσή τους μια τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1= συνήθως, δεν το κάνω καθόλου, 2= συνήθως, το κάνω σε μικρό βαθμό, 3= συνηθίζω να το κάνω σε μέτριο βαθμό, 4= συνηθίζω να το κάνω πολύ) αξιολογούν τη συχνότητα με την οποία ενεργούν σε μια κατάσταση που προκαλεί έντονο στρες.

Η παραγοντική δομή της ελληνικής εκδοχής του συγκεκριμένου εργαλείου (COPE) έχει ελεγχθεί από τους Ντίνου και συ. (2013), οι οποίοι

επιβεβαίωσαν τη δομή 11 παραγόντων μέσω επιβεβαιωτικών αναλύσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι 2 παράγοντες του COPE δεν επιβεβαιώθηκαν στην ελληνική εκδοχή και αφορούν την καταστολή των ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων και τη νοητική αποδέσμευση. Ο τελικός αριθμός προτάσεων που προέκυψε, μετά την επιβεβαιωτική ανάλυση των παραγόντων, ήταν 44. Όλοι οι παράγοντες που αναφέρονται στην ελληνική εκδοχή του COPE είναι στατιστικά σημαντικοί, χωρίς όμως να εστιάζουν στο πρόβλημα ή στο συναίσθημα.

➤ Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

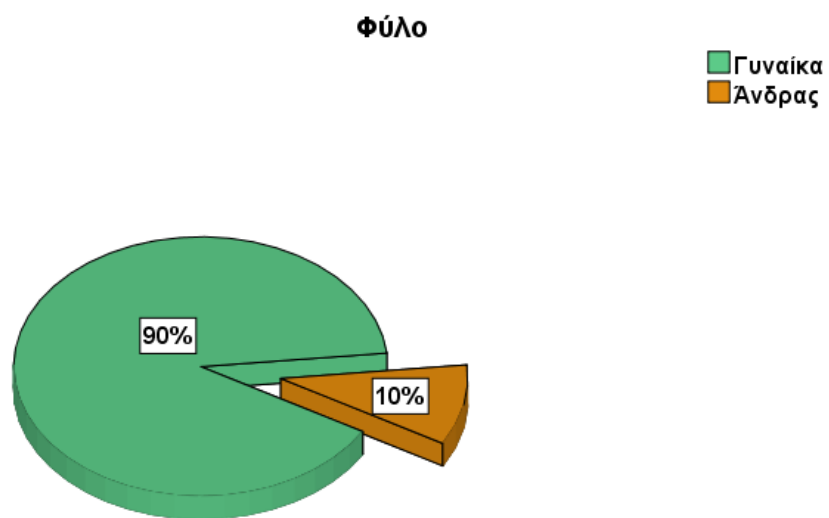
Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει κατασκευασθεί από τους Kroenke, Spitzer, Williams \* Lowe (2009), προκειμένου να προσδιοριστούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, που περιγράφονται ως δύο πολύ συχνές ψυχικές ασθένειες που εμφανίζονται τον γενικό πληθυσμό. Είναι σύντομο, καθώς θεωρείται ότι τα άτομα που πάσχουν από παρόμοιες ασθένειες δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για περισσότερη ώρα σε ένα κείμενο, επειδή χάνουν την συγκέντρωσή τους. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που μπορεί να απαντηθεί με μια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert και έχει ως βασικό σκοπό να εξετάσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η υψηλή βαθμολογία στο συγκεκριμένο εργαλείο δεν εγγυάται τη διάγνωση αλλά βοηθά τον αξιολογητή να αποφανθεί αν είναι απαραίτητη ή όχι η χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

Με το συγκεκριμένο εργαλείο είναι δυνατόν να ανιχνευθούν ασθένειες, όπως η Διπολική Διαταραχή, Κυκλοθυμία, Γενικευμένες Ψυχικές Διαταραχές και άλλα. Σε περιπτώσεις που τα ποσοστά βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα

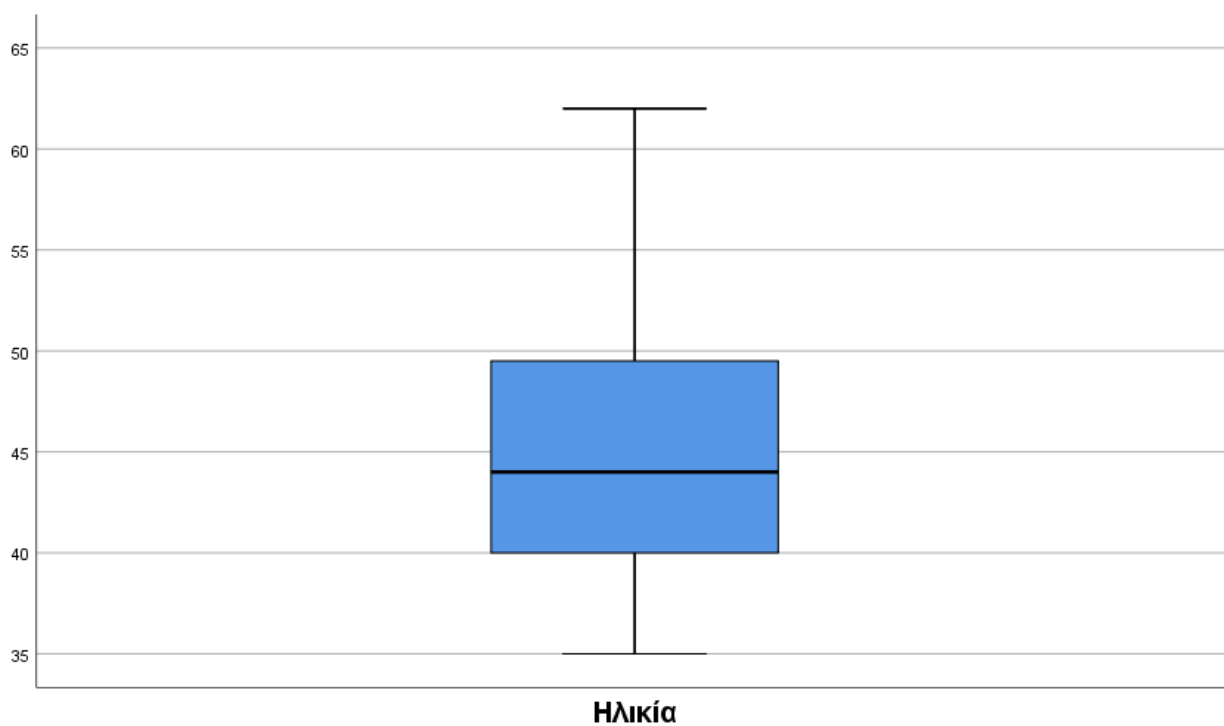
δεν υποδεικνύει την έλλειψη ψυχικής ασθένειας, μπορεί όμως να δηλώνει χαμηλά επίπεδα εμφάνισης κάποιας ψυχικής ασθένειας.

### 3.5 Αποτελέσματα έρευνας

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα “SPSS” (Statistical Package for the Social Sciences) έκδοση 26.0, της εταιρείας IBM και το πρόγραμμα “JASP” 0.14.1.0. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών όλων των μεταβλητών, με τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnov (K-S) και Shapiro-Wilk (S-W). Για τις συγκρίσεις των μεταξύ των δυο συνθηκών της ανεξάρτητης μεταβλητής, χρησιμοποιήθηκαν το παραμετρικό κριτήριο “*student’s t*” για εξαρτημένα δείγματα (*paired samples t-test*) και το μη-παραμετρικό κριτήριο “*Wilcoxon Signed-Rank*”. Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας ήταν διπλής κατεύθυνσης με διάστημα εμπιστοσύνης 95% ( $p < 0.05$ ). Υπολογίστηκε, επίσης, το μέγεθος επίδρασης *Cohen’s d<sub>z</sub>* για τις συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν με παραμετρικά κριτήρια και το μέγεθος επίδρασης *Rank-Biserial Correlation “r”* για τις συγκρίσεις με μη παραμετρικά κριτήρια. Για τις δημογραφικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι δείκτες συχνότητας.

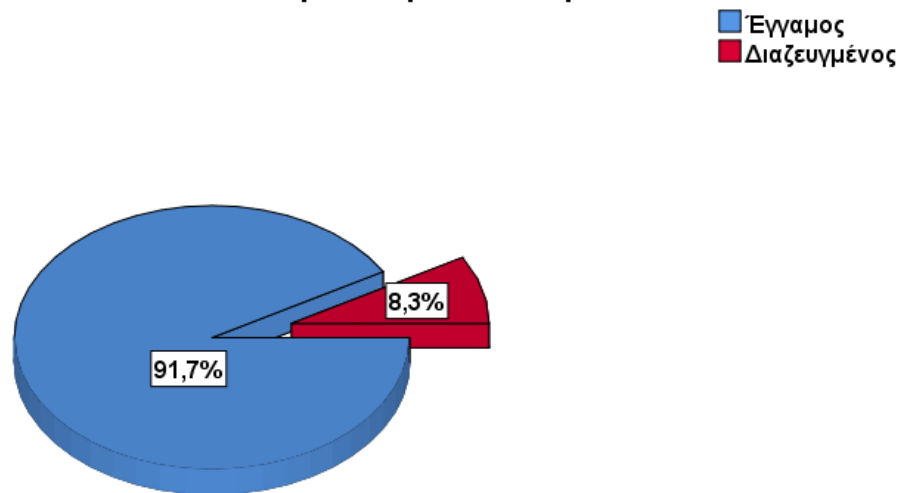


Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων

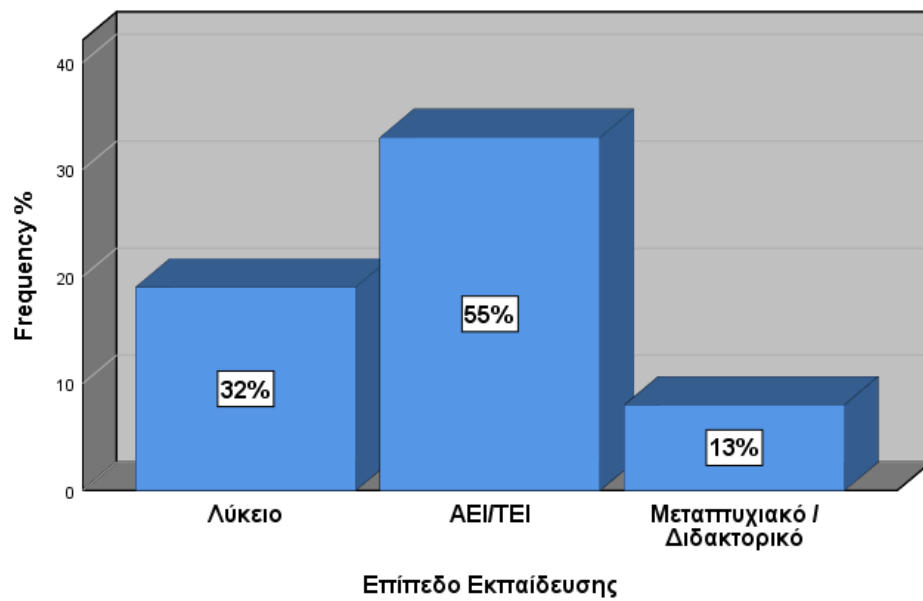


Σχήμα 2. Ηλικία συμμετεχόντων

### Οικογενειακή Κατάσταση

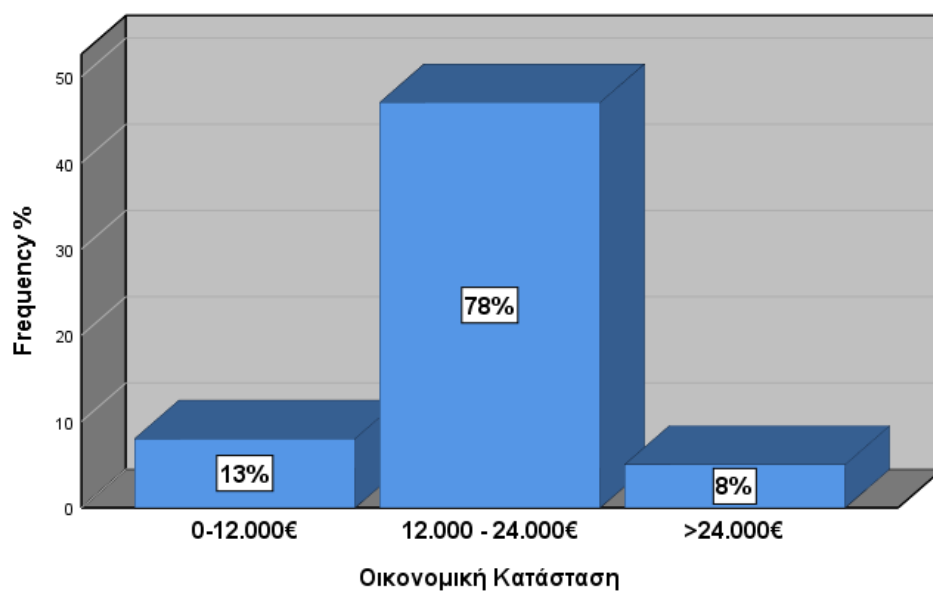


Σχήμα 3. Οικογενειακή Κατάσταση των συμμετεχόντων

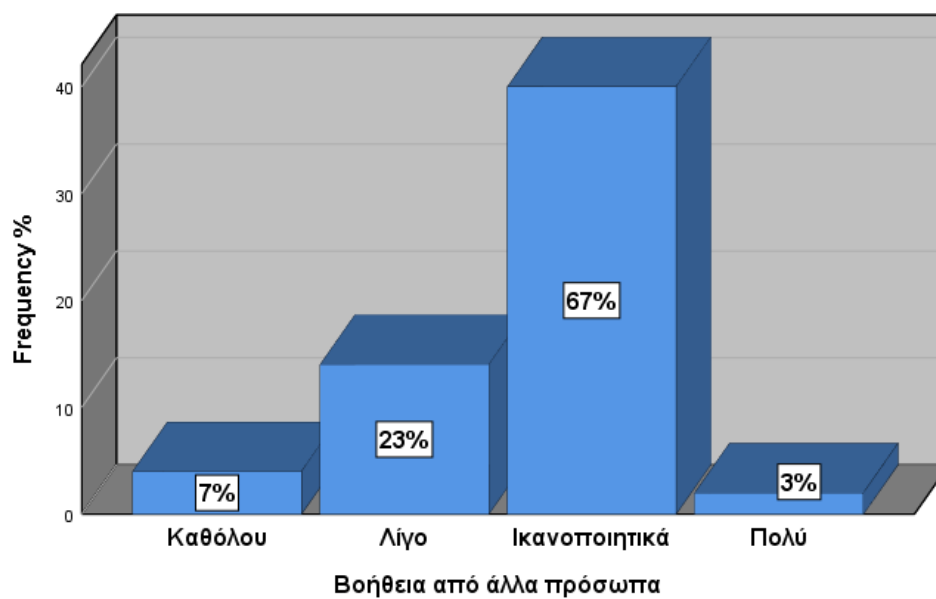


Σχήμα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων





Σχήμα 5. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων



Σχήμα 6. Ποσοστά υποστήριξης από τρίτους

### 3.5.1 Έλεγχος διαφορών

Αναφορικά με την “Σύντομη Μορφή της Κλίμακας του Γονεϊκού Στρες”, οι μεταβλητές δυο παραγόντων παρουσίασαν κανονικές κατανομές και στις δυο συνθήκες. Συγκεκριμένα η “Γονική Δυσφορία” [ $T_1$ : S-W(59)=0,972,  $p=0,193$ .  $T_2$ : S-W(59)=0,971,  $p=0,167$ ] και το “Συνολικό Στρες” [ $T_1$ : K-S(59)=0,112,  $p=0,065$   $T_2$ : K-S(59)=0,086,  $p=0,200$ ] και η σύγκρισή κάθε ζεύγους μετρήσεων έγινε με το παραμετρικό κριτήριο “t” για εξαρτημένα δείγματα. Αντιθέτως, οι μεταβλητές των δυο άλλων παραγόντων δηλαδή η “Δυσλειτουργική Αλληλεπίδραση Γονέα-Παιδιού” [ $T_1$ : S-W(59)=0,840,  $p<0,001$ .  $T_2$ : S-W(59)=0,918,  $p=0,001$ ] και “Δύσκολο παιδί” [ $T_1$ : K-S(59)=0,186,  $p<0,001$ .  $T_2$ : K-S(59)=0,167,  $p<0,001$ ] είχαν μη-κανονικές κατανομές σε όλες τις συνθήκες και ως εκ τούτου για τη σύγκριση των αντίστοιχων μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Wilcoxon.

N=60	Συνθήκη μέτρησης					
	$T_1$		$T_2$		$d$	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
Γονική Δυσφορία	30,2	4,3	31,2	4,8	-0,17	

Ως προς τον παράγοντα της “Γονική Δυσφορίας”, η μικρή διαφορά που παρατηρήθηκε μεταξύ των μέσων όρων ( $M_{T1}=30,2$ ,  $SD=4,3$  και  $M_{T2}=31,2$ ,  $SD=4,8$ ) στις δυο μετρήσεις ήταν στατιστικά μη-σημαντική [ $t(59)=-1,34$ ,  $p=0,187$ ,  $d=-0,17$ ].

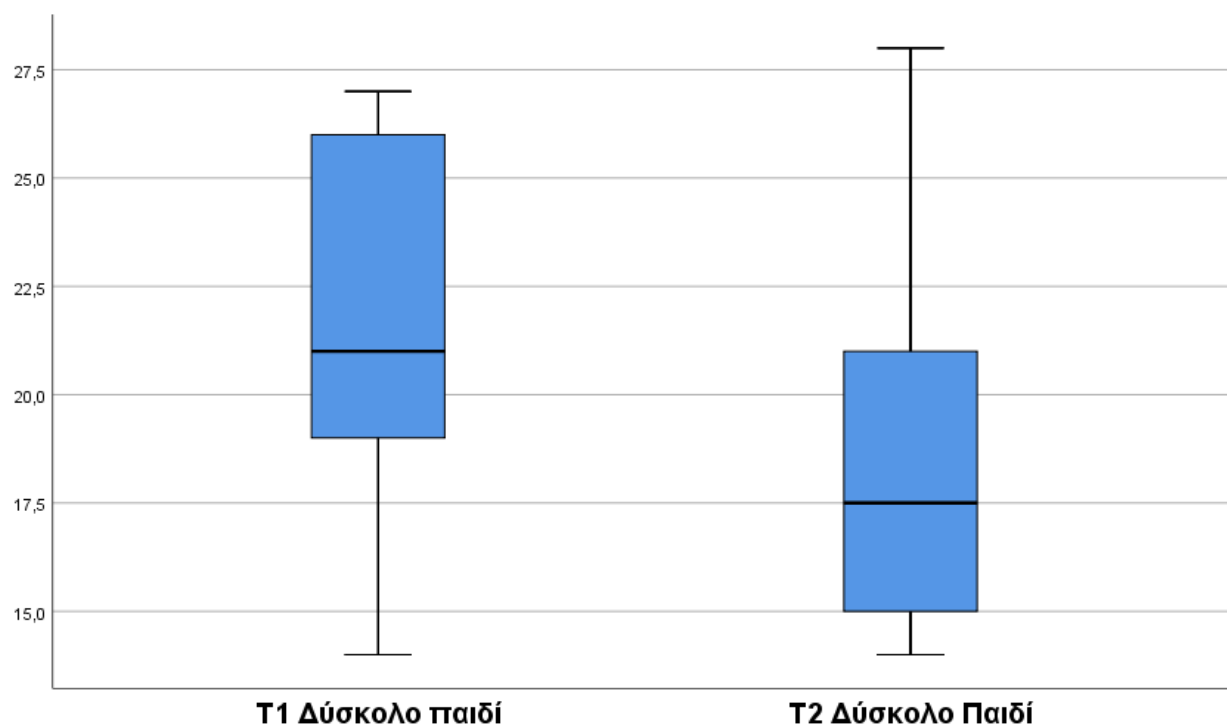
N=59	Συνθήκη μέτρησης					
	$T_1$		$T_2$		$r$	
	$M$ ( $Mdn$ )	$SD$ ( $Min -$	$M$ ( $Mdn$ )	$SD$ ( $Min -$		

		<i>Max</i> )		<i>Max</i> )	
Δυσλειτουργική Αλληλεπίδραση Γονέα - Παιδιού	30,8 (28)	5,6 (23 – 46)	30,1 (29)	4,7 (24 – 43)	0,07

Σχετικά με την “Δυσλειτουργική Αλληλεπίδραση Γονέα – Παιδιού”, η αλλαγή στη βαθμολογία των γονέων ήταν σχεδόν μηδενική, ( $M_{T1}=30,8$ ,  $SD=5,6$  (εναλλακτικά  $Mdn_{T1}=28$ ) και  $M_{T2}=30,1$ ,  $SD=4,7$  εναλλακτικά  $Mdn_{T2}=29$ ), ενώ δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα [ $T(59)=-0,440$ ,  $p=0,660$ ,  $r=0,07$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M$ ( $Mdn$ )	$SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$M$ ( $Mdn$ )	$SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$r$
Δύσκολο Παιδί	21,2 (21)	4,3 (14 – 27)	17,8 (17)	3,4 (14 – 28)	0,61

Αναφορικά με τον παράγοντα “Δύσκολο παιδί”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της βαθμολογίας μεταξύ των δυο συνθηκών. Συγκεκριμένα, οι γονείς ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη ένταση προβληματικών χαρακτηριστικών στη συμπεριφορά του παιδιού τους πριν την παρέμβαση ( $M_{T1}=21,2$ ,  $SD=4,3$  (εναλλακτικά  $Mdn_{T1}=21$ ) και λιγότερα μετά από αυτήν ( $M_{T2}=17,8$ ,  $SD=3,4$  εναλλακτικά  $Mdn_{T2}=17$ )[ $T(60)=-3,96$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,61$ ]. (Εικόνα 2)



Εικόνα 2. Θηκόγραμμα για τον παράγοντα “Δύσκολο παιδί”

N=59	Συνθήκη μέτρησης					
	$T_1$		$T_2$		$d$	
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
Συνολικό Στρες	82	9,5	79,2	9,8	0,20	

Τέλος, ως προς τον παράγοντα του “Συνολικό Στρες”, αν και παρουσίασε μικρή μείωση μεταξύ της πρώτης ( $MT1=82$ ,  $SD=9,5$ ) και της δεύτερης μέτρησης ( $MT2=79,2$ ,  $SD=9,8$ ), η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική [ $t(58)=-1,55$ ,  $p=0,127$ ,  $d=0,20$ ].

Σχετικά με το “Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην αντιμετώπιση προβλημάτων”(COPE), όλες οι μεταβλητές που προκύπτουν από τους 11

παράγοντες της ελληνικής έκδοσης, παρουσίασαν μη-κανονικές κατανομές και στις δυο συνθήκες (βλ. Πίνακα 5). Για το λόγο αυτό, οι συγκρίσεις κάθε ζεύγους πραγματοποιήθηκαν με το μη παραμετρικό κριτήριο Wilcoxon.

	<b>Kolmogorov - Smirnov test</b>	<b>df</b>	<b>P-value</b>
T1 Ενεργή Αντιμετώπιση	0,212	60	0,000
T1 Σχεδιασμός	0,160	60	0,001
T1 Συγκράτηση της Αντιμετώπισης	0,290	60	0,000
T1 Αναζήτηση Συντελεστικής Κοινωνικής Υποστήριξης	0,443	60	0,000
T1 Αναζήτηση Συναισθηματικής Κοινωνικής Υποστήριξης	0,412	60	0,000
T1 Θετική Επανερμηνεία	0,440	60	0,000
T1 Αποδοχή	0,408	60	0,000
T1 Στροφή προς τη θρησκεία	0,415	60	0,000
T1 Επικέντρωση στα συναισθήματα και εκτόνωσή τους	0,428	60	0,000
T1 Άρνηση	0,454	60	0,000
T1 Αποδέσμευση	0,421	60	0,000
T2 Ενεργή Αντιμετώπιση	0,185	60	0,000
T2 Σχεδιασμός	0,187	60	0,000
T2 Συγκράτηση της Αντιμετώπισης	0,332	60	0,000
T2 Αναζήτηση Συντελεστικής Κοινωνικής Υποστήριξης	0,382	60	0,000
T2 Αναζήτηση Συναισθηματικής Κοινωνικής Υποστήριξης	0,391	60	0,000
T2 Θετική Επανερμηνεία	0,334	60	0,000
T2 Αποδοχή	0,310	60	0,000
T2 Στροφή προς τη θρησκεία	0,477	60	0,000
T2 Επικέντρωση στα	0,345	60	0,000

συναισθήματα και εκτόνωσή  
τους,

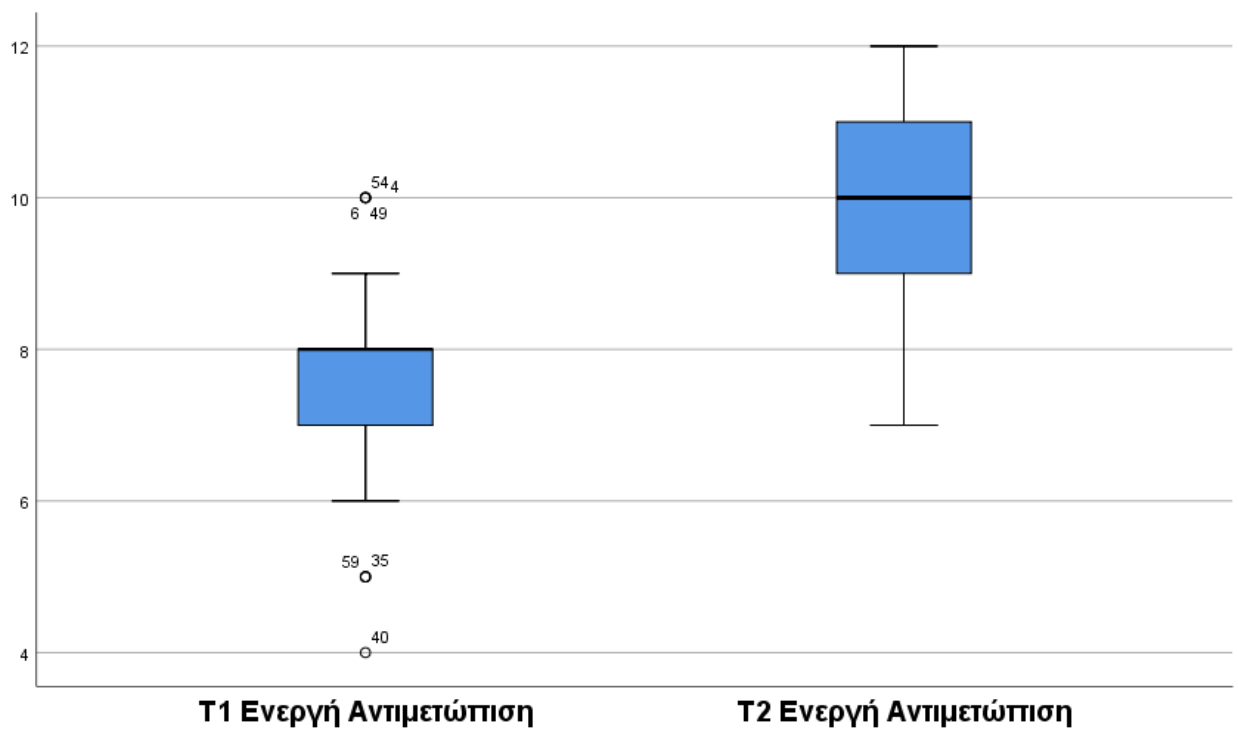
T2 Άρνηση	0,517	60	0,000
T2 Αποδέσμευση	0,409	60	0,000

Πίνακας 5. Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών των 11 παραγόντων του ερωτηματολογίου COPE

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$T_1$		$T_2$		$r$
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	
Ενεργή αντιμετώπιση	7,6 (8)	1,3 (4 – 10)	10,1 (10)	1,3 (7 – 12)	-0,99

Αναφορικά με τον παράγοντα “Ενεργή Αντιμετώπιση”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των τιμών κατά τη δεύτερη μέτρηση. Συγκεκριμένα, οι γονείς ανέφεραν σημαντικά υψηλότερη κινητοποίηση μετά την παρέμβαση ( $MT_2=10,1$ ,  $SD=1,3$  εναλλακτικά  $MdnT_2=10$ ) σε αντιδιαστολή με πριν από αυτήν ( $MT_1=7,6$ ,  $SD=1,3$ ) (εναλλακτικά  $MdnT_1=8$ ) [ $T(60)=-6,36$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,99$ ].

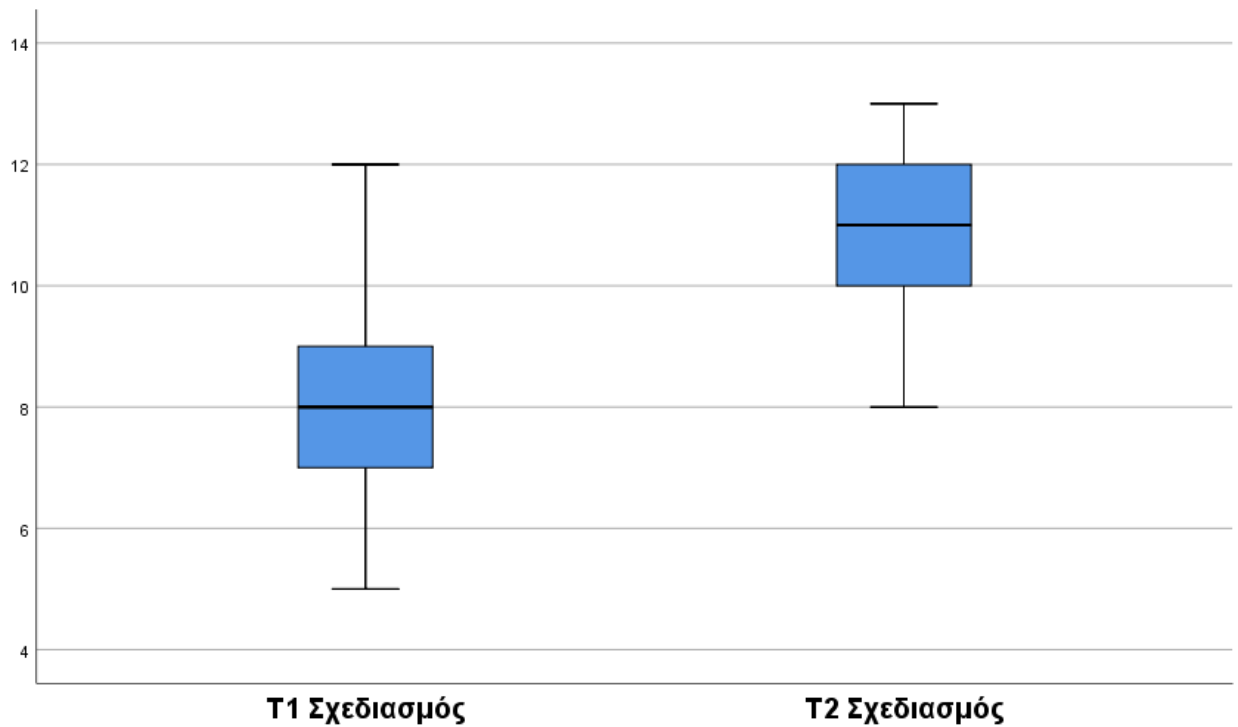
(Εικόνα 3)



Εικόνα 3. Θηκόγραμμα τιμών για τον παράγοντα “Ενεργή Αντιμετώπιση”

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$M$ ( $Mdn$ )	$T_1$ $SD$ ( $Min - Max$ )	$M$ ( $Mdn$ )	$T_2$ $SD$ ( $Min - Max$ )	$r$
Σχεδιασμός	7,9 (8)	1,4 (8 – 13)	10,6 (11)	1,2 (6 – 12)	-0,98

Ομοίως, στον παράγοντα “Σχεδιασμός”, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο μετρήσεων. Συγκεκριμένα, οι γονείς σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις προτάσεις που αφορούσαν στον σχεδιασμό επίλυσης προβλημάτων μετά την παρέμβαση ( $MT2=10,6$ ,  $SD=1,2$  εναλλακτικά  $MdnT2=11$ ), σε σχέση με πριν από αυτήν ( $MT1=7,9$   $SD=1,4$  εναλλακτικά  $MdnT1=8$ ) [ $T(60)=-6,43$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,98$ ]. (Εικόνα 4)



Εικόνα 4. Θηκόγραμμα τιμών για τον παράγοντα “Σχεδιασμός”

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$M$ ( $Mdn$ )	$T_1$ $SD$ ( $Min - Max$ )	$M$ ( $Mdn$ )	$T_2$ $SD$ ( $Min - Max$ )	$r$
Συγκράτηση της Αντιμετώπισης	7,9 (8)	1,5 (6 – 12)	7,6 (8)	1,7 (4 – 12)	0,17

Σχετικά με τον παράγοντα “Συγκράτησης της αντιμετώπισης”, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών



( $MT1=7,9$ ,  $SD=1,5$  και  $MT2=7,6$ ,  $SD=1,7$ ) (εναλλακτικά  $MdnT1=8$ ,  $MdnT2=8$ )

[ $T(60)=-0,99$ ,  $p=0,323$ ,  $r=0,17$ ]

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$M$ ( $Mdn$ )	$T_1$ $SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$M$ ( $Mdn$ )	$T_2$ $SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$r$
Αναζήτηση Συντελεστικής Κοινωνικής Υποστήριξης	8,4 (8)	1,6 (4 – 12)	8,9 (8)	2 (4 – 12)	0,28

Ως προς τον παράγοντα της “Αναζήτησης Συντελεστικής Κοινωνικής Υποστήριξης”, δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές πριν ( $MT1=8,4$ ,  $SD=1,6$ ) και μετά την παρέμβαση ( $MT2=8,9$ ,  $SD=2$ ) (εναλλακτικά  $MdnT1=8$ ,  $MdnT2=8$ ) [ $T(60)=-1,33$ ,  $p=0,182$ ,  $r=0,28$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$M$ ( $Mdn$ )	$T_1$ $SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$M$ ( $Mdn$ )	$T_2$ $SD$ ( $Min -$ $Max$ )	$r$
Αναζήτηση Συναισθηματικής Κοινωνικής Υποστήριξης	8,5 (8)	1,7 (4 – 12)	9,1 (8)	1,9 (4 – 12)	-0,37

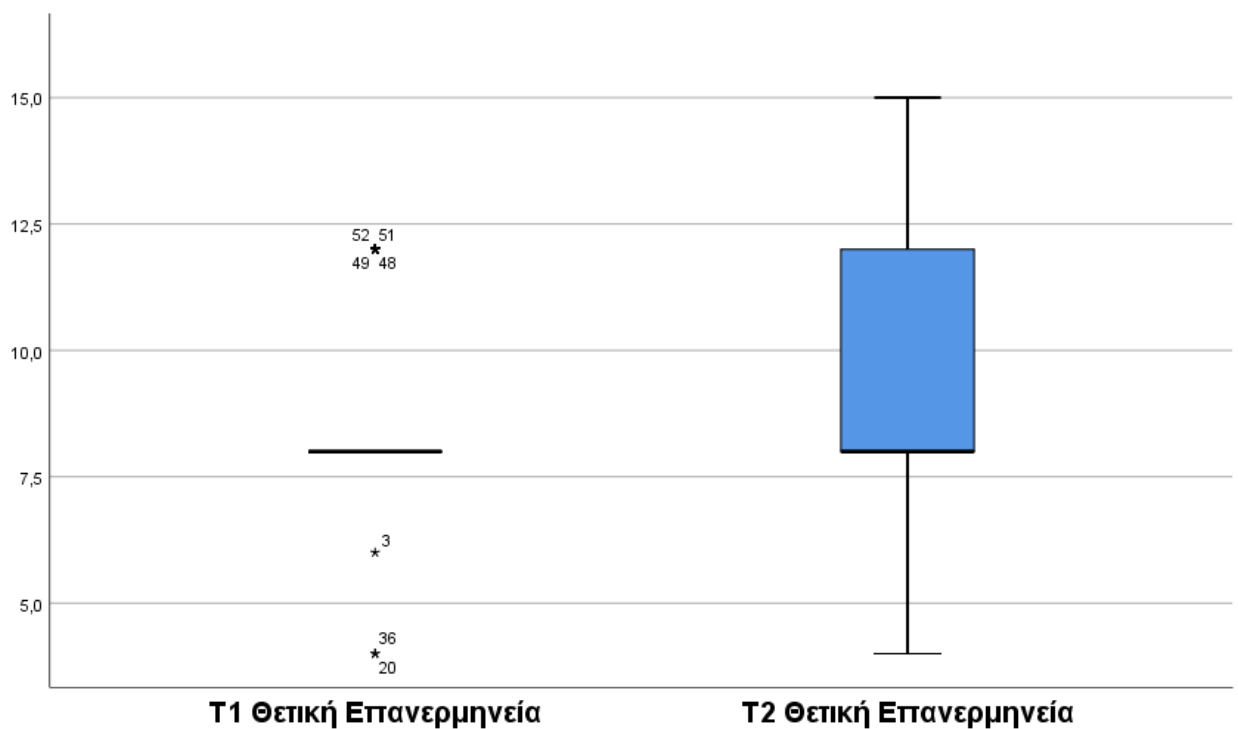
Ομοίως, ο παράγοντας της “Αναζήτησης Συναισθηματικής Κοινωνικής Υποστήριξης” δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών ( $MT1=8,5$ ,  $SD=1,7$  και  $MT2=9,1$ ,  $SD=1,9$ ) (εναλλακτικά  $MdnT1=8$  και  $MdnT2=8$ ) [ $T(60)=-1,87$ ,  $p=0,062$ ,  $r=-0,37$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
------	------------------	--	--	--	--

	$T_1$		$T_2$		$r$
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	
Θετική Επανερμηνεία	8,6 (8)	1,8 (4 – 12)	9,5 (8)	2,1 (4 – 15)	-0,52

Ως προς τον παράγοντα της “Θετικής επανερμηνείας”, παρατηρήθηκε μια μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική ανοδική αλλαγή στις τιμές της δεύτερης μέτρησης ( $MT2=9,5$ ,  $SD=2,1$  εναλλακτικά  $MdnT2=8$ ) σε σχέση με την πρώτη ( $MT1=8,6$ ,  $SD=1,8$  εναλλακτικά  $MdnT1=8$ ) [ $T(60)= -2,68$ ,  $p=0,007$ ,  $r=-0,52$ ].

(Εικόνα 5)



Εικόνα 5. Θηκόγραμμα τιμών για τον παράγοντα “Θετική Επανερμηνεία”

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$r$
Αποδοχή	8,6 (8)	1,8 (4 – 12)	8,9 (8)	2,4 (4 – 15)	-0,10

Σχετικά με τον παράγοντα της “Αποδοχής”, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών ( $MT1=8,6$ ,  $SD=1,8$  και  $MT2=8,9$ ,  $SD=2,4$  (εναλλακτικά  $MdnT1=8$  και  $MdnT2=8$ ) [ $T(60)= -0,48$ ,  $p=0,628$ ,  $r=-0,10$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$r$
Στροφή προς τη θρησκεία	8,1 (8)	1,7 (4 – 12)	7,7 (8)	1,2 (4 – 12)	0,38

Αναφορικά με τον παράγοντα της “Στροφής προς τη θρησκεία”, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών ( $MT1=8,1$ ,  $SD=1,7$  και  $MT2=7,7$ ,  $SD=1,2$ ) (εναλλακτικά  $MdnT1=8$  και  $MdnT2=8$ ) [ $T(60)= -1,39$ ,  $p=0,166$ ,  $r=0,38$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$r$
Επικέντρωση στα συναισθήματα και εκτόνωσή τους	8,2 (8)	1,5 (4 – 12)	8,2 (8)	1,8 (4 – 12)	0,04

Ως προς τον παράγοντα της “Επικέντρωσης στα συναισθήματα και την εκτόνωσή τους”, δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές πριν (MT1=8,2, SD=1,5 και MT2=8,2, SD=1,8) (εναλλακτικά MdnT1=8 και MdnT2=8) [T(60)= -0,16, p=0,871, r=0,04].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$T_1$		$T_2$		$r$
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	
Άρνηση	7,3 (8)	1,7 (4 – 11)	7,6 (8)	1,2 (4 – 8)	-0,46

Ομοίως, ο παράγοντας της “Άρνησης”, δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών (MT1=7,3, SD=1,7 και MT2=7,6, SD=1,2 (εναλλακτικά MdnT1=8 και MdnT2=8) [T(60)= -1,62, p=0,105, r=0,46]

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
	$T_1$		$T_2$		$r$
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	
Αποδέσμευση	7,6 (8)	1,8 (4 – 12)	7,6 (8)	1,4 (4 – 11)	-0,08

Τέλος, ως προς τον παράγοντα της “Αποδέσμευσης” οι διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών ήταν σχεδόν μηδαμινές (MT1=7,6, SD=1,8 και MT2=7,6, SD=1,4) (εναλλακτικά MdnT1=8 και MdnT2=8)[T(60)= -0,35, p=0,726, -0,08].

### 3.5.2 Μεταβλητές που αφορούν τα συναισθήματα

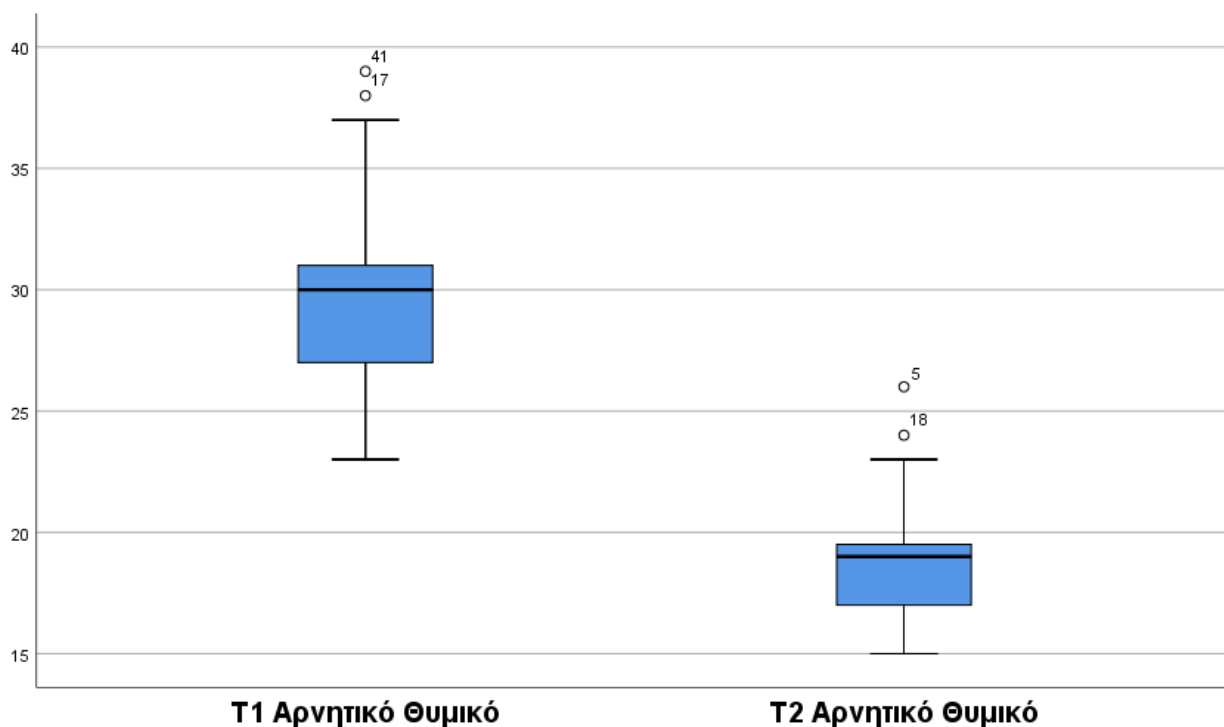
Σχετικά με την “Κλίμακα θετικού και αρνητικού θυμικού” (PANAS) και το “Ερωτηματολόγιο για την υγεία των ασθενών τεσσάρων ερωτήσεων - άγχους κατάθλιψης” (PHQ-4), όλες οι μεταβλητές που προκύπτουν από τους παράγοντες, παρουσίασαν μη-κανονικές κατανομές και στις δυο συνθήκες (βλ. Πίνακα ). Για το λόγο αυτό, οι συγκρίσεις κάθε ζεύγους πραγματοποιήθηκαν με το μη παραμετρικό κριτήριο Wilcoxon.

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$r$
Θετικό θυμικό	29,1 (30)	3 (21 – 38)	28,4 (28)	2,6 (21 – 33)	0,21

Ως προς τον παράγοντα του “Θετικού θυμικού”, οι διαφορές μεταξύ των δυο συνθηκών ήταν σχεδόν μηδαμινές ( $MT_1=29,1$ ,  $SD=3$  και  $MT_2=28,4$ ,  $SD=2,6$ ) (εναλλακτικά  $MdnT_1=30$  και  $MdnT_2=28$ ) οι οποίες όμως ήταν στατιστικά μη σημαντικές [ $T(60)=-1,36$ ,  $p=0,173$ ,  $r=0,21$ ].

N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$M (Mdn)$	$SD (Min - Max)$	$r$
Αρνητικό θυμικό	29,7 (30)	3,8 (23 – 39)	18,6 (19)	2,2 (15 – 26)	0,99

Σχετικά με τον παράγοντα του “Αρνητικού θυμικού”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο συνθηκών. Συγκεκριμένα, οι γονείς σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στα επιμέρους αρνητικά συναισθήματα μετά την παρέμβαση (MT2=18,6, SD=2,2 εναλλακτικά MdnT1=19), σε σχέση με τη βαθμολογία που είχαν σημειώσει πριν (MT1=29,7, SD=3,8, εναλλακτικά MdnT2=30 ) [T(60)= -6,72, p<0,001, r=0,99].

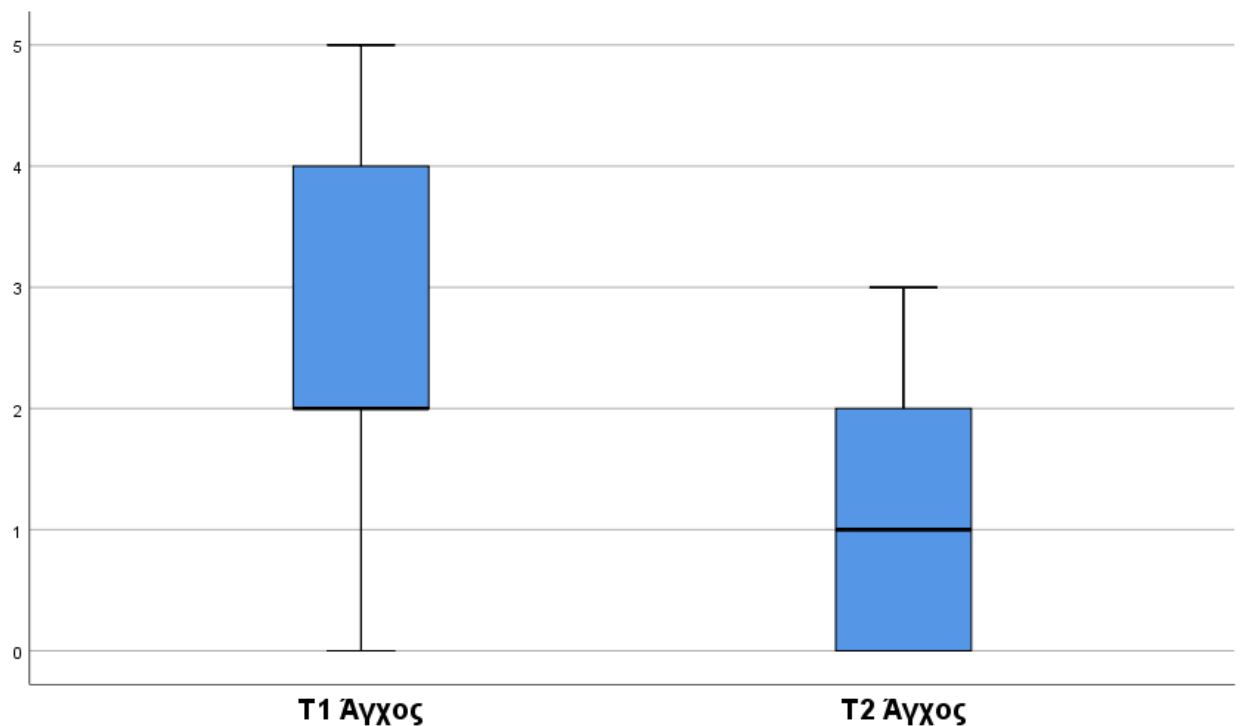


Εικόνα Θηκόγραμμα τιμών “Αρνητικού θυμικού”

N=60	Συνθήκη μέτρησης					
	T <sub>1</sub>			T <sub>2</sub>		
	M (Mdn)	SD (Min –		M (Mdn)	SD (Min –	r

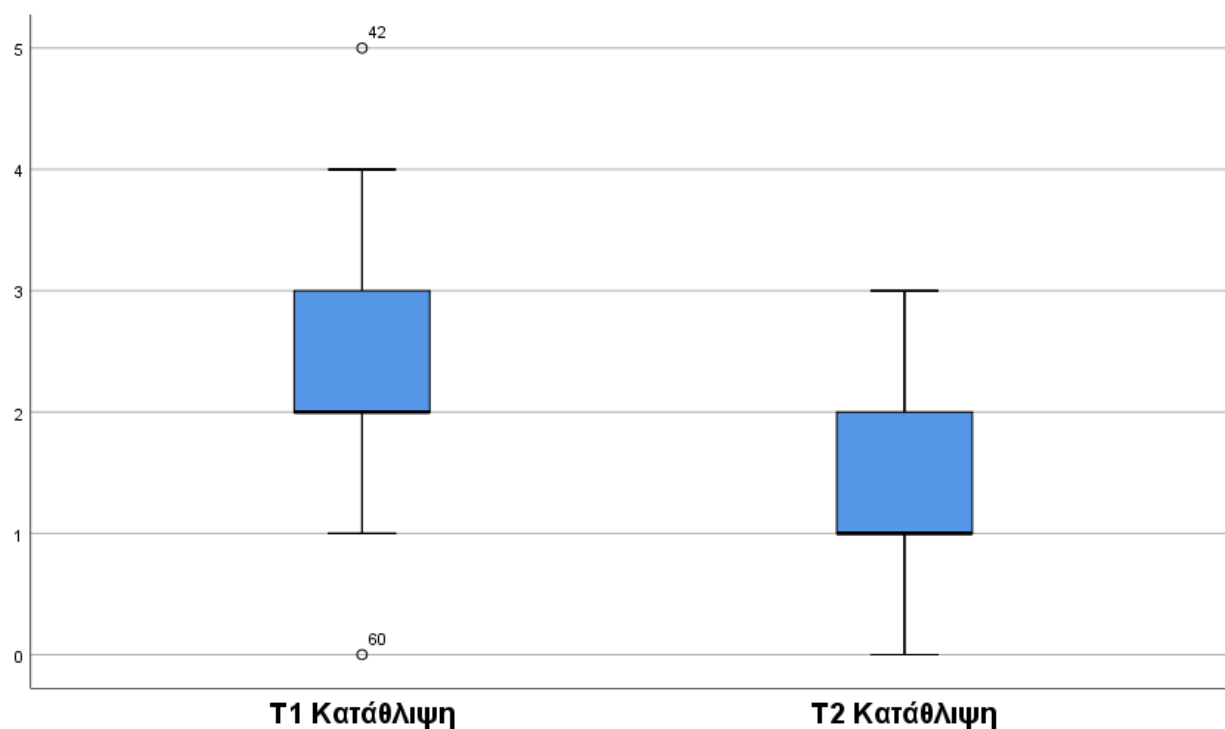
Άγχος	2,7 (2)	<i>Max)</i> 1,1 (0 – 5)	1,1 (1)	<i>Max)</i> 0,8 (0 – 3)	0,97
-------	---------	----------------------------	---------	----------------------------	------

Σχετικά με τον παράγοντα του “Άγχους”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, οι γονείς σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις δηλώσεις που μετρούν το άγχος μετά την παρέμβαση (MT2=2,7, SD=1,1 εναλλακτικά MdηT1=2) σε σχέση με τη βαθμολογία που είχαν σημειώσει πριν (MT1=1,1, SD=0,8, εναλλακτικά MdηT2=1) [T(60)= - 6,12,  $p < 0,001$ ,  $r = 0,97$ ].



N=60	Συνθήκη μέτρησης				
		$T_1$		$T_2$	
	M (Mdn)	SD (Min – Max)	M (Mdn)	SD (Min – Max)	r
Κατάθλιψη	2,5 (2)	1 (0 – 5)	1,2 (1)	0,8 (0 – 3)	0,98

Τέλος, αναφορικά με τον παράγοντα της “Κατάθλιψης”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στα επίπεδα της μεταβλητής μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, οι γονείς σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις δηλώσεις που μετρούν την καταθλιπτική διάθεση μετά την παρέμβαση (MT2=1,2, SD=0,8 εναλλακτικά MdnT2=1) σε σχέση με τη βαθμολογία που είχαν σημειώσει πριν από αυτήν (MT1=2,5, SD=1, εναλλακτικά MdnT1=2) [T(60)= -5,68,  $p < 0,001$ ,  $r = 0,98$ ].



Εικόνα Θηκόγραμμα τιμών “Καταθλιπτικής διάθεσης”



Εκ των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι η επίδραση των τεχνικών ενσυνειδητότητας, ήταν σημαντική για ορισμένες μεταβλητές της έρευνας, ενώ φαίνεται να μην έχουν αποτέλεσμα απέναντι σε κάποιες άλλες. Πιο αναλυτικά οι μεταβλητές που αφορούν στο αρνητικό συναίσθημα (αρνητικό θυμικό, άγχος, κατάθλιψη) φαίνεται να μειώθηκαν σημαντικά μετά την παρέμβαση, ενώ τα μεγέθη επίδρασης ήταν υψηλά, κάτι που ενισχύει την ένδειξη της αποτελεσματικότητας της μεθόδου απέναντι στην ένταση των αρνητικών συναισθημάτων.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα, αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται το παιδί και τη συμπεριφορά του. Συγκεκριμένα, η μείωση της βαθμολογίας στην αναφερόμενη ένταση των προβληματικών συμπεριφορών και χαρακτηριστικών του παιδιού, φαίνεται να συνδέεται σημαντικά με την παρέμβαση. Ο τρόπος που εκφράζεται αυτή η επίδραση, ενδέχεται να σχετίζεται με την αλλαγή της διάθεσης του γονέα και τη μείωση της προσωπικής εσωτερικής έντασης, που σε ένα βαθμό προέρχεται από τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος και το στρες.

Σημαντική ήταν επίσης και η αλλαγή που παρατηρήθηκε στους παράγοντες της Ενεργούς Αντιμετώπισης, του Σχεδιασμού και της Θετικής επανερμηνείας. Ένας τρόπος με τον οποίο θα μπορούσαν να ερμηνευθούν αυτοί οι τρεις παράγοντες, είναι μέσω της σχέσης μεταξύ σκέψεων και συμπεριφοράς, που προτείνεται από το Γνωσιακό- Συμπεριφοριστικό (Γ.Σ.) μοντέλο ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η αλλαγή στον τρόπο σκέψης και ερμηνείας των γεγονότων της ζωής από το ίδιο το άτομο, μπορεί να οδηγήσει σε αντίστοιχης ποιότητας ενέργειες (συμπεριφορές). Τόσο, η μεγαλύτερη δραστηριότητα που

ανέφεραν οι συμμετέχοντες μετά την παρέμβαση, όσο, και ο σχεδιασμός της, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της θετικής επανερμηνείας των γεγονότων, ή και το αντίστροφο, αφού το Γ.Σ. μοντέλο ακολουθεί την κυκλική πορεία σχέσης σκέψεων και συμπεριφοράς. Δηλαδή οι συμπεριφορές κινητοποίησης (σχεδιασμός και ενεργή αντιμετώπιση) να είναι αυτές που οδηγησαν στην θετική επανερμηνεία των γεγονότων. Ο έλεγχος μιας τέτοιας σχέσης ωστόσο, σε ό,τι αφορά την επίδραση και τον πραγματικό ρόλο των τεχνικών ενσυνειδητότητας, θα μπορούσε να απαντηθεί μόνο από επόμενες έρευνες με τον συγκεκριμένο στόχο.

## Συζήτηση

Μια ερευνητική υπόθεση υποστήριξε ότι οι γονείς αποδέχονται τις προκλήσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους λόγω του αυτισμού. Γεγονός που επιβεβαιώνεται κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς οι περισσότεροι γονείς αντιλαμβάνονται την κατάσταση, την αποδέχονται και δεν οδηγούνται σε άρνηση. Οι γονείς παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν καθημερινές προκλήσεις, τις οποίες δεν έχουν να διαχειριστούν γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Stoneman, 1997). Η καθημερινή φροντίδα των παιδιών με ΔΑΦ και η κατάσταση που είναι αμφίβολη για τις καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν αυξάνουν σημαντικά τα επίπεδα άγχους των γονέων. Η δύσκολη καθημερινότητα φαίνεται να επηρεάζει τη σχέση των γονέων με τα παιδιά τους, ωστόσο προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι μετά τη διεξαγωγή της έρευνας, κάποιοι γονείς αλλάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις σε σχέση με τα παιδιά τους και αυτό φαίνεται να αλλάζει και τη μεταξύ τους επαφή. Αυτό το γεγονός διαφέρει βέβαια σε κάθε περίπτωση ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΑΦ ( Walker, Van Slyke & Newbrough, 1992). Ανάλογα με την φύση της διαταραχής επηρεάζονται και οι ψυχικές και σωματικές δυνάμεις των γονέων, οι οποίοι καταβάλουν το μέγιστο ποσοστό δυνατοτήτων τους στη φροντίδα των παιδιών τους. Οι έρευνες έχουν αναδείξει ότι τα ποσοστά άγχους και στρες είναι σημαντικά υψηλότερα σε γονείς παιδιών με ΔΑΦ, σε σχέση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης ή παιδιών που έχουν διαγνωσθεί με κάποιο άλλο είδος διαταραχής. Η παραπάνω θέση επιβεβαιώνεται και με τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς οι περισσότεροι γονείς

αναφέρουν ότι βρίσκονται σε μια συνεχή κατάσταση ανησυχίας. Σε κάποιες περιπτώσεις, το γονεϊκό στρες είναι τόσο αυξημένο που φαίνεται να επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στον γονέα και το παιδί (Dumas, Wolf, Fishman & Culligan, 1991, Sanders & Morgan, 1997).

Σύμφωνα με τις έρευνες, οι μητέρες αναλαμβάνουν πιο ενεργό ρόλο στην φροντίδα των παιδιών με ΔΑΦ, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχολογία τους συγκριτικά με τους πατέρες (Gau et al., 2012, Khanna et al., 2011, Kheir et al., 2012, Yamada et al., 2012). Αυτός είναι και ο λόγος που οι μητέρες παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους κι στρες σε σχέση με τους συζύγους τους (Clutterbuck, 2008). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι μητέρες εφήβων με ΔΑΦ παρουσιάζουν καταθλιπτικά στοιχεία στη συμπεριφορά τους, γεγονός που επηρεάζει άμεσα τη σχέση με το παιδί. Αυτή η επίδραση που υφίσταται μπορεί να δημιουργήσει μια πιο απόμακρη σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού (Abbeduto et al., 2004). Η παραπάνω θέση επιβεβαιώνεται μέσω της έρευνας, καθώς κατά κύριο λόγο συμμετείχαν μητέρες, οι οποίες αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα παιδιών με ΔΑΦ.

Αξίζει να αναφερθεί ότι παιδιά με ΔΑΦ που παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα, επηρεάζονται άμεσα από την ψυχολογική κατάσταση και τα επίπεδα άγχους της μητέρας (Benson, 2006, Davis & Carter, 2008, Ingersoll & Hambrick, 2011, Lyons et al., 2010). Τα συγκεκριμένα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (Ekas, Lickenbrock & Whotman, 2010) και προσαρμοστικότητας (Zablotsky, Anderson & Law, 2013), καθώς και χαμηλό γνωστικό επίπεδο (Green & Carter, 2011). Μια επιπλέον παράμετρος είναι η

οικογενειακή κατάσταση, καθώς φαίνεται πως οι άγαμες μητέρες παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα κατάθλιψης και υψηλότερα ποσοστά άγχους σε σχέση με τις μητέρες που έχουν κάποιο σύντροφο ( Olsson & Hwang, 2001).

Στον αντίποδα των παραπάνω ερευνών, βρίσκονται άλλες έρευνες που τονίζουν ότι τα επίπεδα άγχους και στρες βρίσκονται στα ίδια επίπεδα και για τις μητέρες και τους πατέρες παιδιών με ΔΑΦ ( Hastings et al., 2005, MacDonald, 2011, Rimmerman et al., 2003). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις αλλαγές που συμβαίνουν τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να εργάζονται περισσότερο οι γυναίκες και να αναλαμβάνουν την φροντίδα των παιδιών οι πατέρες (Rodrigue, Morgan & Gefken, 1992). Αυτή η προοπτική επιβεβαιώνεται και από τους Davis & Carter (2008), οι οποίοι αναφέρουν ότι τα ποσοστά άγχους είναι παρόμοια σε πατέρες και μητέρες παιδιών με ΔΑΦ, διευκρινίζοντας ότι η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων έγκειται στο γεγονός ότι οι μητέρες εμφανίζουν πιο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης. Η παραπάνω θέση δεν επιβεβαιώνεται από τη διεξαγωγή της έρευνας, διότι ο αριθμός συμμετοχής των πατέρων ήταν πολύ μικρότερος αναλογικά με τον αριθμό συμμετοχής των μητέρων. Ωστόσο, επιβεβαιώνεται εν μέρει η παραδοχή ότι η φροντίδα των παιδιών και ιδιαίτερα αυτών με αυτισμό αναλογεί 'παραδοσιακά' σε μεγάλο ποσοστό στη μητέρα.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι τα θέματα κοινωνικής συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΑΦ (Beck et al., 2004), η ένταση των συμπτωμάτων αυτισμού αποτελεί μία ακόμη σημαντική παράμετρο (Neff & Faso, 2014) αλλά και η

κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των γονέων παιδιών με ΔΑΦ (MacDonald, 2011, Olsson & Hwang, 2011) επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά γονεϊκού άγχους.

Από την άλλη πλευρά τίθεται το θέμα μείωσης των επιπέδων άγχους και στρες. Κατά τον MacDonald (2011), πολλές οικογένειες καταφέρνουν να ξεπεράσουν τα εμπόδια που μπορεί να προκαλέσει ο αυτισμός και να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του. Γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα, καθώς και οι γονείς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους, αλλά δεν μπαίνουν στη διαδικασία να τραπούν σε φυγή. Η άρνηση της κατάστασης δεν είναι πρωταρχική σκέψη και υπάρχει προθυμία για να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές απαιτήσεις.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες είναι βασικό κομμάτι. Οι έρευνες καταδεικνύουν το γεγονός ότι πολλοί γονείς χρησιμοποιούν στρατηγικές, όπως η αποστασιοποίηση και η αποφυγή, ενώ στρατηγικές, όπως ο αυτο-έλεγχος, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η επίλυση προβλημάτων (Sivberg, 2002), δεν βρίσκονται στις αρχικές τους επιλογές. Οι παραπάνω θέσεις επιβεβαιώθηκαν μερικώς από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς οι γονείς που συμμετείχαν φαίνεται ότι δεν δηλώνουν εύκολα παραίτηση, αλλά από την άλλη δεν είναι σε κατάσταση να ζητήσουν βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένεια ή τον κοινωνικό περίγυρο.

Κατά τους Hastings et al. (2005), υπάρχουν έρευνες που παρουσιάζουν στρατηγικές, όπως η ενεργή αποφυγή, η εστίαση στο πρόβλημα, η θετική αντιμετώπιση και η στροφή προς την θρησκεία/ άρνηση. Φαίνεται πως η εστίαση

στο πρόβλημα και η ενεργή αποφυγή, μειώνουν ελάχιστα τα επίπεδα στρες, ωστόσο παραμένουν αρκετά υψηλά. Από την άλλη, η στροφή προς τη θρησκεία συσχετίζεται με αρκετά υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (Tarakeswahr & Pargament, 2001), γεγονός που δεν φάνηκε στη συγκεκριμένη έρευνα, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες δρουν πιο ενεργά.

Επιπλέον, η στρατηγική της θετικής αντιμετώπισης φαίνεται ότι συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά στρες και κατάθλιψης. Ακόμη στρατηγικές, όπως η αναζήτηση συναισθηματικής στήριξης και θετικής αναπλαισίωσης (positive reframing) συνδέονται με χαμηλά επίπεδα στρες. Ωστόσο, στρατηγικές, όπως η αυτό-διάσπαση, η άρνηση, η χρήση ουσιών, η αποδέσμευση, η στρατηγική του ξεσπάσματος και η αυτοκατηγορία εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης με περιστατικά στρες και κατάθλιψης (MacDonald, 2011).

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα ανέδειξε την ανάγκη αποδοχής του αυτισμού μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας, σε πρώτη φάση, και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, σε δεύτερο χρόνο. Οι γονείς φαίνεται ότι έχουν αποδεχτεί την κατάσταση και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις όποιες δυσκολίες. Η χρήση στρατηγικών, όπως αυτή της ενσυνειδητότητας, βοηθάει σε μεγάλο βαθμό τη μείωση των επιπέδων άγχους, την διαφορετικής προσέγγισης μιας κατάστασης και τελικά την πλήρη αποδοχή των ερεθισμάτων που προκύπτουν, με τη βεβαιότητα ότι θα καταφέρουν να τα αντιμετωπίσουν.

## **Συμπεράσματα**

Στην πιλοτική έρευνα που έχει διεξαχθεί προκύπτει ότι η τεχνική ενσυνειδητότητας επηρεάζει τα επίπεδα του στρες που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα, καθώς παρουσιάζονται διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα άγχους πριν και μετά την παρέμβαση. Από την άλλη, η συγκεκριμένη τεχνική επηρεάζει τις επιλεγόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, έτσι ώστε να αξιοποιούνται οι νέες γνώσεις που βοηθούν στην καταπολέμηση του γονεϊκού άγχους. Το παραπάνω προκύπτει από τα αποτελέσματα, όπως αυτά φάνηκαν πριν και μετά την παρέμβαση της τεχνικής ενσυνειδητότητας

Επιπλέον φαίνεται πως η συγκεκριμένη τεχνική βοήθησε αισθητά στο κομμάτι της συναισθηματικής κατάστασης των γονέων παιδιών με ΔΑΦ, οι οποίοι μετά την παρέμβαση της συγκεκριμένης τεχνικής αντιμετώπισαν με περισσότερη αισιοδοξία και θετική στάση τα προβλήματα της καθημερινότητας.

Σ' αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες διεξήχθη η έρευνα ήταν ιδιαίτερες λόγω της πανδημίας που υπήρχε στην Ελλάδα εκείνο το διάστημα. Ενώ, τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να παρουσιασθούν εκ νέου σε μια δομημένη έρευνα που θα είχε μεγαλύτερη διάρκεια και καλύτερες συνθήκες διεξαγωγής αυτής.



## Περιορισμοί και χρησιμότητα της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη σε ένα δύσκολο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο, λόγω της πανδημίας που επικρατούσε στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Παρόλ' αυτά οι συμμετέχοντες ήταν ιδιαίτερα πρόθυμοι να βοηθήσουν στην έρευνα. Οι περιοχές που μελετήθηκαν ήταν αυτές των αυξημένων ποσοστών άγχους και στρες των γονέων παιδιών με ΔΑΦ και κατά πόσο η τεχνική mindfulness μπορεί να επηρεάσει θετικά στη βελτίωση ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων οικογενειών.

Είναι γεγονός ότι το δείγμα ήταν ικανοποιητικό σε μέγεθος, αλλά θα ήταν ακόμη πιο ιδιαίτερο αν οι συμμετέχοντες είχαν ισόποση κατανομή ανάλογα με το φύλο, καθώς συμμετείχαν 54 γυναίκες και μόνο 6 άντρες. Ενώ αξίζει να αναφερθεί ότι το δείγμα ήταν εξ ολοκλήρου από μια περιοχή της Ελλάδος (Θεσσαλονίκη) Άλλος ένας περιορισμός που θα μπορούσε να αναφερθεί προκύπτει από το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε εξ αποστάσεως. Αυτό το γεγονός ενδέχεται να έχει περιορίσει την αποτελεσματικότητα της

Επόμενες μελέτες, που θα μπορούσαν να επιτρέψουν τη δια ζώσης παρέμβαση, θα μπορούσαν να έχουν πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα ως προς το φύλο, τον τόπο διαμονής και άλλους δημογραφικούς παράγοντες. Έτσι είναι δυνατόν να προσφερθούν περισσότερα στοιχεία για την επίδραση που έχει η τεχνική της ενσυνειδητότητας στις διάφορες διαστάσεις της συμπεριφορικής, γνωστικής και συναισθηματικής λειτουργίας των γονέων παιδιών με ΔΑΦ. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δύο φύλων για τα επίπεδα στρες και κατά πόσο η τεχνική mindfulness επηρέασε ανάλογα με το φύλο.

Τέλος, μια έρευνα που θα προκαλούσε το ενδιαφέρον είναι η συγκριτική μελέτη των επιπέδων άγχους μεταξύ γονέων και παιδιών με ΔΑΦ και πως μπορεί να λειτουργήσει η τεχνική mindfulness σε αυτή την περίπτωση.

## Βιβλιογραφία

Abbeduto, L., Seltzer, M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism ,

A. Pablo Juárez and Zachary E. Warren Catherine G. Herrington, Amy G. Nicholson, Madeline Santulli, Elisabeth M. Dykens, Amy S. Weitlauf, Neill Broderick, J. Alacia Stainbrook, Julie Lounds Taylor, Intervention for Autism: An RCT M DOI: 10.1542/peds.2019-1895K Pediatrics 2020;145;S81

Down syndrome , or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 109,237-254.

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd ed.). Psychological Assessment Resource , Odessa , FL.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Angell, M., Meadan , H., & Stoner, J. (2012). Experiences of siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, 1, 1-11.

Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M.(2004). Psychological well-being and coping in mothers of

youths with autism, down syndrome, or fragile x syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 237-254.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Αυγουστάκη, Α. (2011). Η μέτρηση των ψυχομετρικών εργαλείων στον ελληνικό χώρο. Στο Α. Σταλίσκας – Π. Μυτσικίδου (Επιμ. Έκδ.), Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία (σ. 195-227). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Arroll B, Goodyear-smith F, Crengle S, et al.

Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine* 2010, 8 (4): 348-53

Αρμπουνιώτη, Β, Κουτσοκλένη, Ι. & Μαρνελάκης, Μ. (2006). Νοητική υστέρηση. ΕΠΕΑΕΚ: ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ, Αθήνα.

Baxter, A.J., Brugha , T.S., Erskine, H.E., Scheurer, R.W., Vos, T., Scott, J.G., (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45, 3, 601-613.

Bebko, J. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 4, 565-576.

Baker-Ericzen M. J., Brookman-Frazee L. & Stahmer L. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum

disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 194-204.

Benderix , Y., & Sivberg, B. (2007). Siblings' experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: A case study of 14 siblings from five families. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 410-418.

Benderix, Y., Nordstorm, 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, 629-641.

Benson P., Karlof K. L. & Siperstein G. N. (2008) Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 12, 47-63.

Beyer, J. F. (2009). Autism spectrum disorders and sibling relationships: Research and strategies. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 444-452.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. Στογιαννίδου , Α. Κιοσέλογλου, Γρ. & Παπαγεωργίου , Β. (2002). Goodman' s Strengths and Difficulties Questionnaire. στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Black, D., Andreasen, N.(2011). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική (5η Έκδ.) Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.

- Brewton, C.M., Nowell, K.P., Lasala, M.W., Goin-Kochel, R.P. (2012). Relationship between the social functioning of children with autism spectrum disorders and their siblings' competencies/problem behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6, 646-653.
- Bouma, R., & Shweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: a comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 722-730.
- Bydlowski, M. (1997). La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: Presses Universitaires de France.
- Buist, K. L., Dekovic, M., & Prinzie, P. (2013). Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 1, 97-106.
- Burton, S. L., & Parks, A. L. (1994). Self-esteem, locus of control and career aspirations of college-age siblings of individuals with disabilities. *Social Work Research*, 18, 178-185.
- Beck, A., Hastings, R., & Daley, D. (2004). Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 339-349.
- Benjak, T. (2011). Subjective Quality of Life for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders in Croatia. *Applied Research in Quality of life*, 6, 91-102.

Bristol, M. M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: successful adaptation and double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 17(4), 469-486.

Benson, P. R. (2006). The impact of symptom severity of depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 685-695

Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 20(8), 1279-1294.

Carver, C., Scheier, M.F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Down syndrome. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Cicchone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 81-102.

Coldwell, J., Pike, A., & Dunn, J. (2008). Maternal differential treatment and child adjustment: A multi-informant approach. *Social Development*, 17, 596-612.

Corsano, P., Musetti, A., Guidotti, L., & Capelli, F. (2016). Typically developing adolescents' experience of growing up with a brother with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47, 2, 151-161.

Clutterbuck, R. (2008). *The wellbeing of family members of children on the Autism Spectrum*. Phd thesis. Department of Clinical Psychology, University of Warnick.

Crnic, K., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117–132.

Cunningham, C. & Davis, H. (1985). *Working with Parents: Frameworks for Collaboration*. Philadelphia, Open University Press.

Daniels, A.M., Mandell, D.S., (2013). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: a critical review. *Autism*, 18, 5, 583–597.

Daniels, J.L., U., Hultman, C. M., Chattingius, S., Savitz, D. A., Feychting, M., & Sparen, P. (2008). Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*, 121(5), 1357-1362.

Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 7, 1278–1291.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5, 314– 332.

Decobert, S., Pigott, C., Caillot, J.P. (1998). *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale - Tome 1*. Paris: College Psychanalyse Groupale eds.

Delion, P. (2000). Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.

Delion, P. (2014). Η πρώιμη κλινική ανίχνευση. Στο Αμπατζόγλου, Γ. (επιμ.) Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Θέματα κλινικής προσέγγισης και θεραπευτικών παρεμβάσεων στη βρεφονηπιακή ηλικία (σελ. 59-74). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ENTOMΩ/ΣΥΜΕΠΕ.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

Diener, E., Emmons, R. A., Larson, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.



Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford, UK: Oxford University Press.

Dominik, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Res Dev Disabil*, 28, 145-162.

Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416–427.

Dunn, J., Slomkowski, C., & Beardsall, L. (1994). Sibling relationships from the preschool period through middle childhood and early adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 315–324.

Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N., & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child behaviour problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behaviour disorders and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.

Dunn, M.E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37, 39-52.

Dykens, E. M., & Hodapp, R. M. (2001). Research in mental retardation: Toward an etiologic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1, 49–71.

Dworzynski K, Ronad A, Bolton P, et al. (2012). How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 8, 788–797.

Eapen, V., & Guan, J. (2016). Parental quality of life in autism spectrum disorder: Current status and future directions. *Acta Psychopathologica*, 2(1), 112-123.

Efklides & D. Moraitou (Eds.), *Quality of life: A positive psychology perspective* (pp. 219-241). New York: Springer.

Efklides, A., & Moraitou, D. (2013). Introduction: Looking at Quality of life and Well-Being from a Positive Psychology Perspective. In A. Efklides and D. Moraitou (Eds.), *A positive psychology perspective on quality of life* (pp. 1-14). *Social Indicators Research Series*, 51. Dordrecht: Springer.

Ekas, N. V., Whiteman, T. L., & Shivers, C. (2009). Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 706-719.

Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1274–1284.

Ellis, J.B., (1989). Grieving for the loss of the perfect child: Parents of children with handicaps. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 6, 259-270.

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.

Fatemi, S. H., Folsom, T. D., Reutiman, T. J., & Lee, S. (2008). Expression of astrocytic markers aquaporin 4 and connexin 43 is altered in brains of subjects with autism. *Synapse*, 62, 501-507.

Ferraioli, S. J., & Harris, S. (2010). The impact of autism on siblings. *Social Work in Mental Health*, 8, 41–53.

Ferraioli, S.H., Hansford, A., Harris, S.A. (2012). Benefits of Including Siblings in the Treatment of Autism Spectrum Disorders. *Science Direct, Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 413-422

Fok, C. C. T., Allen, J., Henry, D., & People Awakening Team (2014). The Brief Family Relationship Scale: A brief measure of the relationship dimension in family functioning. *Assessment*, 21, 67–72.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Forsythe, C. J., & Compas B. E. (1987). Interactions of coping and perceptions of control: Testing the goodness of fit Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11(4), 473-485.

Fredrickson, B. L.(2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*,3. Ανακτήθηκε Σεπτέμβριο 6, 2017, από:  
<http://www.wisebrain.org/papers/CultPosEmot.pdf>.

Fredrickson, B. L.(2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.

Frecrickson,B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.

Frith,U. (1999). Αυτισμός. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fombonne E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 365–382.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65, 591–598.

Gau, S. S., Chou, M., Chiang, H., Lee, J., Wong, C., Chou, W., & Wu, Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1, 263-270.

Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S. L. (2011). Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2), 344-355.

Gilberg, C. (1990). Autism and the pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1), 99-119.

Gillham, J. E., A. S., Volkmar, F. R., & Sparrow, S. S. (2000). Toward a developmental operational definition of autism. *Journal of Developmental Disorders*, 30(4), 269-278.

Glasberg, B. A. (2000). The development of siblings' understanding of autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 2, 143–156.

Golse, B. & Robel, L. (2009). Towards an integrated approach to infantile autism: the superior temporal lobe between neurosciences and psychoanalysis. *Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine*, 193, 307-313.

Golse, B. (2015). Questions à propos de l'autisme. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 572—579.

Goodman, R (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-801.

Goodman, R. (2014). P4-17 - SDQ and impact supplement for the parents of 4-17 year olds [Strengths and Difficulties Questionnaire]. Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου 2017 από ιστοσελίδα <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Greek>

Granger, S., Rivieres-Pigeon, C. D., Sabourin, G., & Forget, J. (2012). Mothers' reports of their involvement in early intensive behavioral intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 32*, 2, 68–77.

Gray, D. E. (2002). Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 215-222.

Gray, D. E. (2006). Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 970-976.

Green, S. A., & Carter, A.S. (2011). Predictors and course of daily living skills development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 275-286.

Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Chou, R. J., & Hong, J. (2004). The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or down syndrome on maternal well-being: The mediating role of optimism. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 14-25.

Gurney, J. G., McPheeters, M. L., & Davis, M. M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National survey of children's health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 160*(8), 825-830.

Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.

Hastings, R.P., & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107(2), 116-127.

Hastings, R., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Espinosa F. D., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.

Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., Espinoza, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of preschool children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.

Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 337-344.

Jayasekera, C. (2013). *A quantitative study of the impact of optimism on self-blame in parents of children with autism spectrum disorder*. Phd thesis. William James College, Lesley University.

Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2011). Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related quality of life, *Families, Systems and Health*, 29(3), 232-252.

Jones, J., & Passey, J. (2005). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behaviour problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 31-46.

Grindle, C. F., Kovshoff, H., Hastings, R., & Remington, B. (2009). Parents' experiences of home-based applied behavior analysis programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 42–56.

Grønberg, T.K., Schendel, D.E., Parner, E.T. (2013). Recurrence of autism spectrum disorders in full- and half-siblings and trends over time: a population-based cohort study. *JAMA Pediatrics*, 167, 947-953.

Γαλανάκης, Μ., Μερτίκας, Α., & Σεργιάννη, Χ., (2011). Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία. Στο Α. Σταλίκας – Π. Μυτσικίδου (Επιμ. Έκδ.), Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία (σ. 21-43). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Happé, F. (1998). Αυτισμός: Ψυχολογική Θεώρηση. Αθήνα: Gutenberg.

Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377–1400.



Happé, F.G., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detailed-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25.

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., et al. (2010). The relative risk and timing of divorce in families in children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24, 4, 449–457.

Hassan, K., Inam, A. (2013). Factors contributing to stress among parents of children with autism. *Journal of Pakistan Home Economics Association*, 7, 1, 1-8.

Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 4, 231–237.

Hastings, R. P. (2003a). Brief Report: Behavior adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 99-104.

Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behaviour problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 48–61.

Hayes, S., Watson, S., (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism Development Disorder*, 43, 629–642.

- Hesse, T.L., Danko, C.M. & Budd, K.S. (2013). Siblings of children with autism: predictors of adjustment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1323-1331.
- Hetherington, E.M., Henderson, S.H., Reiss, D., et al. (1999). Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 4, 222-247.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9, 2, 125–137.
- Hodapp, M., & Urbano C. (2007). Adult siblings of individuals with Down syndrome versus with autism: Findings from a large scale US survey. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 51, 10018–10029.
- Houzel, D. (1996). The Family Envelope and What Happens When It Is Torn', *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 901-912.
- Houzel, D., (2005). Les signes précoces de l'autisme et leurs significations psychopathologiques. En: *Autisme: état des lieux et horizons*. Ramonville Saint-Agne: Carnet/ PSY, Érés; p. 163-174.
- Houzel, D., (2009). Προσχολική παιδοψυχιατρική: Κλινική και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Hutton, a. M., & Caron, S. L. (2005). Experiences of families with children with autism in rural New England. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20, 180-189.

Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 337–344.

Kaminsky, L., & Dewey, D. (2002). Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 225–232.

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 Psychology Review*, 15, 247–277.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων - Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Karakasidou, E., Pezirkiannidis, C., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2016). Standardization of the Subjective Happiness Scale (SHS) in a Greek Sample. *Psychology*, 7(14), 1753-1765.

Keyes, C.L.M., & Haidt, J. (Eds.). (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC: American Psychological Association.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M. J., Patrick, J. H., Tworek, C., Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), 1214-1227.

Kheir, N. M., Ghoneim, O. M., Sandridge, A. L., Hayder, S. A., Al-Ismael, M. S., & Al-Rawi, F. (2012). Cohesion and considerations among caregivers of a child with autism in Qatar. *BMC Research Notes*, 5, 290.

Kim, Y., Mchale, M., Wayne D, Osgood, D., & Crouter, A. (2006). Longitudinal course and family correlates of sibling relationships from childhood through adolescence. *Journal of Child Development*, 77, 1746–1761.

King M, Bearman P (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology* 38, 1224–1234.

Knott, F., Lewis, C., & Williams, T. (1995). Sibling interaction of children with learning disabilities: A comparison of autism and Down's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 965–976.

Koenig, K., Los Reyes, A., Cicchetti, D., Scahill, L., & Klin, A. (2009). Group intervention to promote social skills in school-age children with pervasive developmental disorders: Reconsidering efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(8), 1163–1172.

Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., et al. (2009). The prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the United States, 2007. *Pediatrics*, 124, 1395–1403.

Kouvava, S., Stampoltzis, A., Antonopoulou, K., Tsitsas, G., Maka, V., Kalambouka, A., Zenakou, E. (2008). Difficulties that children with special needs experience. Paper Presentation, the 30th International School Psychology Association-ISPA Colloquium, Utrecht, The Netherlands, July.

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., Johnson, S.L. (2010).

Ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. [The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener](#). *Medical Care* 2003, 41 (11): 1284-92

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Löwe, B. [An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4](#). *Psychosomatics* 2009, 50 (6): 613-21

Κρουσταλάκης, Γ. (2003). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Lattack, J. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 3, 172–183.

Linley, A. C., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (positive) future. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.

Lloyd, T. J., & Hasting, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(12), 957-968.

Lee, L., Harrington, R. A., Louie, B. B., & Newschaffer, C. J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1147–1160.

Leef, J. (2005). A clinical intervention program for children with asperger syndrome and their parents: Promoting children's social skills and parents' self-confidence. *The Autism NewsLink*, 14–15.

Lenoir, P., Bodier, C., Desombre, H., Malvy, J., Abert, B., OuldTaleb, M., et al. (2009). Prevalence of pervasive developmental disorders: A review. *L'encephale*, 35, 36–42.

Little, L., & Clark, R. R. (2006). Wonders and worries of parenting a child with asperger syndrome and nonverbal learning disorder. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31, 1, 39–44.

Lord, C., & Bishop, S. L. (2010). Autism spectrum disorders: Diagnosis, prevalence, and services for children and families. *Society for Research in Child Development*, 24, 2, 1–21.

Lopes, V., Clifford, T., Minnes, P., & Ouellete-Kuntz, H.(2008). Prenatal stress and coping in families of children with and without developmental delays. *Journal on Developmental Disabilities*. 14(2), 99-104.

Lopez,S.J., Snyder, C. R., & Teramoto Pedrotti, J. (2003). Hope: Many definitions , many measures. In S. J. Lopez &C. R. Snyder (Eds.) *Positive psychological assessment: Anadbook of models and measures* (pp. 91-107). Washington, DC: American Psychological Association.

Löwe B, Wahl I, Rose M, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders* 2010, 122 (1-2): 86-95

Lovibond, S. H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Founddetection.Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities, 37,1, 14-22.

Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C.E.R., & Dunleavy, A.M, (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: the moderating role of coping styles. *Journal of child and Family Studies*, 19, 516-524.

Λυράκος, Γ., Αρβανίτη, Χ., & Κωστοπαναγιώτου, Γ. (2009). Μετάφραση, στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου DASS 42 για την μέτρηση της κατάθλιψης του άγχους και του στρες στην ελληνική γλώσσα. Ανακοίνωση που έγινε στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, Αθήνα, 13-15 Νοεμβρίου 2009, σ. 19, 77-78.

Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., & Dimoliatis, I. D. K. (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospital in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95(1), 129-142.

Lyrakos, G.N., Dragioti, H., Batistaki, C., & Spiranis, V. (2013). Translation and validation study of the Subjective Happiness Scale (SHS) in Greek general population, diabetes mellitus and patients with emotional disorders. *European Psychiatry*, 28(1), 1.

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.

Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70-77.

Lusting, D. C.(2002). Family coping in families with a child with a disability.

Μαργαρίτη, Μ. (2006). <<Οικογένεια και το Πειβάλλον>>, Έργο ΠΡΟΣΒΑΣΗ, ΕΠΕΑΕΚ <<ΠΡΟΣΒΑΣΗ>>, Μέτρο 1.1., Ενέργεια 1.1.4., Πράξη ά, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Macks, R.J., & Reeve, R.E. (2007). The adjustment of non-disabled siblings of children autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1060-1067.



Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116, 6, 1480–1486.

Marcelli, D., Cohen, D., (2009). *Enfance et psychopathologie* (8eme edition). Paris:Masson.

Mascha, K., & Bourcher, J. (2006). Preliminary investigation of a qualitative method of examining siblings' experiences of living with a child with ASD. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities* 52, 19–28.

Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 868–875.

Matson, J. L., & Kozlowski, A. M. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 418–425.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401–1415.

MacDonald, E. E., Hastings, R. P., & Fitzsimons, E. (2010). Psychological acceptance mediates the impact of the behaviour problems of children with intellectual disability on fathers' psychological adjustment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 1, 27–37.

Macdonald, O. F. (2011). Putting the puzzle together: factors related to emotional well-being in parents of children with autism spectrum disorders. Phd thesis. Department of Psychology, University of South Florida.

Mitchell, R. L. C., & Phillips, L. H. (2007). The psychological, neurochemical and functional neuroanatomical mediators of the effects of positive and negative mood on executive functions. *Neuropsychologia*, 45(4), 617-629.

Mackintosh, V. G., Goin-Kochel, R. P., & Myers, B. J. (2012). "What do you like/dislike about the treatments you're currently using?": A qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 27, 1, 51–60.

McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 120–129.

Mellier, D. (2014). The psychic envelopes in psychoanalytic theories of infancy. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-9.

Micali, N., Chakrabarti, S., Fombonne, E. (2004). The broad autism phenotype findings from an epidemiological survey. *Autism*, 8, 1, 21-37.

Milevsky, A., Smoot, K., Leh, M., & Ruppe, A. (2005). Familial and contextual variables and the nature of sibling relationships in emerging adulthood. *Marriage & Family Review*, 37, 123–141.

Misès, R., (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012 (5e edition). Rennes: EHESP

Modry-Mandell, K., Gamble, W., Taylor, A. (2007). Family emotional climate and sibling relationship quality: influences on behavioural problems and adaptation in preschool-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 61-73.

Moisse, K. (2015). Survey switch may explain rise in new autism stats. Ανακτήθηκε 02 Ιανουαρίου 2018, από ιστοσελίδα: <https://spectrumnews.org/news/survey-switch-may-explain-rise-in-new-autism-stats/>

Montes, g., & Halterman, J. S. (2008). Psychological functioning and coping among of children with autism: a population-based study. *Pediatrics*, 119, 1040-1046.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family Environment Scale manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

Moyson, T., & Roeyers, H. (2011). The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Children*, 78, 41–55.

Monsson, Y.(2010). The effects of hope on mental health and chronic sorrow in parents of children with autism spectrum disorder. Phd thesis. Department of Psychology, University of Kansas.

Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C., & Paschoula, C. (2006). Hope and adaption to old age: Their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*, 76, 71-93.

Moraitou, D., & Efklides, A. (2009). The Blank in the Mind Questionnaire (BIMQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 25(2), 115-122.

Μπούτρη, Α. (2011). Ευτυχία, ελπίδα- αισιοδοξία, περιέργεια. Στο Α. Σταλίκας - Π. Μυσικίδου (Επιμ.) Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία (σ. 63-85). Αθήνα: Τόπος.

Mungo, D., Ruta, L., D' Arrigo, V. G., & Mazzone, L.(2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 22.

Muhle, R., Trentacoste, S. V., & Rapin, I. (2004). The genetics of autism. *Pediatrics*, 113, 472-486.

Nassar, N., Dixon, G., Bourke, J., Bower, C., Glasson, E., de Klerk, N., et al. (2009). Autism spectrum disorders in young children: Effect of changes in diagnostic practices. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1245–1254.

Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., et al. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 28, 235–258.

Noller, P. (2005). Sibling relationships in adolescence: Learning and growing together. *Personal Relationships*, 12, 1–22.

Neff, K. D. J. (2014). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 1-10.

Ντίνου, Μ., Μωραΐτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Α., & Παπαντωνίου, Α. (2013). Ψυχομετρικές ιδιότητες της Ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων. *Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ, Τόμος Ι'*, 163-191.

Νότας, Στ. (2006). Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό-διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Εκδόσεις: Έλλα.

Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-543.

Orsmond, I., & Seltzer, M. (2007). Siblings of individuals with autism spectrum disorders across the life course. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 313–320.

Ozonoff, S., Young, G.S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L.J., Constantino, J.N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J.M., Landa, R., Rogers, S.J., Sigman, M., Stone, W.L. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*, 128, 488-495.

Ozonoff, S., South, M., & Provençal, S. (2005). Executive functions. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Volume 1: Diagnosis, development, neurobiology and behavior* (pp. 606 – 627). New Jersey: John Wiley & Sons.

Ogston, P. L. (2010). Hope and worry among mothers of children with an autism spectrum disorder or down syndrome. Phd thesis. Department of Psychology, Michigan State University.

Olason, D. T., & Roger, D.(2001). Optimism, pessimism, and fighting spirit: a new approach to assessing expectancy and adaptation. *Personality and Individual Differences*, 31, 755-768.

Olivie, H. (2012). Clinical practice: The medical care of children with autism. *European Journal of Pediatrics*, 171(5), 741-749.

Olsson, M. B., & Hwang, C.P. (2008). Socioeconomic and psychological variables as risk and protective factors for parental well-being in families of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1102-1113.

Ornstein-Davis, N., & Carter, A.S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 1278-1291.

Pakenham, K. I., Samios, C., & Sofronoff, K. (2005). Adjustment in mothers of children with asperger syndrome: An application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism*, 9, 2, 191–212.

Peterson, C., & Park, C. (1998). Learned helplessness and explanatory style. In D.F. Barone, V. B, Van Hasselt, & M. Hersen (Eds.), *Advanced Personality* (pp.287-310). New York: Plenum Press.

Papantoniou, G., Moraitou, D., Dimou, M., & Katsadima, E. (2013). Dispositional hope and actions-state orientation: Their role in self-regulated learning. In A.

Παπαδάτου, Δ. (1990). Κρίσιμες περίοδοι στην ζωή της οικογένειας παιδιού με απειλητική για την ζωή του ασθένεια. Οικογένεια -Ψυχοκοινωνικές-Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Petalas, M., Hastings, R., Nash, S., Dowey, A., & Reilly, D. (2009). "I like that he always shows who he is": The perceptions and experiences of siblings with a brother with autism spectrum disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56, 4, 381–399.

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, 303–314.

Pilowsky, T., Yirmiya, N., Doppelt, O., Gross-Tsur, V., & Shalev, R. S. (2004). Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 855-865.

Pilar Matud, M., Bethencourt, J. M., & Ibanez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfactions in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.

Pisula, E., Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 12, 1485–1494.

Pisula, E. (2011). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders. Ανακτήθηκε Ιούλιο, 6, 2017 από:

[https://www.researchgate.net/publication/221916690\\_Parenting\\_Stress\\_in\\_Mothers\\_and\\_Fathers\\_of\\_Children\\_with\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/221916690_Parenting_Stress_in_Mothers_and_Fathers_of_Children_with_Autism_Spectrum_Disorders).

Platsidou, M. (2013). Life satisfaction in adults: The effect of religiosity, worry, and perceived physical health state. In A. Efklides & D. Moraitou(Eds.), *Quality of Life: A positive psychology perspective* (pp. 87-106). New York: Springer.

Pottie, C. G., & Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and wellbeing in parents of children with autism: A multilevel modelling approach. *Journal of Family Psychology*, 22, 6, 855–864.

Podjarny, G. (2007). Perceptions of parent-child relationship quality in parents of children with and without autism. Phdcthesis. Department of Psychology, Carleton University.

Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437–451.



Reagon, K., Higbee, T., & Endicott, K., (2006). Teaching pretend play skills to students with autism using video modeling with siblings as model and play partners. *Education and Treatment of Children*, 29, 517–528.

Rivers, J.W. & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 383-394.

Rimmerman, A., Turkel, L., & Crossman, R. (2003). Perception of child development, child-related stress and dyadic adjustment: Pair analysis of married couples off young children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 28, 188-195.

Roeyers, H., & Mycke, K. (1995). Siblings of a child with autism, with mental retardation, and with normal development. *Journal of Child Care, Health, and Development*, 21, 305–319.

Rodrique, P., Morgan, S.B., & Geffken, G. R. (1992). Psychological adaption of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 22, 249-264.

Ross, J., & Cuskelly, M. (2006). Adjustment of sibling problems and coping strategies of brothers and sisters of children with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 31, 77–86.

Ryan, R. M., & Deci, E. L., (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemotic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 2, 628–634.

Σγούρου, Κ. (2011). Ο ρόλος της οικογένειας στο πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης. (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Συριοπούλου, Χ. (2016). Εκπαίδευση και ειδική αγωγή ατόμων με Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Sabih, S., Sajid, W.B., (2008). There is significant stress among parents having children with autism. *Journal Rawalpindi Medical*, 33, 2, 214–216.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., (2013). Η επίτομη ψυχιατρική παιδιών και εφήβων.Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Sanders, J.L. & Morgan, S.B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for interventions. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 15-32.

Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31, 65–73.

Schaefer, E. S., & Edgerton, M. (1981). *The sibling inventory of behavior*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.

Schertz, H. H., & Odom, S. L. (2007). Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(8), 1562–1575.

Schieve, L.A., Blumberg, S.J., Rice, C., Visser, S.N., & Boyle, C. (2008). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119, 1, 114-121.

Schieve, L. A., Rice, C., Yeargin-Allsopp, M., Boyle, C. A., Kogan, M. D., Drews, C., et al. (2012). Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: An assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 national survey of children’s health. *Maternal Child Health Journal*, 16, 151–157.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS) for diagnostic screening and classification of autism*. New York: Irvington Publishers.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

Sivberg, B. (2002). Coping strategies and parental attitudes. A comparison of parents with children with autism spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2), 36-50.

Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, 6, 397-409.

Sherer, M. R., & Schreibman, L. (2005). Individual behavioural profiles and predictors of treatment effectiveness for children with autism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 3, 525–538.

Smith, T., & Perry, A. (2005). A sibling support group for brothers and sisters of children with autism. *Journal of Developmental Disabilities*, 11, 77-88.

Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 876-889.

Snyder, C.R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, measures, and applications*. San Francisco: Academic Press.

Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: ThePRIME-MD 1000 study. JAMA 1994 December 14, 272 (22): 1749-56

Stoneman, Z. (1997). Mental retardation and family adaptation. In W.E. MacLean (Eds.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (pp.405-437). Mahwah, NJ:Erlbaum.

Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with asperger syndrome. *Autism*, 6, 3, 271–286.

Solmeyer, A. R., Killoren, S. E., McHale, S. M., & Updegraff, K. A. (2011). Coparenting around siblings' differential treatment in Mexican-origin families. *Journal of Family Psychology*, 25, 2, 251.

Sheldon,K.M., & Lyubomirsky,S.(2007). Is it possible to become happier? ( And, if so, how?) *Social and Personality Psychology Compass*, I(1), 129-145.

Susan M. Bögels, Annukka Lehtonen & Kathleen Restifo(2010) *Mindfulness* 1:107–120 DOI 10.1007/s12671-010-0014-5

Tarakeswahr,N., & Pargament, K.I. (2001). Religious coping in families of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(4),247-260.

Tanaka K., Uchiyama T., Endo F. (2011). Informing children about their siblings diagnosis of autism spectrum disorder: An initial investigation into current practices. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1421-1429.

Theocharides, T.C. (2013). Is a subtype of autism an allergy of the brain? *Clinical Therapeutics*, 35(5), 584-591.

Tehee, E., Honan, R., & Hevey, D. (2009). Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 1, 34–42.

Tomanik, S., Harris, G., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 16–26.

Τσιάντης, Ι. & Μανωλόπουλος, Σ. (1989). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τόμος Α' (III), Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Tunali, B., & Power, T.G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25-34.

Twoy, R., Connolly, P.M., & Novak, J.M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251-260.

Volkmar, F.R., & Pauls, D. (2003). Autism. *Lancet*, 362(9390), 1113-1141.

Verte, S., Roeyers, H., & Buysse, A. (2003). Behavioral problems, social competence and self-concepts in SIBS-A. *Child Care Health and Development*, 29, 193–205.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., Van Ijzendoorn, M. H., et al. (2006). The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1246–1253.

Watson, S. L., Hayes, S. A., & Radford-Paz, E. (2011). 'Diagnose me please!': A review of research about the journey and initial impact of parents seeking a diagnosis of developmental disability for their child. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 41, 31–72.

Walker, L.S., Van Slyke, D. A., & Newbrough, J.R. (1992). Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes, and mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 327-343.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115-130.



Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Vecili, M., & Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 16, 1–14.

Weiss, S. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115-130.

Wenar, C., Kerig, P. (2008). Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2000). Introduction to autism spectrum disorders. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Eds.), *Autism Spectrum Disorders: A transactional developmental perspective* (pp. 1-7). Baltimore: Paulh Brookes Publishing.

Wing L., (2000). Το αυτιστικό φάσμα – Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες. Αθήνα: ΕΕΠΑΑ

Williams, J. H. G., Whiten, A., Suddendorf, T. & Perrett, D. I. (2001). Imitation, mirror neurons, and autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25, 287–95.

Wintgens, A., & Hayez, J. Y. (2003). Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques: résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 377–384.

White, S., Koenig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10), 1858–1868.

Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping stones triple p: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 469–480.

Whitman, T.L.(2004). *The development of autism: A self-regulatory perspective*. London:Jessica Kingsley Publishers.

World Health Organisation (2012). *Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization.

Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research*, 18 , 8, 1075–1083.

Wu,H. (2010). Achieving urinary continence in children. *Nature Reviews Urology*, 7, 371-377.

Yamada, A., Kato, M., Suzuki, M., Watanabe, N., Akechi, T., & Furukawa, T.A.(2012). Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *BMC Psychiatry*, 12,119.

Yu, J., Gamble, W. (2008). Pathways of influence: Marital relationships and their association with parenting styles and sibling relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 6, 757–778.

Zablotsky, B., Anderson, C., & Law, P. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(8), 1946-1955.

Zafeiriou, D., Ververi A, & Vargiami, E. (2009). The serotonergic system: its role in pathogenesis and early developmental treatment of autism, *Current Neuropharmacology*, 7, 150-157.

Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1998). <<Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους- Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης>>, 1' έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Zwaigenbaum L, Bryson SE, Szatmari P, et al. (2012) Sex differences in children with autism spectrum disorder identified within a high-risk infant cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42,12, 2585–2596.

Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013;43:629–642.

Van Steijn DJ, Oerlemans AM, Van Aken MA, Buitelaar JK, Rommelse NN. The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents

of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44:1064–1076.

Jones L, Hastings RP, Totsika V, Keane L, Rhule N. Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2014;119:171–185.

Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*. 2015;6:938–947

## Παράρτημα

### Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από τη Μαρία Δουνάκη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Πρέπει να είστε τουλάχιστον 18 χρονών για να συμμετέχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης. Μπορείτε επίσης να αποφασίσετε να το συζητήσετε με την οικογένεια ή τους φίλους σας. Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.

#### 1. Σκοπός της έρευνας

Σας ζητάμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα γιατί ο σκοπός της είναι

.....

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της συνέντευξης αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

#### 2. Ενδεχόμενοι κίνδυνοι

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε να παραλειφθούν.

#### 3. Ενδεχόμενα οφέλη για τα άτομα και την κοινωνία

*(Συμπληρώνεται από τον ερευνητή.)*

#### 4. Αποζημίωση για τη συμμετοχή

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο ή μελλοντικό σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

#### 5. Ενδεχόμενη σύγκρουση συμφερόντων

Κατά τη δήλωση των ερευνητών της έρευνας δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων από τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

#### 6. Εμπιστευτικότητα

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα, οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας ή όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα

δεδομένα που σας αφορούν. Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή. Σε περίπτωση ηχογράφησης, θα ζητηθεί η συγκατάθεσή σας. Μπορείτε να αρνηθείτε να ηχογραφηθείτε. Ο ερευνητής θα μεταγράψει τις ηχογραφήσεις και μπορεί να σας προμηθεύσει με ένα αντίγραφο του απομαγνητοφωνημένου κειμένου κατόπιν αιτήσεώς σας. Έχετε το δικαίωμα να ελέγξετε και να επεξεργαστείτε την απομαγνητοφώνηση. Προτάσεις οι οποίες έχετε ζητήσει από τον ερευνητή να παραληφθούν δεν θα χρησιμοποιηθούν και θα σβηστούν από όλα τα αντίστοιχα αρχεία. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. Σε περίπτωση που φωτογραφίες σας, βίντεο ή ακουστικές ηχογραφήσεις χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς, η ταυτότητά σας θα προστατεύεται ή θα συγκαλύπτεται.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 στοιχ.ε του Κανονισμού 2016/679 (GDPR), τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα μπορούν να αποθηκεύονται για διάστημα μεγαλύτερο αυτού κατά το οποίο διεξάγεται η ερευνητική διαδικασία, εφόσον εφαρμόζονται τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα που απαιτεί ο Κανονισμός 2016/679 (GDPR) για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών του υποκειμένου (ή των υποκειμένων) των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί στο πλαίσιο της έρευνας. Σε αυτήν τη βάση, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας θα διατηρηθούν για τρία χρόνια μετά το πέρας αυτής. Επιπρόσθετα, όσον αφορά στην ανάγκη περαιτέρω (δευτερογενούς) επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με το άρθρο 5 στοιχ. β του Κανονισμού 2016/679 (GDPR), για λόγους ερευνητικούς, η δευτερογενής επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων θεωρείται συμβατή με τους αρχικούς σκοπούς της επεξεργασίας χωρίς να γίνεται λόγος περί της ανάγκης λήψης τεχνικών και οργανωτικών μέτρων. Κατά συνέπεια, τα προσωπικά δεδομένα της παρούσας έρευνας δύνανται να χρησιμοποιηθούν και από άλλες έρευνες που θα εγκριθούν αρμοδίως χωρίς να χρειαστεί να δοθεί εκ νέου η συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

## **7. Συμμετοχή και αποχώρηση**

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα. Αν συμμετέχετε εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

## **8. Δικαιώματα των συμμετεχόντων στην έρευνα**

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

## **9. Ταυτότητα των ερευνητών**

*(Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή.)*

*(Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή.)*

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ερωτηματολόγιο Γονικού Στρες

Οι ερωτήσεις ζητάνε να σημειώσετε εκείνη την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματά σας, έχοντας στο νου το **Παιδί 1**. Σημειώστε τον αντίστοιχο βαθμό αναλόγως:

- 1 = Διαφωνώ πολύ  
 2 = Διαφωνώ  
 3 = Δεν είμαι σίγουρος/η  
 4 = Συμφωνώ  
 5 = Συμφωνώ πολύ

Ερωτήσεις	1	2	3	4	5
1. Συχνά νιώθω ότι δεν μπορώ να χειριστώ τα πράγματα πολύ καλά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Βλέπω ότι για να ικανοποιήσω τις ανάγκες των παιδιών μου, έχω απαρνηθεί περισσότερα πράγματα στη ζωή μου απ' ότι περίμενα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Νιώθω παγιδευμένος/η από τις ευθύνες μου ως γονιός.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Από τότε που έκανα παιδί, δεν κατάφερα να κάνω καινούρια και διαφορετικά πράγματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Από τότε που έκανα παιδί, νιώθω ότι σχεδόν ποτέ δεν μπορώ να κάνω πράγματα που μου αρέσουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Δεν νιώθω ευχαριστημένος/η από κάτι που φώνισα για μένα την τελευταία φορά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Υπάρχουν αρκετά πράγματα όσον αφορά τη ζωή μου που με ενοχλούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Το ότι αποκτήσαμε παιδί προκάλεσε περισσότερα προβλήματα απ' όσα περίμενα στη σχέση μου με το/τη σύζυγο μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Νιώθω μόνος/η και χωρίς φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Όταν βγαίνω έξω με φίλους, συνήθως δεν περιμένω να διασκεδάσω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Δεν με ενδιαφέρουν πια οι άνθρωποι όσο παλιότερα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Δεν ευχαριστιέμαι τα πράγματα όπως παλιότερα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Σπάνια το παιδί μου κάνει κάτι για μένα που με κάνει να νιώθω καλά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Τις περισσότερες φορές νιώθω ότι το παιδί μου δε με συμπαθεί και δε θέλει να είναι κοντά μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Το παιδί μου χαμογελά πολύ λιγότερο από όσο θα ήθελα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	1	2	3	4	5
16. Έχω την εντύπωση ότι οι προσπάθειες μου δεν αναγνωρίζονται και πολύ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Όταν παίζει το παιδί μου δε γελά συχνά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Το παιδί μου δε φαίνεται να μαθαίνει εξίσου γρήγορα με τα περισσότερα παιδιά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Το παιδί μου δε φαίνεται να χαμογελά όσο τα περισσότερα παιδιά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Το παιδί μου δε μπορεί να κάνει όσα περίμενα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Παίρνει πολύ χρόνο και είναι δύσκολο για το παιδί μου να συνηθίσει καινούρια πράγματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Νιώθω ότι είμαι: α) Όχι πολύ καλός γονιός β) Κάποιος που έχει μερικές δυσκολίες ως γονιός γ) Ένας μέτριος γονιός. δ) Καλύτερος από μέτριος γονιός ε) Ένας πολύ καλός γονιός					
23. Περίμενα ότι θα ένιωθα πιο κοντά και πιο ζεστά για το παιδί μου απ' όσο νιώθω κι αυτό με ενοχλεί.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Μερικές φορές το παιδί μου κάνει πράγματα που με ενοχλούν μόνο και μόνο από κακία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Το παιδί μου φαίνεται ότι κλαίει και γκρινιάζει πιο συχνά από τα περισσότερα παιδιά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Το παιδί μου συνήθως ξυπνάει με κακή διάθεση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Νιώθω ότι το παιδί μου είναι πολύ κακοδιάθετο κι αναστατώνεται εύκολα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Το παιδί μου κάνει κάποια πράγματα που με ενοχλούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Το παιδί μου αντιδρά πολύ εύκολα όταν συμβαίνει κάτι που δεν του αρέσει.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Το παιδί μου αναστατώνεται εύκολα με το παραμικρό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Στάθηκε πολύ πιο δύσκολο από όσο περίμενα να σταθεροποιηθεί το πρόγραμμα του παιδιού μου όσον αφορά τον ύπνο και το φαγητό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 = Διαφωνώ πολύ  
2 = Διαφωνώ  
3 = Δεν είμαι σίγουρος/η  
4 = Συμφωνώ  
5 = Συμφωνώ πολύ

Στόχος μας είναι να δούμε πώς αντιδρούν οι άνθρωποι όταν έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολα ή στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να δοκιμάσει κανείς να διαχειριστεί το στρες. Το ερωτηματολόγιο αυτό σου ζητά να δείξεις, σε γενικές γραμμές, τί κάνεις και πώς αισθάνεσαι εσύ, όταν βιώνεις στρεσογόνα γεγονότα. Προφανώς, διαφορετικά γεγονότα οδηγούν σε κάπως διαφορετικές αντιδράσεις, αλλά σκέψου **τί κάνεις συνήθως όταν έχεις πολύ στρες**. Παρακαλούμε, βάλε σε κύκλο την απάντηση που αντιπροσωπεύει περισσότερο από όλες τις άλλες απαντήσεις το τί κάνεις εσύ για να διαχειριστείς τα στρεσογόνα γεγονότα, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

	1	2	3	4
	Συνήθως, δεν το	Συνήθως, το	Συνηθίζω να το	Συνηθίζω να το
	κάνω	κάνω	κάνω	κάνω
	καθόλου	σε μικρό βαθμό	σε μέτριο βαθμό	πολύ
1. Παίρνω πρόσθετα μέτρα, για να προσπαθήσω να απαλαχτώ από το πρόβλημα.	1	2	3	4
2. Συγκεντρώνω τις προσπάθειές μου στο να κάνω κάτι για το πρόβλημα αυτό.	1	2	3	4
3. Κάνω ό,τι πρέπει να γίνει, ένα βήμα τη φορά.	1	2	3	4
4. Λαμβάνω αμέσως τα μέτρα μου, ώστε να ξεφύγω από το πρόβλημα.	1	2	3	4
5. Προσπαθώ να βρω μια στρατηγική για το τι να κάνω.	1	2	3	4
6. Φτιάχνω ένα σχέδιο δράσης.	1	2	3	4
7. Σκέφτομαι εντατικά ποια βήματα θα ακολουθήσω.	1	2	3	4
8. Εξετάζω πώς θα μπορούσα να χειριστώ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το πρόβλημα.	1	2	3	4
9. Βάζω στην μπάντα άλλες δουλειές, για να συγκεντρωθώ στο πρόβλημα αυτό.	1	2	3	4
10. Συγκεντρώνομαι στη διαχείριση αυτού του προβλήματος, και, αν είναι ανάγκη, αδιαφορώ λιγάκι για τα άλλα πράγματα.	1	2	3	4
11. Δεν επιτρέπω να αποσπαστεί η προσοχή μου από άλλες σκέψεις ή δουλειές.	1	2	3	4
12. Προσπαθώ, όσο μπορώ, να εμποδίσω άλλα πράγματα να χαλάσουν τις προσπάθειές μου να διαχειριστώ το πρόβλημα αυτό.	1	2	3	4

	1	2	3	4
	Συνήθως, δεν το κάνω καθόλου	Συνήθως, το κάνω σε μικρό βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω σε μέτριο βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω πολύ
13. Αναγκάζομαι να περιμένω την κατάλληλη στιγμή για να κάνω κάτι.				1 2 3 4
14. Δεν κάνω κάτι για αυτό, μέχρι να το επιτρέψει η κατάσταση.				1 2 3 4
15. Σιγουρεύομαι ότι δεν θα χειροτερέψω τα πράγματα ενεργώντας πολύ γρήγορα.				1 2 3 4
16. Συγκρατούμαι να μην κάνω κάτι πολύ γρήγορα.				1 2 3 4
17. Ρωτώ ανθρώπους που έχουν περάσει παρόμοιες εμπειρίες, τί έκαναν αυτοί.				1 2 3 4
18. Προσπαθώ να συμβουλευτώ κάποιον για το τί να κάνω.				1 2 3 4
19. Κουβεντιάζω πιο αναλυτικά με κάποιον για την κατάσταση.				1 2 3 4
20. Μιλώ σε κάποιον που θα μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για το πρόβλημα.				1 2 3 4
21. Μιλώ σε κάποιον για το πώς νιώθω.				1 2 3 4
22. Προσπαθώ να κερδίσω τη συναισθηματική υποστήριξη φίλου ή συγγενών.				1 2 3 4
23. Συζητώ με κάποιον για αυτά που αισθάνομαι.				1 2 3 4
24. Κερδίζω τη συμπάθεια και την κατανόηση κάποιου.				1 2 3 4
25. Ψάχνω για κάτι καλό μέσα σε αυτό που συμβαίνει,				1 2 3 4
26. Προσπαθώ να δω την κατάσταση από μια διαφορετική σκοπιά, για να την κάνω να μοιάζει πιο θετική.				1 2 3 4
27. Μαθαίνω κάτι από την εμπειρία αυτή.				1 2 3 4
28. Προσπαθώ να γίνω καλύτερο άτομο μέσα από αυτή την εμπειρία.				1 2 3 4
29. Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα.				1 2 3 4
30. Αποδέχομαι ότι αυτό έχει συμβεί και δεν μπορεί να αλλάξει.				1 2 3 4
31. Συνηθίζω στην ιδέα ότι αυτό συνέβη				1 2 3 4
32. Αποδέχομαι την πραγματικότητα του γεγονότος που συνέβη.				1 2 3 4

	1	2	3	4
Συνήθως, δεν το κάνω καθόλου	Συνήθως, το κάνω σε μικρό βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω σε μέτριο βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω πολύ	
33. Ζητώ τη βοήθεια του Θεού.			1	2 3 4
34. Εναποθέτω τις ελπίδες μου στο Θεό.			1	2 3 4
35. Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στη θρησκεία μου.			1	2 3 4
36. Προσεύχομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.			1	2 3 4
37. Ταράζομαι και βγάζω τα συναισθήματά μου προς τα έξω.			1	2 3 4
38. Βγάζω προς τα έξω αυτά που αισθάνομαι.			1	2 3 4
39. Νιώθω πολύ φορτισμένος/η συναισθηματικά και αισθάνομαι ότι εκφράζω σε μεγάλο βαθμό αυτά που νιώθω.			1	2 3 4
40. Ταράζομαι, και πράγματι, το αντιλαμβάνομαι.			1	2 3 4
41. Αρνούμαι να πιστέψω ότι αυτό έχει συμβεί.			1	2 3 4
42. Προσποιούμαι ότι αυτό δεν έχει συμβεί στα αλήθεια.			1	2 3 4
43. Ενεργώ σαν να μην έχει καν συμβεί αυτό.			1	2 3 4
44. Λέω μέσα μου: αυτό δεν είναι αλήθεια.			1	2 3 4
45. Εγκαταλείπω την προσπάθεια να πάρω αυτό που θέλω.			1	2 3 4
46. Σταματώ, δίχως κουβέντα, να προσπαθώ να φτάσω τον στόχο μου.			1	2 3 4
47. Παραδέχομαι μέσα μου ότι δεν μπορώ να διαχειριστώ το πρόβλημα, και σταματώ να προσπαθώ.			1	2 3 4
48. Μειώνω τον βαθμό της προσπάθειας που καταβάλλω για να λύσω το πρόβλημα.			1	2 3 4
49. Στρέφομαι στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες που την υποκαθιστούν, για να ξεκολλήσω τη σκέψη μου από αυτά τα πράγματα.			1	2 3 4
50. Πηγαίνω στο σινεμά ή βλέπω τηλεόραση, για να το σκέφτομαι λιγότερο.			1	2 3 4
51. Κάνω όνειρα για άλλα πράγματα πέρα από αυτό.			1	2 3 4

	1	2	3	4
	Συνήθως, δεν το κάνω καθόλου	Συνήθως, το κάνω σε μικρό βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω σε μέτριο βαθμό	Συνηθίζω να το κάνω πολύ
52. Κοιμάμαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.				1 2 3 4
53. Πίνω αλκοολούχα ποτά ή παίρνω υπνωτικά φάρμακα/ναρκωτικά, για να το σκέφτομαι λιγότερο.				1 2 3 4

**Τώρα, παρακαλούμε, ελέγξτε εάν έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις.**

**Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.**

Οι παρακάτω λέξεις και φράσεις περιγράφουν μια σειρά από διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε κάθε λέξη και, μετά, σημειώστε την απάντησή σας μπροστά από τη λέξη αυτή. Δείξτε σε ποιο βαθμό αισθάνεστε έτσι όπως λέει η λέξη συνήθως, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα για να δώσετε τις απαντήσεις σας:

	1	2	3	4	5
	ελάχιστες φορές ή καθόλου	λίγες φορές	μερικές φορές	πολλές φορές	πάρα πολλές φορές
----- γεμάτος/η με ενοχές					
----- παθιασμένος/η					
----- σε επαγρύπνηση					
----- φοβισμένος/η					
----- νευρικός/ή					
----- συντετριμμένος/η					
----- ενθουσιασμένος/η					
----- αποφασισμένος/η					
----- δυνατός/ή					
----- εχθρικός/ή					
----- περήφανος/η					
----- σε εγρήγορση					
----- ταραγμένος/η					
----- γεμάτος/η ενδιαφέρον					
----- ευέξαπτος/η					
----- συγχυσμένος/η					
----- ντροπιασμένος/η					
----- γεμάτος/η με έμπνευση					
----- δραστήριος/α					
----- τρομαγμένος/η					



## PHQ-4

Over the <b>last 2 weeks</b> , how often have you been bothered by the following problems? (Use "✓" to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
4. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

### Scoring

PHQ-4 total score ranges from 0 to 12, with categories of psychological distress being:

- None 0-2
- Mild 3-5
- Moderate 6-8
- Severe 9-12

Anxiety subscale = sum of items 1 and 2 (score range, 0 to 6)

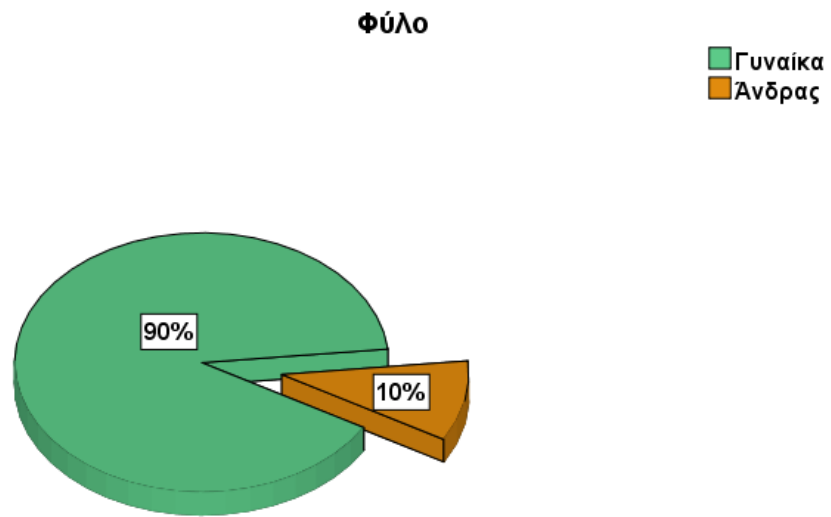
Depression subscale = sum of items 3 and 4 (score range, 0 to 6)

On each subscale, a score of 3 or greater is considered positive for screening purposes

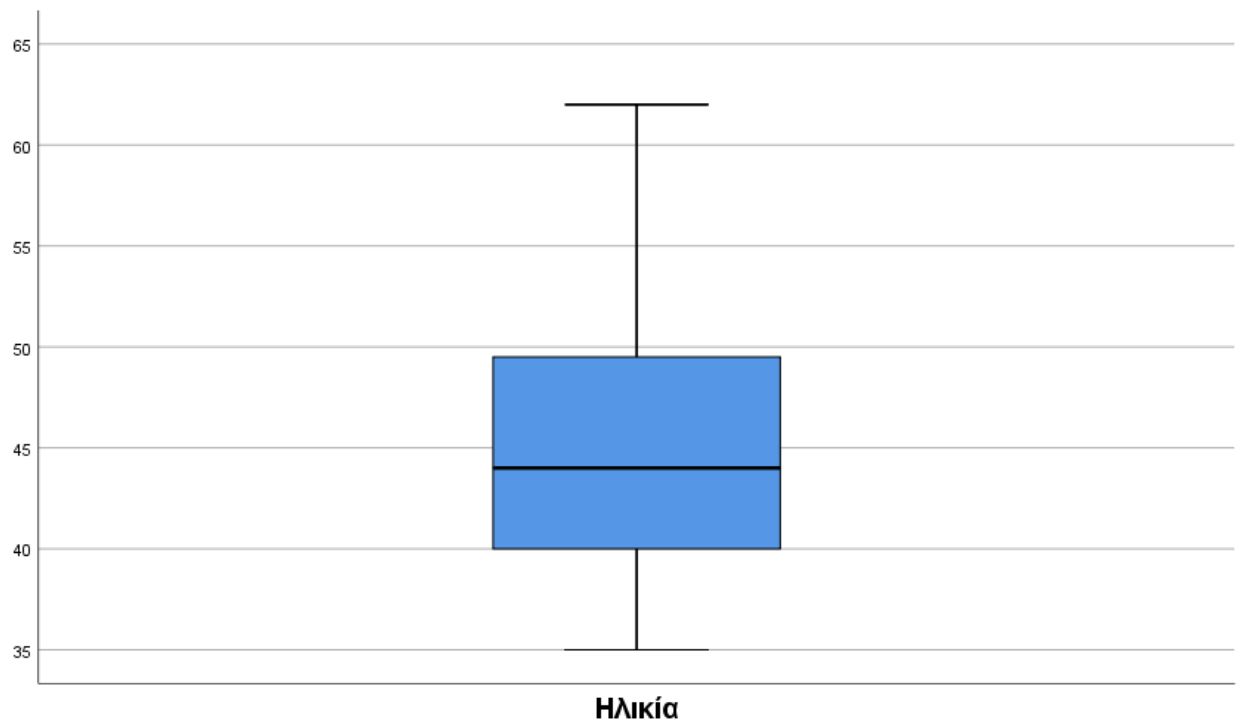
---

The PHQ scales were developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, and Kurt Kroenke and colleagues. The PHQ scales are free to use. For research information, contact Dr. Kroenke at [kkroenke@regenstrief.org](mailto:kkroenke@regenstrief.org)

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4 Psychosomatics 2009;50:613-621.

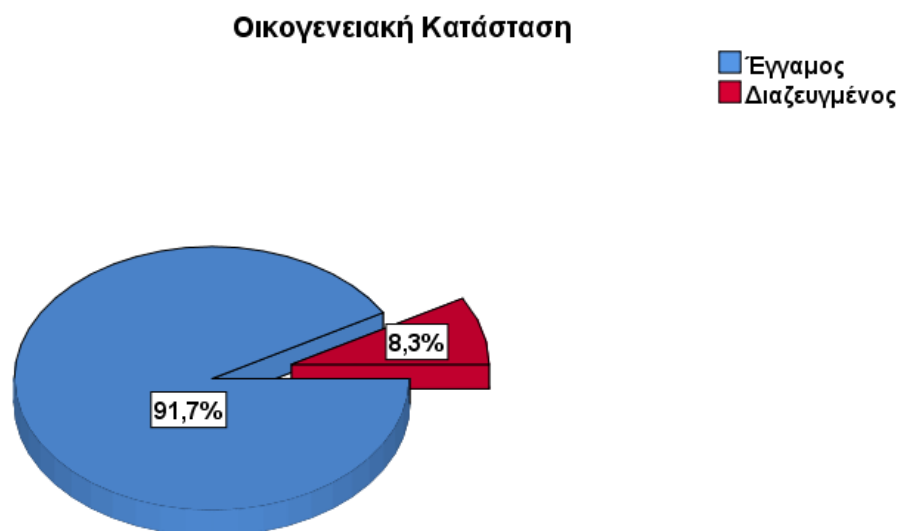


Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων

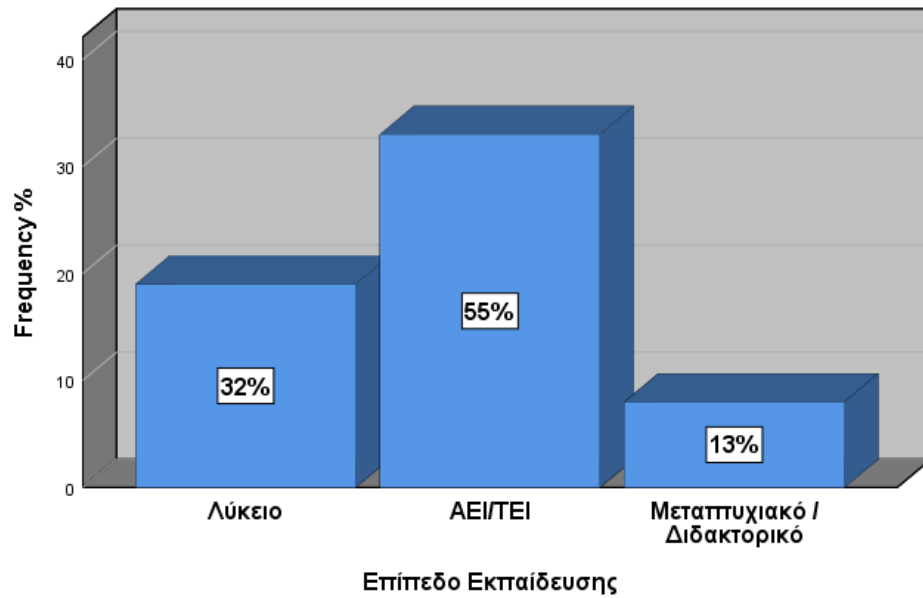




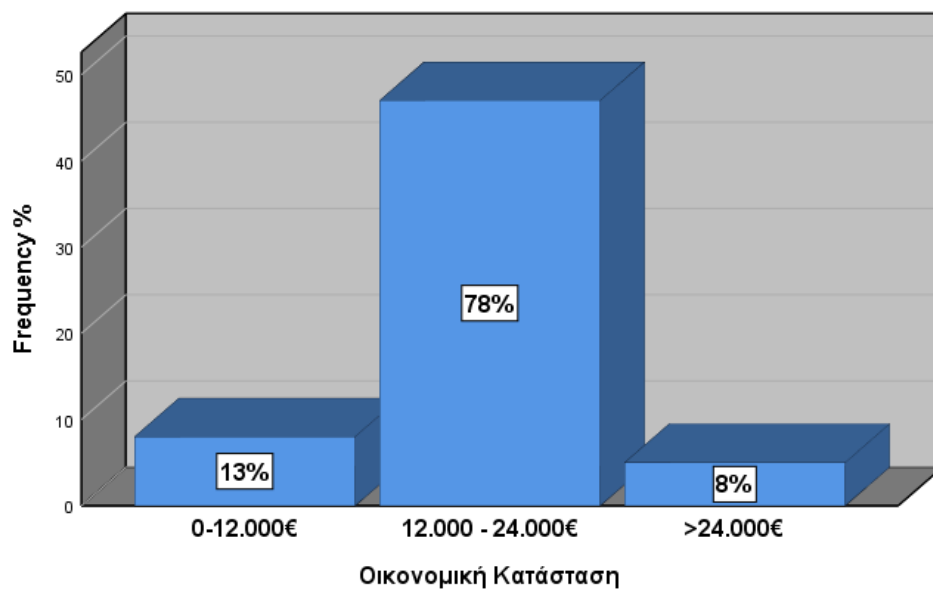
Σχήμα 2. Ηλικία συμμετεχόντων



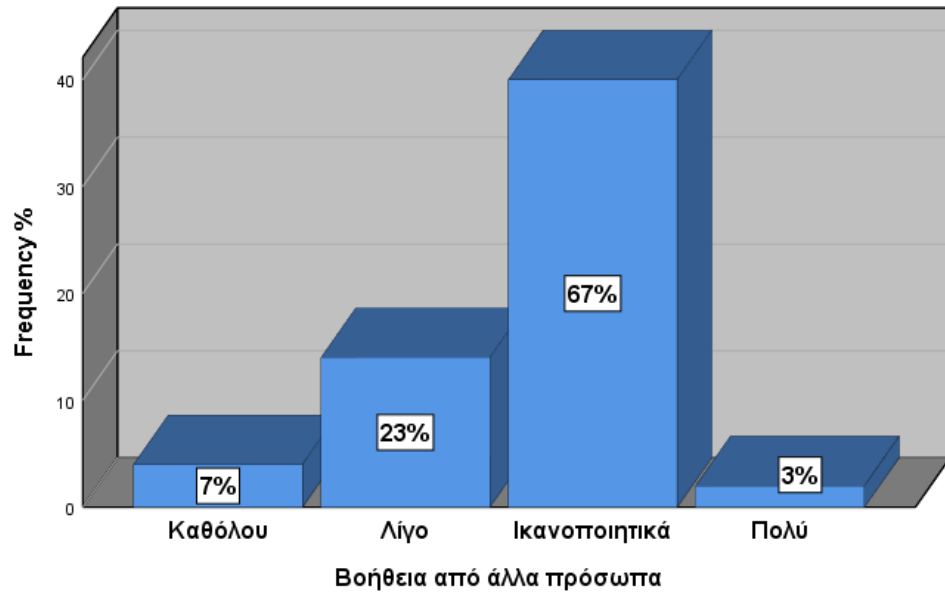
Σχήμα 3. Οικογενειακή Κατάσταση των συμμετεχόντων



Σχήμα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων



Σχήμα 5. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων



Σχήμα 6. Ποσοστά υποστήριξης από τρίτους