



Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

**Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**

**Σχολή Επιστημών Αγωγής**

**Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Επιστήμες της Αγωγής»**

**Κατεύθυνση: Ειδική Εκπαίδευση**

**«Τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία και οι κοινωνικές  
τους δυνατότητες/δυσκολίες.**

**Ο ρόλος της Γονεϊκής Αποδοχής.»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Μαρία Παπασίμπα**

**Τριμελής Επιτροπή**

**Επιβλέπων:** Σούλης Σπύρος

**Μέλη:** Νικολάου Γεώργιος

Μορφίδη Ελένη

**Ιωάννινα, 2016**

*Στους γονείς μου Γιώργο και Αγαθή  
και στον αδελφό μου Παναγιώτη*

*«Τους δύο αδελφούς ο Θεός τους έπλασε  
για μεγαλύτερη ωφέλεια από τα δύο χέρια και τα δύο πόδια  
και τα δύο μάτια και όσα άλλα  
έπλασε ζευγαρωτά στους ανθρώπους»*

Σωκράτης

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	10
ABSTRACT .....	11
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	12
1. ΤΥΠΟΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: ΑΥΤΙΣΜΟΣ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ, ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ, ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	12
1.1 ΑΥΤΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	12
1.1.1 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ .....	12
1.1.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ .....	16
1.1.1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	17
1.1.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER.....	17
1.1.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	18
1.1.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ .....	19
1.1.2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	20
1.1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT.....	20
1.1.3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	20
1.1.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ .....	21
1.1.3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	21
1.1.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	21
1.1.4.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	22
1.1.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ .....	22
1.1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	23
1.1.5 ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ .....	23
1.2 ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	23
1.2.1 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	26
1.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ .....	27
1.2.3 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΗΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ .....	28
1.2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	28
1.2.4.1 Ελαφρά νοητική υστέρηση .....	28

1.2.4.2 Μέτρια νοητική υστέρηση .....	29
1.2.4.3 Σοβαρή νοητική υστέρηση .....	30
1.2.4.4 Βαριά νοητική υστέρηση.....	30
1.2.4.5 Απροσδιόριστη νοητική υστέρηση. ....	30
1.2.5 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	31
1.2.5.1 Προσοχή .....	31
1.2.5.2 Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών.....	31
1.2.5.3 Οργάνωση των πληροφοριών και χρήση της λογικής .....	31
1.2.5.4 Μνήμη - Εύρος μνήμης .....	31
1.2.5.5 Γνωσιακή βάση.....	32
1.2.5.6 Μεταγνώση .....	32
1.2.6 ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	33
1.2.6.1 Χαμηλή φυσική κατάσταση .....	33
1.2.6.2 Αποκλίσεις στη στάση του κορμού .....	33
1.2.6.3 Υπερευκαμψία.....	33
1.2.6.4. Παχυσαρκία.....	33
1.2.6.5 Μικρή μυϊκή δύναμη.....	33
1.2.6.6 Προβλήματα νευρομυϊκής συναρμογής .....	33
1.2.6.7 Ατελή κινητικά πρότυπα .....	33
1.2.6.8 Δυσκολίες συντονισμού χεριού-ματιού, ματιού-ποδιού .....	33
1.2.6.9 Δυσκολίες ισορροπίας του σώματος .....	33
1.2.6.10 Αντίληψη του σώματος, αυτοεικόνα .....	34
1.3 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	34
1.3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ.....	34
1.3.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ .....	35
1.3.3 ΑΙΤΙΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....	35
1.3.3.1 Κληρονομικά .....	35
1.3.3.2 Επίκτητα .....	35
1.3.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΟΡΑΣΗΣ .....	36
1.4 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	37
1.4.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ.....	37
1.4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΟΗΣ .....	38
1.4.3 ΑΙΤΙΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .....	39
1.4.3.1 Συγγενή.....	39

1.4.3.2 Επίκτητα .....	39
1.4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΚΟΗΣ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	40
2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	40
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	40
2.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	44
2.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ.....	50
2.4 ΑΔΕΛΦΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ .....	52
2.5 ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	54
2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΔΕΛΦΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	56
2.7 ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	57
2.8 ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ .....	58
2.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	62
3. Εισαγωγή στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (Parental Acceptance-Rejection Theory-PARTheory). Μέθοδοι, Αποδείξεις, Επιπτώσεις.....	62
3.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Overview of Parental Acceptance-Rejection Theory).....	62
3.2 Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΖΕΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (The Warmth Dimension of Parenting).....	63
3.3 Η ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (The PARTheory’s Personality Subtheory) .....	67
3.4 ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ (PARTheory’s Coping Subtheory).....	74
3.5 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ Η ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ (PARTheory’s Sociocultural Model and Subtheory) .....	76
3.6 ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΓΟΝΕΪΚΗ ΣΕ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ (Paradigm Shift from Parental to Interpersonal Acceptance and Rejection).....	79
3.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Methods in PARTheory Research) .....	81
3.8 ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Evidence Supporting of Main Features of PARTheory) .....	85
3.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Implications of PARTheory Evidence) .....	89
3. 10 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΟΝΕΪΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ-ΑΠΟΡΡΙΨΗ (PARTheory’s Place in History of Research on Parental Acceptance-Rejection) .....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	92
4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ .....	92
4.1 ΘΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	92
4.1.1 Η κοινωνιοβιολογική προσέγγιση .....	93
4.1.2 Ο ρόλος της μάθησης στη θετική κοινωνική συμπεριφορά .....	94
4.1.3 Κοινωνικές διαδικασίες .....	94
4.1.4 Το μοντέλο της κοινωνικής ταύτισης-αλτρουϊσμού .....	95
4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ–ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ-Υ) .....	95
4.2.1 Ορισμός .....	95
4.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία .....	95
4.2.3 Κλινική εικόνα .....	97
4.2.4 Αιτιολογία .....	103
4.2.5 Διαγνωστικά κριτήρια για κάθε κατηγορία .....	105
4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ / ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	108
4.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	108
4.4.1 Αγχώδεις Διαταραχές .....	109
4.4.1.1 Ειδική φοβία .....	110
4.4.1.2 Διαταραχή του άγχους του αποχωρισμού .....	110
4.4.1.3 Σχολική φοβία .....	110
4.4.1.4 Καταναγκαστική (ιδεοψυχαναγκαστική) διαταραχή .....	111
4.4.1.5 Διαταραχή μετατραυματικού στρες .....	111
4.4.1.6 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή .....	111
4.4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	111
4.4.2.1 Δυσθυμική διαταραχή .....	112
4.4.2.2 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή .....	113
4.4.2.3 Διπολικές διαταραχές .....	114
4.4.2.4 Διπολική I διαταραχή .....	115
4.4.2.5 Διπολική II διαταραχή .....	115
4.4.2.6 Κυκλοθυμική διαταραχή .....	115
4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ/ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	115
4.6 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ .....	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	119
5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΛΛΙΟΤΕΡΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	119
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	126
1. Μεθοδολογία .....	126
1.1. Σκοπός και σπουδαιότητα της έρευνας .....	126
1.2. Ερευνητικά Ερωτήματα .....	127
1.3. Ερευνητικό εργαλείο .....	128
1.4. Επιλογή δείγματος – Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων .....	129
1.5. Δείγμα.....	130
1.6. Δομή Δείγματος.....	130
1.7. Στατιστική επεξεργασία .....	136
Κεφάλαιο 2: Αποτελέσματα .....	137
2.1. Διερεύνηση δυνατοτήτων και δυσκολιών .....	137
2.2. Διερεύνηση δυνατοτήτων και δυσκολιών ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό.....	140
2.3. Διερεύνηση γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης.....	173
2.4. Διερεύνηση γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό.....	176
2.5. Πολλαπλές παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών .....	205
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	215
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....	215
3.2 Περιορισμοί της έρευνας .....	240
3.3 Προτάσεις για νέες έρευνες .....	240
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	242
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	252



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Επιστήμες της Αγωγής» με κατεύθυνση την Ειδική Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής εργασίας επίπονη αναζήτηση και προσπάθεια. Σε όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής ήρθα σε επαφή με πολλούς ανθρώπους που συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωσή της. Συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, συλλόγους ΑμεΑ, προέδρους και μέλη σωματείων ΑμεΑ, διευθυντές και εκπαιδευτικούς σχολικών ομάδων ειδικής και γενικής εκπαίδευσης αλλά και ανεξάρτητους θεραπευτές, ακόμη και οικογένειες παιδιών με αναπηρία. Ευχαριστώ θερμά όλους αυτούς τους ανθρώπους και ιδιαίτερα τα ίδια τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία, που αφιέρωσαν χρόνο στη συνεργασία τους μαζί μου συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Γεώργιο Σπυρίδων για την πολύτιμη καθοδήγησή του και την υποστήριξη σε όλα τα στάδια της εργασίας, για το χρόνο που διέθετε και το ενδιαφέρον του για την πραγματοποίηση μιας επιστημονικά ολοκληρωμένης και τεκμηριωμένης μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, στους φίλους μου και στον σύντροφό μου για την αμέριστη συμπαράσταση, υπομονή και στήριξη όλο αυτό το διάστημα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία μελέτα τις κοινωνικές δυνατότητες και δυσκολίες των αδελφών παιδιών με αναπηρία καθώς και το ρόλο που παίζει για αυτές η αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής. Συγκεκριμένα, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να σκιαγραφηθούν οι αντιλήψεις των παιδιών που έχουν αδέρφια με αναπηρία, σχετικά με το αν αισθάνονται αποδεκτά ή όχι από τους γονείς τους και πως αυτό επηρεάζει την ψυχοκοινωνική τους ικανότητα/προσαρμογή. Στη διεξαγωγή της εμπειρικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε κατά το σχολικό έτος 2015-2016 στην Περιφέρεια της Ηπείρου, στην Αθήνα, τον Πειραιά και τη Θεσσαλονίκη χρησιμοποιήθηκαν δυο ερευνητικά εργαλεία: α) Το Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης [Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ)] και β) Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΕΔΔ). Παράλληλα διερευνήθηκε και η επίδραση που ασκούν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία όπως είναι το φύλο, η ηλικία του παιδιού αλλά και του αδελφού με αναπηρία, η ύπαρξη, το φύλο και η ηλικία άλλων αδελφών, η αρτιότητα του λόγου και η κινητική επάρκεια καθώς και στοιχεία που αφορούν στη μητέρα όπως το μορφωτικό επίπεδο και η εργασία. Επίσης συμπεριλήφθησαν παράμετροι που αφορούν την οικογένεια αλλά και την εκπαίδευση των μελών με αναπηρία, όπως το αν τα παιδιά κατοικούν και με τους δύο γονείς τους ή και με άλλους συγγενείς, αν παρακολουθούν και για πόσες ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και ποιος ο βαθμός της αλληλεπίδρασης του τυπικώς αναπτυσσόμενου παιδιού με τον αδελφό με αναπηρία. Διαπιστώθηκε πως η πλειοψηφία των στοιχείων αυτών επηρεάζει όλες τις ομάδες των αδελφών παιδιών με αναπηρία, οι οποίες δείχνουν να έχουν και διαφορές μεταξύ τους. Αντιθέτως το δείγμα της ομάδας ελέγχου δείχνει να μην επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Ως προς τη συσχέτιση της γονεϊκής αποδοχής με τις κοινωνικές δυνατότητες και αδυναμίες τα αποτελέσματα είναι σε μεγάλο βαθμό αντιφατικά με τα μέχρι τώρα ευρήματα, γεγονός που κινεί το ενδιαφέρον για τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες των αδελφών παιδιών με αναπηρία που δεν έχουν μελετηθεί αρκετά.

## ABSTRACT

The current master thesis studies the social capabilities and difficulties of siblings of children with disabilities and the role it plays for them the perception of parental acceptance. Specifically, the purpose of this study is to outline the concepts of children who have siblings with disabilities, about whether or not they feel accepted by their parents and how this affects their psychosocial capacity / adjustment. For the research' needs, an empirical study was conducted during the school year 2015-2016 in the Region of Epirus, Athens, Piraeus and Thessaloniki two research tools were used: a) Questionnaire Parental Acceptance-Rejection [Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ)] and b) Questionnaire Capabilities and Difficulties (EDD). Alongside investigated and the effect which some demographic information such as gender, age of the child and his brother with a disability, the existence, the sex and age of other siblings, the integrity of speech and motor competence and information relating the mother as the level of education and work. Also included parameters related to the family and the education of members with disabilities, such as whether children live with both their parents or other relatives, if the member with a disability takes and for how many hours special education programs and what is the degree of interaction between the typically developing child and thw disabled sibling. It was found that the majority of these elements affects all groups of siblings of children with disabilities, which also seem to have differences between them. By contrast, the sample of the control group shows not greatly affected. As for the correlation between parental acceptance with the social capabilities and difficulties of the results is largely inconsistent with the previous research findings, which raise the interest of the needs and specificities of siblings of children with disabilities which have not been studied enough.

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1. ΤΥΠΟΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: ΑΥΤΙΣΜΟΣ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ, ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ, ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

##### **1.1 ΑΥΤΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η Αυτιστική Διαταραχή ή Αυτισμός αφορά μια σοβαρή μορφή Διαταραχής Φάσματος που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού είναι ανομοιογενής και κυμαίνεται από ηπιότερες μορφές (με ελάχιστα και ήπιας μορφής στοιχεία αυτισμού και φυσιολογική νοημοσύνη) μέχρι βαρύτερες (με πολλαπλά αυτιστικά στοιχεία και συνοδό βαριά νοητική υστέρηση). Ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από μειονεξίες σε τρεις τομείς της συμπεριφοράς:

- Στις κοινωνικές επαφές
- Στη γλώσσα, στην επικοινωνία και το παιχνίδι με τη χρήση φαντασίας
- Στο εύρος των ενδιαφερόντων και των δραστηριοτήτων (Santangelo & Tsatsanis, 2005).

##### **1.1.1 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

Η συμπτωματολογία του αυτισμού μπορεί σε γενικές γραμμές να διακριθεί σε ελλείψεις και πλεονασμούς της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης. Όπως:

- **Προφορικός λόγος**

Αρχικά, κάποια αυτιστικά παιδιά δείχνουν σαν να είναι κωφά, δεν απαντούν όταν τα καλούν με το όνομά τους και δεν εκτελούν απλές εντολές και οδηγίες. Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό έχουν μειωμένη κατανόηση της γλώσσας και μερικά έχουν λεκτική και ακουστική αγνωσία ή κώφωση λέξεων. Ο προφορικός τους λόγος παρουσιάζει υστέρηση και μεγάλος αριθμός παιδιών δε μαθαίνει ποτέ να μιλά. Τα αυτιστικά παιδιά που αναπτύσσουν τελικά γλωσσικές ικανότητες παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στην ποσότητα και την ποιότητα της επικοινωνίας τους. Έχουν περιορισμένο αυθόρμητο λόγο. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν μηχανικές γλωσσικές ικανότητες, π.χ. μέτρημα, παπαγαλιστική επανάληψη διαφημίσεων, δρομολογίων, διαλόγων που έχουν ακούσει, χωρίς να καταλαβαίνουν το νόημα. Αρκετά συχνά υπάρχει ηχολαλία, δηλαδή επανάληψη μιας λέξης ή φράσης που μόλις άκουσαν. Τα παιδιά με αυτισμό που αναπτύσσουν κανονική ομιλία παρουσιάζουν ανωμαλίες στην προσωδία, τη μελωδία και την τόνο της ομιλίας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο τρόπος μετάδοσης του μηνύματος, το νόημά του και η επικοινωνία γενικά. Ο λόγος τους είναι συχνά τραγουδιστός ή μονότονος και δυσκολεύονται στον έλεγχο της

έντασης της φωνής τους. Ο κοινωνικός λόγος των παιδιών αυτών είναι ελλιπής και συνήθως δυσκολεύονται να επιλέξουν και να διατηρήσουν ένα θέμα συζήτησης (Rapin, Mattijs & Rowan, 1977. Rutter, 1978. Kurita, 1985).

- **Επικοινωνία**

Τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται να δώσουν και να πάρουν τη σεορά τους σε μια συζήτηση και να έχουν βλεμματική επαφή με το συνομιλητή τους. Δεν μπορούν να ερμηνεύσουν σωστά τη γλώσσα του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου και τον τόνο της φωνής των άλλων (τα μη λεκτικά δηλαδή σήματα της επικοινωνίας). Τα παιδιά με αυτισμό δε δείχνουν με το δάχτυλο αυτό που θέλουν αλλά παίρνουν το χέρι του άλλου και το κατευθύνουν εκεί που θέλουν (Rapin, 1991).

- **Προσοχή**

Τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται να εστιάσουν κάπου την προσοχή τους για αρκετό χρόνο καθώς διασπώνται εύκολα. Ακόμη, παρουσιάζουν δυσκολία στη μετατόπιση της προσοχής τους από ένα πράγμα ή σημείο σε κάποιο άλλο το οποίο τα οδηγεί σε διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς. Επίσης, το αυτιστικό παιδί έχει την τάση να εστιάζει την προσοχή του σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, π.χ. χρώμα, σχήμα, με αποτέλεσμα να το επεξεργάζεται έτσι αποσπασματικά και όχι ολικά και σφαιρικά. Αυτή η επιλεκτική προσοχή επιτείνει τη δυσκολία των παιδιών με αυτισμό να διακρίνουν και να αναγνωρίσουν αντικείμενα και να σύμβολα και να γενικεύσουν τις υπάρχουσες δεξιότητές τους με καινούρια ερεθίσματα και σε νέες συνθήκες (Γενά, 2002).

- **Νόηση**

Το προφίλ της νοητικής ανάπτυξης των παιδιών με αυτισμό είναι πολύ ανομοιογενές. Περίπου το 75% των παιδιών αυτών παρουσιάζει νοητική υστέρηση. Πολλά από τα παιδιά ακόμη κατακτούν τη συγκεκριμένη σκέψη αλλά όχι και την αφηρημένη και ακόμη και τα πλέον έξυπνα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να διαμορφώσουν έννοιες στη λογική, στην αφηρημένη σκέψη ακόμη και στη γνώση του εαυτού. Οι μη λεκτικές ικανότητες των παιδιών με αυτισμό είναι συνήθως καλύτερες από τις λεκτικές τους ικανότητες και μπορούν να μάθουν καλύτερα από το οπτικό αισθητηριακό κανάλι. Έχουν εξαιρετική μνήμη όσον αφορά λεπτομέρειες και μια τάση υπεργενίκευσης των διαφόρων κανόνων. Τα αυτιστικά παιδιά δυσκολεύονται να επεξεργαστούν πληροφορίες που έχουν σχέση με τη συνένωση και τη γενίκευση εννοιών καθώς και την ανάπτυξη αφηρημένης σκέψης (Rapin, 1991. Βάρβογλη,2005).

- **Παιχνίδι**

Τα αυτιστικά παιδιά συνηθίζουν να δείχνουν ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών τα οποία μάλιστα χρησιμοποιούν με αρκετά ιδιόρρυθμο τρόπο. Απέχουν από το δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με τους συνομηλίκους τους και στην αρχή της παιδικής ηλικίας τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα στο συμβολικό και το φανταστικό παιχνίδι. Εξαιτίας αυτού του ελλείμματος, αργότερα στην ενήλικη ζωή, δυσκολεύονται στην ανάπτυξη γενικών εννοιών, όπως δικαιοσύνη, ομορφιά, ελευθερία (Kinsbourne, 1991).

- **Κοινωνικές και συναισθηματικές εκδηλώσεις**

Κατά τη βρεφική ηλικία τα παιδιά με αυτισμό είναι είτε πολύ παθητικά και απαιτούν ελάχιστη προσοχή είτε αντίθετα είναι σε κατάσταση διαρκούς εκνευρισμού, παρουσιάζουν δυσκολίες σε ύπνο και φαγητό και δυσανασχετούν όταν τα κρατούν αγκαλιά. Καθώς μεγαλώνουν τα παιδιά αυτά είναι απόμακρα και δείχνουν να αδιαφορούν για την παρουσία και τα συναισθήματα των άλλων γύρω τους. Κάποια αυτιστικά παιδιά μπορεί να προσκολληθούν υπερβολικά στον ένα γονιό και ορισμένα να είναι υπερβολικά, ακόμη και ακατάλληλα, χαδιάρικα με αγνώστους. Τα παιδιά με αυτισμό δε γνωρίζουν πώς να δημιουργούν φιλίες ή να κάνουν άλλα παιδιά να παίξουν μαζί τους. Παρουσιάζουν δυσκαμψία και δυσκολεύονται να μάθουν κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές (π.χ. χαιρετάμε όταν βλέπουμε κάποιον γνωστό). Μαθαίνουν με μηχανικό τρόπο κάποιες βασικές κοινωνικές δεξιότητες αλλά δεν τις αυτοματοποιούν εύκολα και δεν τις χρησιμοποιούν με άνεση (Dawson & Lew, 1989. Bauman, 1999).

- **Κίνηση**

Παλαιότερα πίστευαν πως τα παιδιά με αυτισμό έχουν φυσιολογικές κινητικές ικανότητες. Έπειτα από πιο προσεκτικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι πολλά παιδιά έχουν μια γενική υποτονία και υπερ-ευκινησία κάποιων συνδέσμων (π.χ. δάχτυλα). Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά αναπτύσσουν την αδρή κινητική τους ικανότητα στη σωστή ηλικία αλλά πολλά καθυστερούν να περπατήσουν. Η στάση του σώματός τους δεν είναι καλή και το βάδισμά τους ίσως να μην είναι αρμονικό. Ακόμη, συχνά παρουσιάζουν φτωχό αμφίπλευρο κινητικό συγχρονισμό για ικανότητες όπως είναι το κουτσό ή το κόψιμο με ψαλίδι. Κάποια παιδιά με αυτισμό περπατούν στις μύτες των παιδιών τους χωρίς να είναι σίγουρο αν αφορά κινητική ανωμαλία ή ευαισθησία στις πατούσες. Η λεπτή κινητική ικανότητα σε δραστηριότητες όπως π.χ. το κούμπωμα κουμπιών, το δέσιμο των κορδονιών, παρουσιάζει πολύ μεγάλες δυσκολίες. Επιπλέον, δυσκολεύονται στη μίμηση διαφόρων κινήσεων και στην αυτόματη εκτέλεση διαφόρων κινητικών έργων όταν τους ζητηθεί, το οποίο υποδηλώνει την ύπαρξη κινητικής δυσπραξίας. Επίσης, γίνονται αδέξιες στοματικές κινήσεις οι οποίες σχετίζονται με τη σιελόρροια, τη δυσκολία στην άρθρωση και τη μάσηση (Βάρβογλη, 2005).

- **Αισθητηριακή επεξεργασία**

Πολλά παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται στην πρόσληψη και οργάνωση των αισθητηριακών πληροφοριών. Μερικά από αυτά επεξεργάζονται με ιδιόρρυθμο τρόπο διάφορα οπτικά ερεθίσματα (π.χ. απλανές βλέμμα) και κάποια δείχνουν αδιαφορία ή αντίθετα υπερβολική ευαισθησία σε ακουστικά ερεθίσματα (π.χ. δεν αντιδρά σε έναν δυνατό κρότο αλλά κλείνει τα αυτιά του στο άκουσμα της ηλεκτρικής σκούπας). Άλλα αυτιστικά παιδιά είναι υπερβολικά ευαίσθητα στην απαλή αφή π.χ. ετικέτες ρούχων, ραφές σε κάλτσες, κόψιμο μαλλιών και νυχιών, ενώ τα ρούχα τους μπορεί να τα ενοχλούν και να τους φαίνεται ότι τους φέρνουν φαγούρα. Αντίθετα, αυτά τα παιδιά μπορεί να μην αισθάνονται πόνο και να μην κλαίει όταν χτυπούν πολύ. Ορισμένα άλλα παιδιά βρίσκουν παρηγοριά στην αίσθηση της πίεσης και κάποια άλλα μπορεί να παρουσιάζουν υπερευαισθησία σε κάποιες κοινές οσμές ή γεύσεις και να τις βρίσκουν απεχθείς (Γενά, 2002).

Οι πλεονασμοί στη συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό σχετίζονται κυρίως με δυσπροσάρμοστες και στερεοτυπικές αντιδράσεις οι οποίες αφορούν σε:

- **Διασπαστική συμπεριφορά**

Αυτή η διασπαστική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλώνεται με τη μορφή κρίσεων θυμού, με έντονη ανυπακοή, με σφοδρή επιθετικότητα ακόμη και με αυτοτραυματισμούς (Γενά, 2002).

- **Στερεοτυπικές αντιδράσεις**

Οι αντιδράσεις στερεοτυπίας μπορεί να σημειώνονται σε οπτικά ερεθίσματα (π.χ. οπτική παρακολούθηση αντικειμένων με μισόκλειστά μάτια, παρακολούθηση αντικειμένων κρατώντας και στρίβοντάς τα σαν τη σβούρα, στην ομιλία με ασυνάρτητους ήχους ή επαναλαμβανόμενες φράσεις), στην οσμή (π.χ. μυρίζοντας επίμονα αντικείμενα και ανθρώπους), στη γεύση με το να κρατά τροφές στο στόμα για πολλή ώρα, στην αφή (π.χ. τρίβοντας τα δάχτυλα μεταξύ τους), στην κίνηση (π.χ. κουνώντας τα χέρια ή τα πόδια για πολλή ώρα, σφίγγοντας τους μύες) και με τελετουργίες (π.χ. τοποθετεί αντικείμενα σε μια ευθεία γραμμή). Οι επαναλαμβανόμενες ξαι στερεοτυπικές κινήσεις συναντώνται στο 1/3 των αυτιστικών παιδιών. Αν και ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από μια τέτοια «αυτοερεθιστική» συμπεριφορά, η αιτιολογία και η λειτουργική σημασία αυτής της συμπεριφοράς δεν είναι γνωστές και ξεκάθαρες (Γενά, 2002. Βάρβογλη, 2005).

- **Ιδιαίτερες ικανότητες**

Πολλά παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν μια εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης και παραγαλίας, υψηλή αριθμητική ικανότητα, υπερλεξία και μεγάλη επιδεξιότητα σε παζλ και παιχνίδια με περίπλοκους μηχανισμούς (Γενά, 2002).

### 1.1.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η διάγνωση της διαταραχής του αυτισμού γίνεται μέχρι και σήμερα με βάση τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού και όχι με ιατρικές εξετάσεις. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια της αυτιστικής διαταραχής κατατάσσονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: της κοινωνικής συμπεριφοράς, της επικοινωνίας και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Για τη διάγνωση της Αυτιστικής Διαταραχής θα πρέπει να υπάρχουν έξι ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία, εκ των οποίων δύο τουλάχιστον να αφορούν σε Διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά, ένα τουλάχιστον σε Διαταραγμένη επικοινωνία και ένα τουλάχιστον σε Περιορισμένα ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή στερεότυπη συμπεριφορά.

#### A) Διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά

Έκπτωση στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου η οποία εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. έκπτωση στη μη λεκτική συμπεριφορά, όπως στη βλεμματική επαφή, τις εκφράσεις του προσώπου, τις στάσεις του σώματος και τις χειρονομίες οι οποίες ρυθμίζουν κοινωνικές συναλλαγές
2. αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους, όπως είναι αναμενόμενη στην ηλικία τους
3. μη αναζήτηση απολαύσεων και ενδιαφερόντων με άλλα άτομα ούτε κοινοποίησης επιτευγμάτων (π.χ. αποφεύγουν να επιδείξουν σε άλλους πράγματα που τους ενδιαφέρουν)
4. έλλειμμα συναισθηματικής και κοινωνικής αμοιβαιότητας

#### B) Διαταραγμένη επικοινωνία

Ποιοτική έκπτωση στην επικοινωνία η οποία εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία (χωρίς συνοδό προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας)
2. έκπτωση στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλίας με άλλα άτομα (σε άτομα με επαρκή ομιλία)
3. χρήση στερεότυπου, επαναλαμβανόμενου και ιδιόμορφου λόγου
4. απουσία αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού που περιλαμβάνει παίξιμο ρόλων, ανάλογα πάντα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού

#### Γ) Περιορισμένα ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή Στερεοτυπική Συμπεριφορά



Τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

1.ενασχόληση με περιορισμένα σε αριθμό στερεοτυπικά πρότυπα τα οποία περιορίζουν τα ενδιαφέροντα και θεωρούνται μη φυσιολογικά όσον αφορά την ένταση ή την εστίαση

2.άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες και μη λειτουργικές συνήθειες

3.στερεότυπες και επαναληπτικές κινήσεις

4.επίμονη ασχολία με τμήματα αντικειμένων (DSM-IV, 1996).

### **1.1.1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Σύμφωνα με το DSM-IV (1996), η αυτιστική διαταραχή συναντάται με συχνότητα 2 έως 5 περιπτώσεων για κάθε 10.000 άτομα και είναι 3 με 5 φορές συχνότερη στα αγόρια από ότι είναι στα κορίτσια. Αντίθετα με τις πρώτες αντιλήψεις ότι η διαταραχή εντοπιζόταν κυρίως σε οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αυτή, όπως καταδεικνύουν τα ευρήματα σχετικών δημογραφικών ερευνών για τον αυτισμό, είναι ανεξάρτητη από το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και τα παιδιά με αυτισμό κατανέμονται εξίσου στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Επίσης, η συχνότητα της αυτιστικής διαταραχής δεν εξαρτάται από φυλετικές καταβολές.

Πρόσφατες δημογραφικές έρευνες καταδεικνύουν αυξημένα ποσοστά παιδιών με αυτισμό σε κάποιες περιοχές χωρίς όμως να γνωστοποιούνται και τα αίτια αυτής της κατανομής. Κάποιοι από τους επιστήμονες συσχετίζουν το μεγάλο αριθμό αυτιστικών παιδιών σε συγκεκριμένες περιοχές με τη μόλυνση και τη συσσώρευση τοξικών στοιχείων στο περιβάλλον των συγκεκριμένων περιοχών, χωρίς όμως επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση αυτής της άποψης. Ακόμη, μια αρκετά ενδιαφέρουσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στις ΗΠΑ κατέγραψε ότι στον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία ο αριθμός των παιδιών που διαγιγνώσκονται με αυτιστική διαταραχή αυξάνεται από το 1987 με συχνότητα 26% ανά έτος. Παραμένει όμως άγνωστο εάν αυτή η αύξηση έχει να κάνει με την αύξηση των παιδιών με αυτισμό ή με τη βελτίωση των διαγνωστικών εργαλείων η οποία έχει ως αποτέλεσμα που έγκυρες διαγνώσεις. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη και ικανοποιητική ερμηνεία σχετικά με τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά εμφάνιση της αυτιστικής διαταραχής (Rimland, 1999).

### **1.1.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER**

Η διάκριση του συνδρόμου Asperger από άλλες νόσους έγινε το 1944 από τον Βιεννέζο ψυχίατρο Hans Asperger. Η διάγνωση του συνδρόμου χρησιμοποιείται για τις πιο ελαφρές και υψηλότερα λειτουργικές περιπτώσεις που εμπίπτουν στην κατηγορία Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Το σύνδρομο Asperger αφορά

μια εξελικτική διαταραχή με νευρολογική βάση και άγνωστη ακόμη συγκεκριμένη αιτία. Στο σύνδρομο Asperger επηρεάζονται τρεις βασικοί τομείς της εξέλιξης:

A) η ικανότητα σύναψης κοινωνικών σχέσεων και οι κοινωνικές ικανότητες

B) η χρήση της γλώσσας για επικοινωνιακούς σκοπούς

Γ) ορισμένα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά τα οποία περιλαμβάνουν στοιχεία επανάληψης ή εμμονής και έναν πολύ περιορισμένο κύκλο ενδιαφερόντων. Η παρουσία αυτών των τριών κατηγοριών δυσλειτουργίας, κυμαινόμενη από ελαφριά έως βαριά, είναι καθοριστική για την κλινική διάγνωση της ΔΑΦ, από το σύνδρομο Asperger μέχρι τον κλασικό αυτισμό. Αυτή η ιδέα του συνεχούς των Διαταραχών Αυτιστικού Φασματος είναι εξαιρετικά βοηθητική όσον αφορά την κατανόηση των κλινικών ομοιοτήτων ανάμεσα στις δαιταραχές αυτές. Παραμένει όμως απροσδιόριστο και αβέβαιο αν το σύνδρομο Asperger αφορά μια ελαφριά μορφή αυτισμού ή αποτελεί μια ξεχωριστή αυθύπαρκτη διαταραχή (Βαρβογλη, 2005).

#### **1.1.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Παρά το γεγονός ότι το σύνδρομο Asperger παρουσιάζει αρκετά κοινά συμπτώματα με την Αυτιστική Διαταραχή, εμφανίζει και αποκλειστικές ιδιοτυπίες στον γλωσσικό και κοινωνικό τομέα οι οποίες είναι αξιοσημείωτες.

Όσον αφορά την ανάπτυξη του λόγου, τα παιδιά με σύνδρομο Asperger δεν εμφανίζουν σημαντική καθυστέρηση στο λόγο μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Γενικά, έχουν την τάση είτε να φλυαρούν είτε να απιφεύγουν τη συνομιλία. Χρησιμοποιούν ιδιότυπο και επαναληπτικό λόγο και συζητούν με τρόπο που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί στείρος, επιτηδευμένος και αδέξιος. Παρουσιάζουν στερεοτυπίες στο λόγο τους καθώς και ιδιόρρυθμη προσωδία. Εστιάζουν συνήθως εμμονικά σε περιορισμένα θέματα συζήτησης και χάνουν πού στο λεκτικό κομμάτι της επικοινωνίας (Gillberg, 1989a. World Health Organization, 1992).

Σε γενικές γραμμές τα παιδιά με σύνδρομο Asperger δείχνουν ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και για τη συζήτηση. Συχνά όμως αποφεύγουν τις κοινωνικές συναλλαγές με συνομήλικα ή μικρότερα παιδιά. Δε χρησιμοποιούν κοινωνικού τύπου χειρονομίες, όπως τη χειραγία, και δυσκολεύονται αρκετά να δημιουργήσουν βαθύτερες κοινωνικές σχέσεις. Συχνά αναζητούν την κοινωνική συναλλαγή με ωφελμιστική μόνο σκοπιμότητα. Γενικά, η κοινωνική τους συμπεριφορά μπορεί να χαρακτηριστεί αδέξια και περιορισμένη, δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους, αδυνατούν να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν στα συναισθήματα των άλλων και έχουν περιορισμένη βλεμματική επαφή (Gillberg, 1989a. World Health Organization, 1992).

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger δεν παρουσιάζουν νοητική υστέρηση ούτε μαθησιακές δυσκολίες και αναπτύσσουν φυσιολογικά τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης (Gillberg, 1989a. World Health Organization, 1992).

Όσον αφορά τις κινητικές τους δεξιότητες τα παιδιά με σύνδρομο Asperger συνήθως παρουσιάζουν μια γενική δυσκαμψία, εμφανίζουν γραφοκινητικές δυσκολίες και υπολείπονται επιδεξιότητας στα χέρια και στα δάχτυλα. Η αδεξιότητά τους αφορά και την αδρή και τη λεπτή κινητικότητα (Gillberg, 1989a. World Health Organization, 1992).

Γενικά, αντιδρούν αρνητικά στις απροειδιστοποίητες περιβαλλοντικές αλλαγές., εκδηλώνουν αυξημένο άγχος και τα ενδιαφέροντά τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένα. Παρουσιάζουν όμως κάποιες εξαιρετικά ιδιαίτερες ικανότητες. Εμφανίζουν άριστη ικανότητα απομνημόνευσης και παπαγαλίας και διαθέτουν υψηλή μαθηματική ικανότητα. Συχνά παρουσιάζουν υπρλεξία, έχουν έφεση στη χρήση περίπλοκων μηχανισμών και επιδεικνύουν ιδιαίτερη επιδεξιότητα σε παζλ και περίπλοκες κατασκευές Gillberg, 1989a. World Health Organization, 1992).

### **1.1.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV (1996), τα διαγνωστικά συμπτώματα του συνδρόμου Asperger κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη σχετίζεται με τη σοβαρή και επίμονη έκπτωση των κοινωνικών λειτουργιών και η δεύτερη με την ανάπτυξη ιδιόρρυθμων ενδιαφερόντων και τρόπων κοινωνικής συναλλαγής. Επιπλέον, υπογραμμίζονται τέσσερις απαραίτητες συνθήκες για τη διάγνωση του συνδρόμου.

Α)σημαντική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, που εκδηλώνεται με δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

1. έκπτωση πολλών μη λεκτικών αντιδράσεων, όπως βλεμματική επαφή, εκφράσεις του προσώπου, στάσεις του σώματος και χειρονομίες σχετικές με την κοινωνική συναλλαγή
- 2.δυσκολία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλίκους, όπως αναμένονται στην ηλικία του
- 3.έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης διαμοιρασμού με άλλα άτομα απολάυσεων και ενδιαφερόντων
- 4.έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας

Β)περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεοτυπικοί τρόποι συμπεριφοράς, μειωμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, που εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- 1.περιορισμένη ενασχόληση με στερεότυπα πρότυπα, τα οποία δεν είναι φυσιολογικά σε ένατη ή σε εστίαση
- 2.άκαμπτη εμμονή σε ιδιότυπες και μη λειτουργικές συνήθειες
- 3.στερεότυπες και επαναληπτικές κινήσεις

#### 4.επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων

Γ)εξαιτίας της διαταραχής προκύπτει σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό και άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Δ)δεν υφίσταται σημαντική καθυστέρηση στη γλώσσα (π.χ χρήση μεμονομένων λέξεων στην ηλικία των 2 ετών, χρήση επικοινωνιακών φράσεων στην ηλικία των 3 ετών)

Ε)δεν υφίσταται σημαντική καθυστέρηση στον τομέα της γνωστικής ανάπτυξης, της αυτοεξυπηρέτησης, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς (εκτός αυτής της κοινωνικής συναλλαγής), και της περιέργειας για εξερεύνηση του περιβάλλοντος (DSM-IV, 1996).

### 1.1.2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο ακριβής επιπολασμός του συνδρόμου Asperger δεν είναι ακόμη γνωστός. Με βάση πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες, η συχνότητα του συνδρόμου εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 10 μέχρι 26 περιστατικά, τουλάχιστον, ανά 10.000 άτομα. Το σύνδρομο Asperger εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε αγόρια, περίπου 3 έως 10 φορές συχνότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (Gillberg & Gillberg, 1989).

### 1.1.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT

Το σύνδρομο Rett περιγράφηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα το 1966 από τον Rett, έπειτα από αξιολόγηση 22 ασθενών με κοινά συμπτώματα. Κατά τα πρώτα στάδια του συνδρόμου είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την Αυτιστικά Διαταραχή, στην πορεία όμως εμφανίζονται πλήρως τα χαρακτηριστικά και υπάρχουν καταφανή κριτήρια διαφοροποίησης. Το σύνδρομο Rett εντάχθηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Gillberg, 1989b).

#### 1.1.3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Rett αφορούν αρχικά σε φυσιολογική προγεννητική, περιγεννητική και ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά τους πρώτους 6 μήνες και μετά τη γέννηση. Όμως, από την ηλικία των 5 μηνών παρατηρείται επιβράδυνση στην αύξηση της κεφαλής, απώλεια των κερτημένων λειτουργικών χειρωνακτικών δεξιοτήτων, δυσλειτουργίες στο λόγο, στην επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση και σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση. Επιπλέον εμφανίζονται στερεότυπες κινήσεις με τα χέρια, εμφανίζεται δυσκαμψία στο βάδισμα και ασυντόνιστες κινήσεις του σώματος. Η διάγνωση συνήθως μένει ανεπιβεβαίωτη πριν την ηλικία των 2 ετών έως και την ηλικία των 5 ετών (Gillberg, 1989b).

Το σύνδρομο Rett συνήθως συνοδεύεται από βαριά ή βαθο-νοητική υστέρηση. Στο 75-80% των περιπτώσεων τονικοκλονικοί ή επιληπτικοί σπασμοί αποτελούν συνοδά συμπτώματα τα οποία υποχωρούν μετά την ενηλικίωση του ατόμου, συχνά μάλιστα χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Ως εκφυλιστική νευρολογική διαταραχή παρουσιάζει

ανομοιογενή κλινική εικόνα. Παρουσιάζει αρκετές διακυμάνσεις ανάλογα με την ηλικία του πάσχοντα και το στάδιο εξέλιξης του συνδρόμου (Hagberg, 1989).

### **1.1.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV, η διάγνωση του συνδρόμου Rett προϋποθέτει την ύπαρξη όλων των κριτηρίων και συμπτωμάτων που παρουσιάζονται παρακάτω:

A)

1. φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη
2. φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά τους πρώτους 5 μήνες μετά τη γέννηση
3. φυσιολογική περίμετρος της κεφαλής κατά τη γέννηση

B) έναρξη όλων των παρακάτω συμπτωμάτων μετά την περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης:

1. επιβράδυνση της αύξησης της περιμέτρου του κεφαλιού κατά την ηλικία των 5 έως 48 μηνών
2. απώλεια κερτημένων δεξιοτήτων των χεριών, κατά την ηλικία των 5 έως 30 μηνών, η οποία ακολουθείται από στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών
3. απόσυρση από την κοινωνική συναναστροφή στα πρώτα στάδια της εξέλιξης του συνδρόμου (αν και συχνά η κοινωνική συναλλαγή αναπτύσσεται αργότερα)
4. εμφάνιση ασυντόνιστης βάρδισης και κίνησης του χεριού
5. σημαντική έκπτωση στις ικανότητες εκφοράς και κατανόησης του λόγου, συνοδευόμενη από σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση (DSM-IV, 1996).

### **1.1.3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Αν και ο επιπολασμός του συνδρόμου Rett δεν έχει εκτιμηθεί ακόμη επακριβώς, είναι γνωστό ότι τα ποσοστά είναι κατά πολύ χαμηλότερα από ότι η Αυτιστική Διαταραχή. Η συχνότητα του συνδρόμου εκτιμάται σε 1 τουλάχιστον περιστατικό ανά 10.000 με 15.000 άτομα και πλήττει αποκλειστικά και μόνο κορίτσια. Ακόμη, η κατανομή του συνδρόμου δεν εξαρτάται από εθνότητα ή κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση (Kerr & Stephenson, 1985).

### **1.1.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Heller με βάση την κλινική αξιολόγηση 28 περιπτώσεων. Τα παιδιά που εξέτασε παρουσίασαν φυσιολογική εξέλιξη μέχρι την ηλικία των 3-4 ετών και στη συνέχεια εμφάνισαν συμπτώματα άνοιας. Την ονομασία «βρεφονηπιακή άνοια» που έδωσε ο Heller,

ακολούθησε ο όρος «σύδρομο Heller», ενώ το 1967 ο Rutter εισήγαγε τον όρο «αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας» (Rutter, 1967). Η διαφοροποίηση της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής από Αποδιοργανωτική Ψύχωση υπήρξε αμφιλεγόμενο διαγνωστικό ζήτημα για αρκετό καιρό, ώστε το 1996 η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή δεν είχε ταξινομηθεί στο DSM ξεχωριστά.

#### **1.1.4.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής αφορά στην εμφανή παλινδρόμηση του παιδιού συνήθως στην ηλικία μεταξύ 3 και 4 ετών και η σταδιακή απώλεια των μέχρι τότε φυσιολογικά αναπτυσσόμενων δεξιοτήτων. Συνήθως η διαταραχή συνοδεύεται από βαριά νοητική υστέρηση και διάφορα μη ειδικά νευρολογικά συμπτώματα, όπως επιληπτικούς σπασμούς και ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει συνοσηρότητα με παθήσεις όπως η μεταχρωματική λευκοδυστροφία ή η διαταραχή Schilder, που ενδέχεται να προκαλούν την παλινδρόμηση, ως επί το πλείστον όμως δεν υφίστανται συνοδές ιατρικές καταστάσεις (Γενά, 2002).

#### **1.1.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

A)φαινομενικά φυσιολογική ανάπτυξη για τα 2 τουλάχιστον πρώτα χρόνια της ηλικίας, διαπιστωμένη από την παρουσία ανάλογων με την ηλικία δεξιοτήτων:λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, παιχνιδιού και προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

B)κλινικά σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν αποκτηθεί στο παρελθόν (πριν από την ηλικία των 10 ετών) σε δύο τουλάχιστον από τους ακόλουθους τομείς:

- 1.εκφορά και κατανόηση του λόγου
- 2.κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά
- 3.έλεγχος του ορθού ή της κύστης
- 4.παιχνίδι
- 5.κινητικές δεξιότητες

Γ)ανωμαλίες στη λειτουργικότητα σε δύο τουλάχιστον από τους παρακάτω τομείς:

1.ποιοτική υποβάθμιση στις κοινωνικές συναλλαγές (π.χ έκπτωση σε μη λεκτικές αντιδράσεις, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλίκους, απουσία κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας)

2.ποιοτική υποβάθμιση της επικοινωνίας (π.χ καθυστέρηση ή πλήρης ανεπάρκεια στην ομιλούμενη γλώσσα, αδυναμία έναρξης ή διατήρησης συζητήσεων, στερεότυπη

και επαναληπτική χρήση του λόγου, μη συμμετοχή σε παιχνίδι που προϋποθέτει ανάληψη ρόλων)

3.περιορισμένοι, επαναληπτικοί και στερεότυποι τρόποι συμπεριφοράς, ομοίως περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτυπιών και μανιερισμών.

Δ)η διαταραχή δεν αποδίδεται σε άλλη ειδική διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ή σχιζοφρένεια (DSM-IV, 1996).

#### **1.1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Τα ακριβή ποσοστά επιπολασμού της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής δεν είναι γνωστά αλλά η διαταραχή είναι σπανιότερη από τον αυτισμό και σύμφωνα με υπολογισμούς δεν ξεπερνά το 6% των περιπτώσεων που διαγνώσκονται με αυτιστική διαταραχή. Είναι συχνότερη στα αγόρια και προκύπτει ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση (Volkmar & Cohen, 1989).

#### **1.1.5 ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ**

Η διάγνωση για τη Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, σύμφωνα με το εγχειρίδιο του DSM-IV, χρησιμοποιείται για περιπτώσεις στις οποίες εμφανίζεται σημαντική απώλεια στις αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές ή τις λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες, στερεότυπη συμπεριφορά, περιορισμένα και στερεότυπα ενδιαφέροντα και στερεότυπες μη λειτουργικές δραστηριότητες αλλά δεν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια από τις υπόλοιπες συγκεκριμένες Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, για σχιζοφρένεια, για σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας ή για αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, σε αυτήν εδώ την κατηγορία περιλαμβάνεται ο άτυπος αυτισμός, διαταραχή η οποία δεν πληροί τα κριτήρια για Αυτιστική Διαταραχή, λόγω του ότι πρωτοεμφανίζεται μετά την πρώιμη παιδική ηλικία ή παρουσιάζει άτυπη ή οριακή συμπτωματολογία ή όλα τα παραπάνω (DSM-IV, 1996).

### **1.2 ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

Ξεκινώντας από τη μελέτη της έννοιας της νοητικής υστέρησης θα δώσουμε έναν αρχικό ορισμό :

« Ο αποδεκτός από την κυβέρνηση όρος για τη νοητική λειτουργία είναι όταν αυτή εμφανίζεται πιο περιορισμένη και αναπτύσσεται ή έχει αναπτυχθεί με πιο βραδύ ρυθμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό»(Thomas & Pierson, 1996).

Σύμφωνα με την παράθεση, η νοητική υστέρηση είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει άτομα τα οποία λειτουργούν νοητικά σε επίπεδο σημαντικά πιο χαμηλό από το μέσο επίπεδο των πολιτών της κοινωνίας. Πολλές διαφορετικές μορφές ορολογίας έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν. Οι χαρακτηρισμοί και οι όροι έχουν αλλάξει πολλές φορές κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα και αυτές οι αλλαγές προέκυψαν από ποικίλες επιρροές. Στις εν λόγω αλλαγές περιλαμβάνονται και ιδεολογικές αντιλήψεις του χρόνου και μέσω της ανάπτυξης θεωρητικών εννοιών

αμφισβητούν και μελετούν τον τρόπο με τον οποίον σκεφτόμαστε και φροντίζουμε τα άτομα με νοητική υστέρηση.

Εκτιμούμε ότι η κατανόηση της εξέλιξης της ορολογίας θα παρέχει γνώσεις για τις μεταβαλλόμενες στάσεις της σημερινής κοινωνίας απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση. Για τον παραπάνω λόγο θα μελετήσουμε την εξέλιξη της ορολογίας τα τελευταία 100 χρόνια εξετάζοντας διεξοδικά την ιστορία. Δεν έχουμε πρόθεση να φτιάξουμε πλήρη ιστορικό οδηγό, αλλά να γίνει ανασκόπηση της ορολογίας και της ανάπτυξης της. Θα εστιάσουμε σε κάποιες ορολογίες που χρησιμοποιούνται και θα εξηγήσουμε πως αυτές αντικατοπτρίζονται σε διάφορες πράξεις της νομοθεσίας.

Στις αρχές του 1900, ο όρος *μικρόνους (febleminded)* χρησιμοποιήθηκε συχνά για την περιγραφή ατόμων με νοητική υστέρηση. Αυτό ενισχύθηκε το 1908, με την Αναφορά της Βασιλικής Επιτροπής για τη Φροντίδα και τον Έλεγχο των Μικρονόων (Report of the Royal Commission on Care and Control of the Feebleminded) (Royal Commission, 1908). Η εισαγωγή της Νομοθετικής Πράξης για τη Νοητική Ανεπάρκεια (Mental Deficiency Act) το 1913 χρησιμοποιούσε ορισμένους παρόμοιους όρους, όπως μικρόνους, επιπλέον όμως περιέγραφε τα άτομα ως *ιδιώτες, μωρούς και ηθικά μωρούς (idiots, imbeciles, moral imbeciles)*. Στη νομοθετική πράξη για τη Νοητική Ανεπάρκεια του 1927, ο όρος *ηθικά μωρός* μετατράπηκε σε *ηθικά ελλιπής (moral defective)*.

Στη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου, η αναφορά Beveridge (1942), Κοινωνική Ασφάλιση και Συναφείς Υπηρεσίες, προώθησε την αίσθηση της συλλογικής ευθύνης. Αυτό το γεγονός είχε περιορισμένο αντίκτυπο στα άτομα που ήταν «ηθικά ελλιπή». Εκείνη την εποχή η προώθηση του ιατρικού μοντέλου έλεγχου και φροντίδας ενίσχυε την κηδεμονική φύση πολλών ιδρυματικών νοσοκομείων. Η εν λόγω προσέγγιση συνεχίστηκε για κάποια χρόνια. Στην αναφορά της Βασιλικής Επιτροπής για τον Νόμο Σχετικά με την Ψυχική Ασθένεια και τη Νοητική Ανεπάρκεια χρησιμοποιείται μια από τις πιο ενδιαφέρουσες ορολογίες :

*Ο ιδιώτης, ο μωρός, ο μικρόνους είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φυλής. Η ύπαρξη τους μας θέτει μια άρρητη απαίτηση. Ο βαθμός στον οποίο προασπίζουμε το δικαίωμα τους για πλήρη και αξιόλογη ζωή, ο βαθμός στον οποίο εγγυόμαστε τη μέγιστη ελευθέρια που μπορούν να απολαύσουν και ο βαθμός στον οποίο βοηθάμε τις οικογένειες τους να δώσουν την αγάπη που χρειάζονται είναι ένα μέτρο του βαθμού στον οποίο είμαστε πολιτισμένοι (HMSO, 1957).* Αν και η ιδέα ήταν θετική, η χρησιμοποιούμενη ορολογία παραμένει, σύμφωνα με την παρούσα οπτική, αρνητική και μεροληπτική.

Κατά τη δεκαετία του 1950, στις ΗΠΑ εισήχθη ο όρος μη φυσιολογικός. Επακολούθησε η γνωστή περιγραφή της εποχής *καθυστερημένος*. Το 1946 ιδρύθηκε ο Σύλλογος Γονέων Καθυστερημένων Παιδιών (Assosiation of Backward Children) και καθώς αυτός ο σύλλογος εξελίχθηκε μετονομάστηκε σε Mencap.

Η Νομοθετική Πράξη για την Ψυχική Υγεία (Mental Health Act) του 1959 χρησιμοποίησε τους όρους *μη φυσιολογικός* και *σοβαρά μη φυσιολογικός*. Τη δεκαετία του 1970 εισήχθη ο όρος *νοητικά μειονεκτικός*. Ο όρος μειονεκτικός χρησιμοποιείτο για να περιγράψει άτομα που δεν μπορούσαν να φροντίσουν τον εαυτό τους και είχαν ανάγκη την υποστήριξη ή την φιλανθρωπία των άλλων. Το 1972 ιδρύθηκε το British Institute of Mental Subnormality, του οποίου η ονομασία πλέον έχει αλλάξει και είναι πλέον γνωστό ως Βρετανικό Ινστιτούτο Νοητικής Καθυστερήσης (British Institute of Learning Disabilities), συχνά αναφέρεται ως BILD.

Τη δεκαετία του 1980, ο όρος *άτομα με νοητική μειονεξία* καθιερώθηκε από τους κατέχοντες την εξουσία. Για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση ήταν πάνω από όλα άνθρωποι. Η εισαγωγή της προάσπισης και το κίνημα



People First, στα μέσα της δεκαετίας, έφερε τους ανθρώπους κοντά και συνέβαλε ώστε να ακουστεί η φωνή των ατόμων με νοητική υστέρηση. Εκείνη την εποχή τα άτομα με νοητική υστέρηση επιθυμούσαν ομόφωνα να αποκαλούνται *άτομα με μαθησιακές δυσκολίες*. Η χρήση του συγκεκριμένου όρου γίνεται ακόμα και σήμερα, ενώ γενικά εφαρμόζεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης. Ωστόσο, και αυτός ο όρος δέχεται κριτική κυρίως λόγω της ασάφειας του. Η μαθησιακή δυσκολία δεν σχετίζεται απαραίτητα με άτομα που λειτουργούν νοητικά σε επίπεδο σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο επίπεδο των ατόμων της κοινωνίας. Κατά αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε σύγκρουση μεταξύ των χαρακτηρισμών που αποδίδονταν στα άτομα και το πώς τα ίδια τα άτομα επιθυμούσαν να αποκαλούνται.

Το Υπουργείο Υγείας (1990) υιοθέτησε επίσημα τον όρο *άτομα με νοητική υστέρηση*. Ο όρος συνεχίζει ακόμα και σήμερα να είναι επικρατών, αν και αμφισβητείται από πολλά άτομα και ομάδες προάσπισης.

Ένας ορισμός που έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτός είναι ο ορισμός του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοητικής υστέρησης (American Association of Mental Retardation ) σύμφωνα με τον οποίο :

*Η νοητική υστέρηση αφορά σε σημαντικούς ορισμούς της παρούσας λειτουργικότητας. Χαρακτηρίζεται από σημαντική απόκλιση της νοητικής λειτουργίας από το μέσο όρο, η οποία συνυπάρχει με συναφείς περιορισμούς σε 2 ή περισσότερους από τους ακόλουθους τομείς προσαρμοστικών δεξιοτήτων : επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, αυτόνομη διαβίωση, κοινωνικές δεξιότητες, χρήση των δημόσιων υπηρεσιών, αυτονομία, υγεία και ασφάλεια, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, αναμνηχή και εργασία. Η νοητική υστέρηση εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 18 ετών(AAMR, 1992).*

Για την καλύτερη κατανόηση του ορισμού χρειάζεται να αναλυθούν οι εξής τέσσερις (4) σημαντικές υποθέσεις:

1. Η έγκυρη εκτίμηση λαμβάνει υπόψη την πολιτιστική και γλωσσική διαφοροποίηση, όπως επίσης διαφορές στους παράγοντες επικοινωνίας και συμπεριφοράς.
2. Η ύπαρξη περιορισμών στις δεξιότητες προσαρμογής εμφανίζονται μέσα στο περιβάλλον της κοινωνίας ή κοινότητας, όταν συγκρίνονται με συνομηλικούς και αποτελούν τις ατομικές ανάγκες για υποστήριξη.
3. Οι συγκεκριμένοι προσαρμοστικοί περιορισμοί συνήθως συνυπάρχουν με ικανότητες σε άλλες προσαρμοστικές δεξιότητες ή άλλες προσωπικές δυνατότητες.
4. Με την κατάλληλη υποστήριξη σε ένα επαρκή χρονικό διάστημα η λειτουργική ζωή του ατόμου με νοητική καθυστέρηση θα βελτιωθεί.

Ο ορισμός αυτός αναθεωρήθηκε το 1992 από τους Luckasson et al.. Στην αναθεώρηση αυτή έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στις δυνατότητες του ατόμου, στο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται και τέλος στο λειτουργικό επίπεδο, το οποίο επιτυγχάνεται μέσα σ' αυτά τα περιβάλλοντα. Δε δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο δείκτη νοημοσύνης και υποδιαίρεται σε ελαφρές και σοβαρές μειονεξίες κι όχι στις προηγούμενες πέντε (5) υποκατηγορίες. Αντ' αυτών δομήθηκαν επίπεδα υποστήριξης:

- ▶ Διαλειμματικό (όποτε χρειάζεται),
- ▶ Περιορισμένο (διαρκείας, αλλά χαμηλής έντασης με περιορισμένο αριθμό προσωπικού),
- ▶ Εκτεταμένο,
- ▶ Διάχυτο (για όλη του ζωή, όμως εμπλέκεται περισσότερο προσωπικό και υψηλής έντασης από το εκτεταμένο ή το περιορισμένο).

Θεωρείται, λοιπόν, η νοητική υστέρηση όχι σαν χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά σαν το προϊόν ανάμεσα στο άτομο και στη φύση, τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του ατόμου. Η νοητική υστέρηση θεωρείται ότι είναι μία προσωρινή κατάσταση κι όχι κάτι το μόνιμο. Δηλαδή, μπορεί να είναι η νοητική υστέρηση μία μεταβατική κατάσταση (Polloway, 1997).

Η αναθεώρηση αυτή του ορισμού της νοητικής υστέρησης μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη ένταξη και προσαρμογή των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία, αφού απομακρύνει τις δυσκολίες από το ίδιο το άτομο και τις μεταθέτει στο περιβάλλον και κυρίως στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά το συγκεκριμένο άτομο. Η αντιμετώπιση, όμως, αυτή εγείρει ουσιώδη ερωτήματα. Κανείς δεν αμφισβητεί ότι η νοητική υστέρηση οφείλει να είναι απλά ένα από τα χαρακτηριστικά του ατόμου κι όχι αυτό που θα προσδιορίζει όλη την ύπαρξή του, αλλά πως μπορεί να αποτελέσει μία μεταβατική κατάσταση. Και που μεταβαίνει το άτομο; Για ορισμένες περιπτώσεις νοητικής υστέρησης, όπως είναι αυτή από ψυχοκοινωνικά που είναι αναστρέψιμη με κατάλληλη εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης ή για ελαφρές περιπτώσεις τότε είναι δυνατόν η νοητική υστέρηση να αποτελέσει μία μεταβατική κατάσταση. Αλλά σε περιπτώσεις που η νοητική υστέρηση είναι βαρύτερης μορφής, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν συνοδά προβλήματα, ακόμα και με την καλύτερη υποστήριξη η νοητική υστέρηση δε μπορεί να είναι μία προσωρινή κατάσταση, αλλά μία μόνιμη η οποία όμως αντιμετωπίζεται με τον καλύτερο τρόπο και σεβόμενη πάντα τα δικαιώματα του ατόμου για πλήρη συμμετοχή κάθε ατόμου στη ζωή.

### 1.2.1 ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Τα αίτια της νοητικής υστέρησης μπορούν να διακριθούν σε 2 κατηγορίες, «γενετικά» και «περιβαλλοντικά», αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επικαλύπτονται (AAMR, 1992·Russel, 1985). Η νοητική υστέρηση προκαλείται από οποιαδήποτε συνθήκη δημιουργεί βλάβη στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, είτε πριν από τη γέννηση, είτε κατά τον τοκετό, είτε κατά την παιδική ηλικία. Υποστηρίζεται ότι έχουν ανακαλυφθεί εκατοντάδες διαφορετικές αιτίες. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός αιτιών παραμένει ακόμη άγνωστος για το 1/3 περίπου των ατόμων με νοητική υστέρηση (The Arc,2001).

#### 1.2.1.1 Προγεννητικά αίτια:

- 1 Κληρονομικοί παράγοντες,
- 2 Χρωμοσωμικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down, σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner)
  - Ασθένειες της εγκύου (λοιμώξεις, ερυθρά, ιλαρά, κοκ.)
  - Ανωμαλίες μεταβολισμού (PKU)
  - Ασυμβατότητα του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου
  - Ανοξία
  - Τραυματισμοί της εγκύου
  - Κακή διατροφή
  - Δηλητηριάσεις από μόλυβδο

#### 1.2.1.2 Περιγεννητικά αίτια:

- Ανοξία
- Τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου
- Πρόωρη γέννηση

### 1.2.1.3 Μεταγεννητικά αίτια:

- Μολυσματικές ασθένειες,
- Ατυχήματα,
- Υψηλός πυρετός,
- Μεταβολικές ανωμαλίες,
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ιδρυματο- ποίηση, στερημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον, συναισθηματική αποστέρηση).

Επειδή η πρόληψη είναι η καλύτερη «θεραπεία», οι προγεννητικοί έλεγχοι μπορούν να εντοπίσουν εγκαίρως τα περισσότερα προβλήματα, ενώ μπορούν να εντοπίσουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κάποιας επιπλοκής, πριν αυτή εμφανιστεί. Κάποιοι έλεγχοι πραγματοποιούνται σε όλες τις έγκυες γυναίκες. Ορισμένοι άλλοι, περισσότερο εξειδικευμένοι, πραγματοποιούνται μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες, όταν συντρέχουν ειδικοί παράγοντες κινδύνου. Όσον αφορά το έμβρυο, οι προγεννητικές εξετάσεις μπορούν να εμφανίσουν πολλές επιπλέον πληροφορίες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να βρεθεί και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως κάποια παθολογική κατάσταση. Παρακάτω παρουσιάζονται οι πιο συνηθισμένες εξετάσεις :

- ✓ Εξετάσεις αίματος
- ✓ Αρτηριακή πίεση
- ✓ Εξέταση ούρων
- ✓ Τέστ Παπ, (κολπική εξέταση)
- ✓ Ανίχνευση γλυκόζης.
- ✓ Στρεπτόκοκκος Β-Τύπος (GBS) (από Εξέταση ανίχνευσης στρεπτόκοκκου Β-Τύπου (GBS))
- ✓ Έλεγχος MSAFP - Α-φετοπρωτεΐνη (AFP) (από Έλεγχος α-φετοπρωτεΐνης (AFP) ή έλεγχος MSAFP)
- ✓ Εξέταση πολλαπλών δεικτών
- ✓ Δειγματοληψία χοριακής λάχνης (CVS)
- ✓ Αμνιοκέντηση
- ✓ Υπέρηχοι

### 1.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ

Η πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης. Δεδομένου ότι αφενός ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί ένα μόνο χαρακτηριστικό του ατόμου, αφετέρου από μόνος του δε βοηθάει το εκπαιδευτικό έργο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία του για τις ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Παρόλα αυτά αποτελεί έναν τρόπο για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης του ανομοιογενούς αυτού πληθυσμού.

- ▶ Ελαφρά νοητική υστέρηση Δ.Ν. 50-55 έως 70
- ▶ Μέτρια νοητική υστέρηση Δ.Ν. 35-40 έως 50-55
- ▶ Σοβαρή νοητική υστέρηση Δ.Ν. 20-25 έως 35-40
- ▶ Βαριά νοητική υστέρηση Δ.Ν. κάτω από 20-25
- ▶ Απροσδιόριστη νοητική υστέρηση όταν υπάρχει ισχυρή υπόθεση για ύπαρξη νοητικής υστέρησης, αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δε μπορεί να μετρηθεί με τα σταθμισμένα τεστ.

### 1.2.3 ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΗΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Οι δοκιμασίες εκτίμησης νοητικού υλικού είναι στην ουσία σταθμισμένα test, τα κυριότερα αυτών είναι τα παρακάτω :

WISC-III, WPPSI-III, WAIS-III (κλίμακες του Wechsler)

Leiter-R (Roid & )

Raven Progressive Matrices

Peabody Picture Vocabulary Test Stanford Binet

Σε αυτό το σημείο θα πούμε λίγα λόγια για το WISC-III :

- ηλικίες χορήγησης: 6-16 χρονών
  - στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό
  - 10 δοκιμασίες
  - 5 λεκτικές και 5 πρακτικές
  - 3 συμπληρωματικές
- 3 Δείκτες Νοημοσύνης
- α. Λεκτικός Δείκτης Νοημοσύνης
- β. Πρακτικός Δείκτης Νοημοσύνης
- γ. Γενικός Δείκτης Νοημοσύνης

### 1.2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

#### 1.2.4.1 Ελαφρά νοητική υστέρηση

Αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα ανάμεσα στα άτομα με νοητική υστέρηση (85%). Μία από τις κυριότερες αιτίες είναι η κοινωνικο- πολιτισμική αποστέρηση, εξαιτίας του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας. (Παρασκευόπουλος, 1988) Μόνο ένα μικρό ποσοστό της ομάδας αυτής (10% - 20%) έχει αναγνωρισθεί ότι έχει οργανικές παθολογίες. Η διάγνωσή της σπάνια γίνεται στην προσχολική ηλικία, αν και φαίνονται τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν ήδη κάποιες δυσκολίες. Η είσοδός τους στο δημοτικό σχολείο σηματοδοτεί και την αναγνώρισή τους. Το ύψος και το βάρος τους δεν παρουσιάζει διαφορές από των φυσιολογικών ατόμων. Εντούτοις εξαιτίας της ύπαρξης περισσότερων νευρολογικών προβλημάτων η φυσική και η κινητική τους κατάσταση είναι λίγο πιο χαμηλή.

Μπορεί να παρουσιάσουν βλάβες στην ακοή, στην όραση ή και στον συντονισμό των κινήσεών τους, οι περιπτώσεις, όμως, αυτές δεν είναι πολύ συχνές.

Είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ελαφρές διαταραχές του λόγου ή της ομιλίας. “Κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού” (Πολυχρονοπούλου, 1995, σελ.140).

Προσαρμόζονται κοινωνικά, έτσι που να μπορούν να είναι ανεξάρτητοι μέσα στην κοινωνία. Επιτυγχάνουν επαγγελματικές δεξιότητες, όμως μπορεί να χρειάζονται επίβλεψη και βοήθεια.

#### **1.2.4.2 Μέτρια νοητική υστέρηση**

Οφείλεται κυρίως σε βιολογικά αίτια, καθώς και σε ατυχήματα, τραυματισμούς ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, τη βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή, χαρακτηριστικά προσώπου) και η διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική υστέρηση.

Εξαιτίας βλαβών ή διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η κινητική τους ικανότητα είναι φτωχή και χαρακτηρίζεται από προβλήματα τόσο στην αδρή, όσο και στη λεπτή κινητικότητα. Παρουσιάζουν περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα στην ακοή, στην όραση, στο λόγο και στην ομιλία (προβλήματα άρθρωσης, φτωχό λεξιλόγιο, τηλεγραφικός λόγος, χαμηλό επίπεδο κατανόησης εννοιών, φτωχή ακουστική διάκριση, προβλήματα στη γραμματικο-συντακτική δομή κα.). Καταφέρνουν, παρόλα αυτά “να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων ή απλές αριθμητικές πράξεις.

Στον κοινωνικό τομέα μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, ν’ αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να τρώνε κλπ., να προστατεύουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους στο σπίτι, στο σχολείο κλπ., να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων, να συνεργάζονται.” (Πολυχρονοπούλου, 1995, 141). Επαγγελματικά μπορούν να προσφέρουν δουλειά κάτω από επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ανοικτή αγορά εργασίας.

#### **1.2.4.3 Σοβαρή νοητική υστέρηση**

Αποτελούν το 3% - 4% του πληθυσμού της νοητικής υστέρησης. Οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε βιολογικά αίτια, δεν αποκλείονται, όμως, ατυχήματα ή ασθένειες κατά την προγεννητική, την περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο.

Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά και συνήθως συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα, όπως εγκεφαλική παράλυση, απώλεια ακοής ή όρασης, συναισθηματικές διαταραχές. Η φυσική και η κινητική τους ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από σοβαρότατα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα.

Ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνοδεύεται από προβλήματα άρθρωσης. Μπορούν να ωφεληθούν μέχρι ενός περιορισμένου σημείου από τη διδασκαλία προ-ακαδημαϊκών αντικειμένων, όπως η οικειότητα με το αλφάβητο ή την απλή αρίθμηση. Τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα στοχεύουν “στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.” (Πολυχρονοπούλου, 1995, σελ.141). Πολλές φορές έχουν ανάγκη από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

#### **1.2.4.4 Βαριά νοητική υστέρηση**

Είναι το 1% - 2% των ατόμων με νοητική υστέρηση. Οι περισσότεροι έχουν ένα διαγνωσμένο νευρολογικό πρόβλημα, που είναι υπεύθυνο για τη νοητική υστέρηση. Η κινητική ανάπτυξη, η προσωπική φροντίδα και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες μπορούν να βελτιωθούν, αν τους δοθεί η απαραίτητη εκπαίδευση. Τα εκπαιδευτικά τους, λοιπόν, προγράμματα, όπως και στη σοβαρή νοητική υστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.

#### **1.2.4.5 Απροσδιόριστη νοητική υστέρηση.**

Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης ως απροσδιόριστη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται, όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής υστέρησης, αλλά το άτομο δε μπορεί να εξεταστεί επιτυχώς από τα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, που είναι

ιδιαίτερα ανίκανοι ή μη συνεργάσιμοι, ώστε να εξεταστούν ή σε βρέφη, που υπάρχει κλινική κρίση σημαντικά χαμηλής νοητικής λειτουργίας, αλλά τα διαθέσιμα τεστ (π.χ. η κλίμακα Bayley για τη βρεφική ανάπτυξη, η κλίμακα Cattell για τη βρεφική νοημοσύνη κ.α.) δεν αποφέρουν μέτρηση της νοημοσύνης. Γενικά, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να εκτιμηθεί η ύπαρξη νοητικής υστέρησης, εκτός από τις περιπτώσεις με βαριές αναπηρίες (DSM-IV).

## **1.2.5 ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Τα άτομα με νοητική υστέρηση εξαιτίας της δυσλειτουργίας που διατρέχει το γνωστικό τους σύστημα αντιμετωπίζουν πολλές γνωστικές δυσκολίες, από τις οποίες κάποιες αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με την εκπαίδευση, άλλες παραμένουν κυρίαρχες στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η σκέψη τους και τη χαρακτηρίζουν:

### **1.2.5.1 Προσοχή**

Τα άτομα με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν ελλείψεις στην προσοχή των κατάλληλων διαστάσεων (χρώμα, σχήμα, μέγεθος, θέση, βάρος) ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος ή αντικειμένου (Westling, 1986). Αντίθετα από τα άτομα χωρίς νοητική υστέρηση, δυσκολεύονται να προσέξουν τις σωστές διαστάσεις των αντικειμένων, που θα τους προσφέρουν τα απαραίτητα στοιχεία για μία επιτυχή διάκριση ανάμεσά τους. Όσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης νοημοσύνης και η νοητική ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να μάθει να εκτελεί συμπεριφορά διάκρισης. Και όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των διαστάσεων, που πρέπει να προσέξει, τόσο πιο πολύ θα διαρκέσει η μάθηση αυτής της συμπεριφοράς.

### **1.2.5.2 Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών**

Τα άτομα με νοητική υστέρηση χρειάζονται περισσότερο χρόνο για την αποκωδικοποίηση γνωστών πραγμάτων (Hunt, 1977) σε σχέση με τα μη νοητικά καθυστερημένα άτομα. Επιπλέον, ο χρόνος αντίδρασης αυξάνεται τόσο πιο πολύ, όσο αυξάνονται και τα ερεθίσματα που απαιτούν κωδικοποίηση.

### **1.2.5.3 Οργάνωση των πληροφοριών και χρήση της λογικής**

Τα άτομα με νοητική υστέρηση δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να οργανώσουν τις εισερχόμενες πληροφορίες στον εγκέφαλο τόσο καλά, όσο και τα μη καθυστερημένα άτομα. Βέβαια, μπορούν να μάθουν στρατηγικές οργάνωσης των πληροφοριών, αλλά και πάλι συναντούν δυσκολίες στη μεταβίβαση των στρατηγικών, που μαθαίνουν, σε νέες καταστάσεις κάνοντας δύσκολη τη γενίκευση στην επίλυση των προβλημάτων. Το ίδιο ισχύει και για τη χρήση της λογικής, αφού τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν κάνουν χρήση της λογικής στην προσπάθειά τους να επιλύσουν προβλήματα (Westling, 1986).

### **1.2.5.4 Μνήμη - Εύρος μνήμης**

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν μειονεξίες σε διάφορες περιοχές της μνήμης. Κυριότερα, όμως, παρουσιάζονται ελλείψεις στη βραχυπρόθεσμη μνήμη και στη μετάβαση από τη βραχυπρόθεσμη στην

πρωτογενή μνήμη. Μπορεί να έχουν τη δομική ακεραιότητα, που είναι απαραίτητη για τη βραχυπρόθεσμη μνήμη (υπό την έννοια της χωρητικότητας και της διάρκειας της εικόνας), αλλά μειονεκτούν στην ανάπτυξη των διαδικαστικών δεξιοτήτων προσοχής - αντίληψης, που αναμειγνύονται στην εξαγωγή πληροφοριών από το ερέθισμα (Pennington, 1975). Οι Borkowski, Peck & Damberg (1986) αναφέρουν ότι αυτές οι μειονεξίες στις διαδικασίες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων είναι πιο πιθανόν να σχετίζονται με τη νοητική ηλικία, παρά με το δείκτη νοημοσύνης. Τα άτομα χωρίς νοητική υστέρηση χρησιμοποιούν στρατηγικές διαμεσολάβησης ή επεξεργασίας προκειμένου να ενισχύσουν την αποθήκευση και την ανάκληση πληροφοριών από τον εγκέφαλο. Τα άτομα με νοητική υστέρηση φαίνεται ότι δεν τα καταφέρνουν στη χρήση τέτοιων στρατηγικών, παρόλο που μπορούν να τις διδαχθούν. Το πρόβλημα, επομένως, δεν είναι τόσο στην ικανότητα της χρήσης μιας στρατηγικής, αλλά στην επιλογή της σωστής στρατηγικής (Westling, 1986). Τα άτομα με νοητική υστέρηση (κυρίως με ελαφρά νοητική υστέρηση) αποτυγχάνουν στις μνημονικές δεξιότητες σε όλες τις θεμελιώδεις μορφές ή αποτυγχάνουν να θυμηθούν, γιατί δεν ενεργούν κατάλληλα στην πληροφορία; Π.χ. συχνά εμφανίζονται να προσεγγίζουν τις μαθησιακές δεξιότητες παθητικά και δε φαίνονται να ενεργοποιούν κάποια στρατηγική. Η διαδικασία της εννοιολογικής σημασίας έχει κατηγορηθεί για την αποτυχία των ατόμων αυτών να θυμηθούν λέξεις και έννοιες. Δε δείχνουν να τοποθετούν τη γνώση για την επεξεργασία των πληροφοριών να εργάζεται ικανοποιητικά σε δεξιότητες μάθησης και μνήμης (Hoover & Wade, 1985). Όσον αφορά στο εύρος μνήμης, τα άτομα με νοητική υστέρηση αποτυγχάνουν στο να ομαδοποιούν τα εισερχόμενα στοιχεία. Το να αντιμετωπίζονται από κάποιο άτομο τρεις μονοψήφιοι αριθμοί ως ένας τριψήφιος οδηγεί στην αύξηση του περιεχομένου των πληροφοριών των ατομικών ομαδοποιήσεων και επειδή ο αριθμός των ομάδων περιορίζει τα περιεχόμενα της βραχυπρόθεσμης μνήμης, αυτή η ομαδοποίηση οδηγεί στην αύξηση της επανάκλησης. Παρόλα αυτά μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ομαδοποίηση, αν τους δοθεί έτοιμη.

#### **1.2.5.5 Γνωσιακή βάση**

Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες ακόμα και αν γνωρίζουν ότι τις έχουν. Δεν ανακαλούν κατηγορίες με τις οποίες ταξινομούν τις πληροφορίες, ούτε δίνουν στοιχεία για τον τρόπο οργάνωσης της ανάκλησης των πληροφοριών γύρω από αυτές τις κατηγορίες. Τίθενται ερωτήματα, όπως: 1) Γιατί ξέρουν λιγότερα; 2) Ποιοί είναι οι παράγοντες που περιορίζουν το ποσό της μάθησης; 3) Μήπως επεξεργάζονται πιο αργά της πληροφορίες; 4) Μήπως τους λείπουν στρατηγικές και ο έλεγχος αυτών, ώστε να αντεπεξέλθουν τους περιορισμούς; 5) Πώς η γνώση από μόνη της επηρεάζει την περαιτέρω μάθηση; Διαφορές στη γνώση προφανώς επηρεάζουν αυτά που μπορούν να μαθευτούν και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερωτηθεί πόσο οι διακυμάνσεις στην απόδοση αποδίδονται στις γνωστικές διαφορές και πόσο η διακύμανση της απόδοσης παραμένει, αφού οι γνωστικές διαφορές είναι μερικές.

#### **1.2.5.6 Μεταγνώση**

Γενικά οι μεταγνωστικές δεξιότητες είναι υψηλότερες σε παιδιά με νοητική ηλικία πέντε (5) χρόνια και περισσότερο. Το ερώτημα είναι: είναι η μεταγνώση μία προϋπόθεση για τη στρατηγική μεταβίβασης στα παιδιά με νοητική υστέρηση ή πιο γενικά είναι η μεταγνώση μία προϋπόθεση για τη νόηση και την κατανόηση; (Borkowski, Peck & Damberg, 1986).



## **1.2.6 ΦΥΣΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

### **1.2.6.1 Χαμηλή φυσική κατάσταση**

Είναι αποτέλεσμα της περιορισμένης κινητικότητας. Υπάρχει χαμηλότερη ηλικία έναρξης της γήρανσης σε αυτά τα άτομα (55 χρονών) και έχουν υψηλότερη συχνότητα θανάτου (1,7 φορές για τα άτομα με ελαφρά, μέτρια νοητική υστέρηση και 4,1 για αυτά με σοβαρή νοητική υστέρηση). Η ανέλιξη των φυσικών ικανοτήτων στα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ταχύτερη από το γενικό πληθυσμό (Pitteti & Campbell, 1991). Αυτό οφείλεται κυρίως σε καρδιαγγειακές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται ξεκάθαρα με καθιστική ζωή.

### **1.2.6.2 Αποκλίσεις στη στάση του κορμού**

Πολύ συχνό φαινόμενο είναι και οι διάφορες αποκλίσεις της σπονδυλικής στήλης (σκολίωση, λόρδωση, κύφωση).

### **1.2.6.3 Υπερευκαμψία**

Οι αρθρώσεις είναι ασυνήθιστα εύκαμπτες και ιδίως αυτές των ισχίων και των κάτω άκρων, με αποτέλεσμα να τραυματίζονται πολύ εύκολα και να προκαλούν έλλειψη ισορροπίας (Κουτσούκη, 1997).

### **1.2.6.4. Παχυσαρκία**

Συνδέεται με καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, μειωμένη HDL, υψηλή LDL-C, υπέρταση (Rimmer, Braddock & Fujiura, 1994).

### **1.2.6.5 Μικρή μυϊκή δύναμη**

Οφείλονται σε προβλήματα μεταβολισμού, αλλά και σε έλλειψη επαρκούς φυσικής δραστηριότητας και εξάσκησης (Κουτσούκη, 1997).

### **1.2.6.6 Προβλήματα νευρομυϊκής συναρμογής**

Που οφείλονται σε διαταραχές των κινητικών εγκεφαλικών κέντρων και των κέντρων κινητικού ελέγχου.

### **1.2.6.7 Ατελή κινητικά πρότυπα**

Η νευρομυϊκή ωρίμανση είναι πιο αργή στα παιδιά με νοητική υστέρηση. Αυτό σε συνδυασμό με τις περιορισμένες κινητικές εμπειρίες, που έχουν τα παιδιά αυτά, το αποτέλεσμα είναι τα κινητικά τους πρότυπα να τελειοποιούνται αργά ή να μην τελειοποιούνται ποτέ (Κουτσούκη, 1997).

### **1.2.6.8 Δυσκολίες συντονισμού χεριού-ματιού, ματιού-ποδιού**

Επηρεάζεται από την ωρίμανση της οπτικής συσκευής, αλλά και από τις γνωστικές στρατηγικές που αναπτύσσει για να επιτύχει μεγαλύτερη ακρίβεια στην κίνησή του (Κουτσούκη, 1997).

### **1.2.6.9 Δυσκολίες ισορροπίας του σώματος**

Το άτομο με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζει προβλήματα στη μετάδοση των ερεθισμάτων-πληροφοριών από την ευσταχιακή σάλπιγγα (όργανο στο εσωτερικό ούς

που ευθύνεται για τη διατήρηση της ισορροπίας) στα κινητικά κέντρα του εγκεφάλου, καθώς και ανεπάρκεια που εμφανίζει η αντιληπτική του ικανότητα και η ικανότητά του για αφομοίωση των ερεθισμάτων-πληροφοριών (Κουτσούκη, 1997).

#### **1.2.6.10 Αντίληψη του σώματος, αυτοεικόνα**

Το άτομο με νοητική υστέρηση έχει σοβαρό πρόβλημα αυτοεικόνας και αυτοαντίληψης του σώματός του μέσα στο χώρο. Γι' αυτό το λόγο δε μπορεί να εκτιμήσει τη θέση των άλλων σωμάτων σε σχέση με τη δική του. Η γνώση του για την πλευρικότητα των σωμάτων περιορίζεται στη γνώση του δικού του σώματος (στην καλύτερη περίπτωση).

### **1.3 ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Η ανθρώπινη όραση είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει ακαριαία αλληλεπίδραση του ματιού και του εγκεφάλου μέσω ενός δικτύου νευρώνων και άλλων αντίστοιχων σημάτων στον εγκέφαλο μέσω οπτικών νεύρων. Είναι μια δυναμικά διαδικασία που επιτρέπει στην ανθρωπο να συλλέγει και να επεξεργάζεται πληροφορίες από το περιβάλλον του ώστε να προγραμματίζει και να εκτελεί τις κινήσεις του. Έχει αποδειχθεί ότι το 80% των πληροφοριών που δέχεται καθημερινά ο άνθρωπος προέρχονται από το οπτικό σύστημα.

#### **1.3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ**

Ο όρος «οπτική αναπηρία» περιλαμβάνει προβλήματα όρασης που αφορούν άτομα με χαμηλή όραση ή άτομα με λίγη ή καθόλου όραση. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ιατρική Ένωση και τον ιατρικό ορισμό της τυφλότητας και μερικής τύφλωσης, «τυφλό είναι το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 ή 2/20 στο καλύτερο μάτι, ύστερα από την καλύτερη δυνατή ιατρική παρέμβαση. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία το ποσοστό όρασης πρέπει να είναι κάτω του 1/20» (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007:5).

«Μερικώς βλέποντα θεωρούνται τα άτομα των οποίων η οξύτητα με διόρθωση είναι μεταξύ 20/70 με 20/200 ύστερα από την καλύτερη ιατρική παρέμβαση. Όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών που έχουν χαρακτηριστεί τυφλοί δεν έχουν καθόλου όραση και ένας αριθμός νομικά τυφλών μπορεί και διαβάζει ένα μεγεθυμένο κείμενο» (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007:5).

Σύμφωνα με τον εκπαιδευτικό ορισμό της τυφλότητας και μερικής τύφλωσης, τυφλά θεωρούνται εκείνα τα άτομα, τα οποία ύστερα από την καλύτερη ιατρική παρέμβαση λόγω των προβλημάτων όρασης είναι απαραίτητο να διδαχθούν με τη μέθοδο Braille ή με ακουστικές μεθόδους. Μερικώς βλέποντα είναι τα άτομα που, ύστερα από την καλύτερη ιατρική παρέμβαση μπορούν να διαβάσουν κείμενα ή άλλα μεγάλα τυπογραφικά στοιχεία ή με τη βοήθεια μεγεθυντικών οργάνων και συσκευών (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007:6).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει την τυφλότητα ως «την ανικανότητα του ατόμου να μετρήσει τα δάκτυλα του χεριού σε απόσταση μικρότερη των δέκα ποδιών», ενώ η μερική τύφλωση ορίζεται ως «η αδυναμία του ατόμου να μετρήσει τα δάκτυλά τους σε απόσταση μικρότερη ή ίση των είκοσι ποδιών» (Πολυχρονοπούλου & Ζαχαρογέωργα, 1995:239).

### 1.3.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Αν και τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα όρασης αφορούν στη μείωση της οπτικής οξύτητας και στον περιορισμό του οπτικού πεδίου, υπάρχουν πολλά άλλα σημαντικά προβλήματα όρασης διαφορετικού τύπου τα οποία δεν συνδέονται απαραίτητα με σχετικούς περιορισμούς της όρασης, με την προϋπόθεση βεβαίως ότι ακολουθούνται οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις. Σε αυτήν την ομάδα παθήσεων του οφθαλμού συγκαταλέγονται διαταραχές της οφθαλμικής κινητικότητας όπως ο στραβισμός και ο νυσταγμός προβλήματα οφθαλμικής προσαρμογής τα οποία αναφέρονται στην αδυναμία του ματιού να προσαρμόζεται επαρκώς για να βλέπει από διαφορετικές αποστάσεις αλλά και παθήσεις που αφορούν στην υπερβολική ευαισθησία των ματιών στο φως (φωτοφοβία) και στη συγγενή τύφλωση σε ένα ή δύο χρώματα και ιδιαίτερα στο κόκκινο ή και πράσινο χρώμα (δαλτονισμός, δυσχρωματοψία) ή στην ολική τύφλωση των χρωμάτων (αχρωματοψία) (Heward & Orlansky, 1992).

Στις παθήσεις του οφθαλμού οι οποίες αν δεν διορθωθούν όπου αυτό είναι δυνατόν, ενδέχεται να καταλήξουν σε μερική ή ολική απώλεια της όρασης, συμπεριλαμβάνονται οι διαθλαστικές ανωμαλίες (μυωπία, πρεσβυωπία, αστιγματισμός), παθήσεις του κρυσταλλοειδούς φακού όπως ο καταρράκτης, παθήσεις του οπτικού νεύρου όπως το γλαύκωμα αλλά και παθήσεις του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, οι οποίες μπορεί να συνδέονται με άλλες ασθένειες όπως ο διαβήτης (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), με την κληρονομικότητα ή με εξωτερικούς παράγοντες όπως η τοποθέτηση ελλιποβαρών βρεφών σε θερμοκοιτίδες (αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας) (Heward & Orlansky, 1992).

### 1.3.3 ΑΙΤΙΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα αίτια της τύφλωσης διακρίνονται σε δυο κατηγορίες:

- 1 Κληρονομικά
- 2 Επίκτητα

**1.3.3.1 Κληρονομικά** είναι «διάφορα εκφυλιστικά όπως έλλειψη χρωστικής ουσίας στο χοριοειδή, στην ίριδα, στον αμφιβληστροειδή, σε διαθλαστικές ανωμαλίες, στην καταστροφή ή διαταραχή οπτικού νεύρου κ.ά.» (Κυπριωτάκης, 2000:23).

**1.3.3.2 Επίκτητα** είναι:

- Μολυσματικές ασθένειες που μπορεί να προσβάλλουν τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κυοφορίας (Κυπριωτάκης, 2000:23)

- Τραύματα κατά την ενδομήτρια ζωή (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995:243)
- Τραύματα κατά τη γέννηση, τα οποία είναι πιο συχνά σε πρόωρους τοκετούς
- Μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία, αφροδισιακά νοσήματα και άλλες μολυσματικές ασθένειες
- Εμφάνιση κακοηθειών (όγκων, ινοπλάσμάτων) στον ιστό του οπτικού οργάνου, το γλαύκωμα
- Διαθλαστικές ανωμαλίες του ματιού (Κυπριωτάκης, 2000:23)
- Τραύματα με αιχμηρά αντικείμενα
- Δηλητηριάσεις
- Διαταραχές στο μεταβολισμό
- Τραύματα από οδικά ατυχήματα και αθλήματα
- Χημικά εγκαύματα του οφθαλμού
- Τραύματα βιομηχανικής φύσης συνήθως από μεταλλωρυχεία και από την καταστρεπτική επίδραση των ακτινοβολιών (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρογέωργα, 1995:243)

#### 1.3.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΟΡΑΣΗΣ

Η μερική ή ολική απώλεια όρασης επηρεάζει την ψυχολογία ενός ατόμου άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό. Η ψυχολογική ροσαρμογή του ατόμου με οπτική αναπηρία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, το κοινωνικό περιβάλλον, τις ιατρικές υπηρεσίες και τον βαθμό της αναπηρίας.

Τα άτομα που έχασαν πρόσφατα την όρασή τους ή μέρος αυτής είναι αυτά που έχουν σοβαρότερα προβλήματα στην ψυχολογία τους σε σχέση με τους εκ γενετής τυφλούς. Ένα πρόβλημα όρασης επηρεάζει και άλλους τομείς που έχουν σχέση με τις υπόλοιπες αισθήσεις και την κίνηση των μελών του σώματος, με την κινητικότητα και τον προσανατολισμό και με την εκπλήρωση βασικών καθημερινών αναγκών. Κατά συνέπεια, το άτομο που χάνει την όρασή του ή μέρος της θα πρέπει να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα προκειμένου να αυτοεξυπηρετείται και να αυτονομηθεί (Κατσούλης % Χαλικιά, 2007).

Οι διαταραχές όρασης δε συνδέονται με κάποιο συγκεκριμένο τύπο ψυχοπαθολογίας. Παρόλα αυτά, με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η δομή της προσωπικότητας του ατόμου έχει μεγαλύτερη επίδραση από ότι η ίδια η αναπηρία του. Στα εφόδια των ατόμων που συμβάλλουν στην ομαλότερη ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή περιλαμβάνονται η υψηλή νοημοσύνη, το χιούμορ και τα ειδικά ταλέντα που ενδεχομένως έχει και τα οποία μπορούν να καλλιεργηθούν και μετά την απώλεια της όρασης. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ηλικία κατα την οποία εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα απώλειας της όρασης. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία τόσο πιο δύσκολο είναι για το άτομο να αναπτυχθεί φυσιολογικά ως προς την κινητικότητα, τη γλώσσα, την επικοινωνία, τις γνωστικές ικανότητες και την ικανότητα να δημιουργεί συναισθηματικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του. Το αναπτυξιακό στάδιο που διανύει το παιδί όταν για πρώτη φορά γίνεται έκδηλη και γίνεται η διάγνωση της οπτικής αναπηρίας είναι ένας από τους παράγοντες που θα καθορίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί και στη μετέπειτα προσαρμογή του στη νέα κατάσταση (Τσιναρέλης, 2005:27).

Ο ρόλος της οικογένειας διαδραματίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο στην ομαλή ψυχοκινητική προσαρμογή του ατόμου. Το κατά πόσο η οικογένεια αποδέχεται την κατάσταση του ατόμου είναι πολύ σημαντικό για τον τρόπο που το άτομο βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο που προσαρμόζεται στην αναπηρία του. Η ποιότητα της σχέσης των ατόμων της οικογένειας μεταξύ τους, η προσωπικότητα των γονέων και η παρουσία ή όχι άλλων ψυχοπιεστικών καταστάσεων στη ζωή της οικογένειας όπως άλλες παθήσεις, οικονομικά προβλήματα κ.ά., θα διαμορφώσουν το κατάλληλο ή μη έδαφος για την ομαλή προσαρμογή του ατόμου.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία του ατόμου με οπτική αναπηρία είναι τι κοινωνικό περιβάλλον και, ως επί το πλείστον, το σχολείο και το κοινωνικό δίκτυο συγγενών και φίλων και η ιατρική ομάδα που πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στο ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένεια, την ενημέρωση για τη διάγνωση, τη φύση και την πορεία της διαταραχής. Επιπρόσθετα, η φύση και η πορεία της διαταραχής έχει μεγάλη βαρύτητα καθώς τα προβλήματα όρασης αποτελούν καταστάσεις με χρόνια πορεία και επεισόδια αιφνίδιας επιδείνωσης της όρασης. Η σταδιακή μείωση της όρασης και το απρόβλεπτο της πορείας προκαλεί συναισθήματα ανασφάλειας στο άτομο για το αν θα είναι σε θέση να επιτύχει τους μακροπρόθεσμους στόχους του και δημιουργούνται συναισθήματα ματαιώσης και μείωσης της αυτεκείμησης (Τσιναρέλης, 2055:27:32).

## **1.4 ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

### **1.4.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ**

Η ακοή είναι δυνατός και ουσιώδης δεσμός του ναθρώπου με το περιβάλλον του. Οι σοβαρές διαταραχές στην ακοή αποτελούν χρόνιο πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις στην αντίληψη, την κατανόηση και την έκφραση του προφορικού λόγου, στον έλεγχο της ατομικής και κοινωνικής συμπεριφοράς αλλά και στην κινητική ανάπτυξη. Η κώφωση έχει ονομαστεί από πολλούς «αόρατη αναπηρία» (Φωτιάδου, 2007).

Το φυσιολογικό αυτί δεν ανταποκρίνεται με την ίδια ευαισθησία σε όλες τις συχνότητες. Οι πιο χρήσιμες συχνότητες για την ομιλία είναι ανάμεσα στα 500Hz και 4000Hz. Τις συχνότητες αυτές το φυσιολογικό αυτί αρχίζει να τις ακούει σε ένταση από 0 έως 19-20 decibels. Το κατώφλι δηλαδή της ακουστότητας ενός φυσιολογικού αυτιού κυμαίνεται από 0-19dB. Όταν κάποιος χρειάζεται μεγαλύτερη ένταση για να αρχίσει να ακούει διάφορους ήχους έχει ακουστική απώλεια. Η ακουστική απώλεια δε μετριέται με ποσοστά αλλά με decibels (dB) (Λαμπροπούλου, Χατζηκάκου & Βλάχου, 2003:23-24).

Είναι απαραίτητο για τους ερευνητές που ασχολούνται με αισθητηριακές απώλειες, στην ακοή να υιοθετήσουν μια συγκεκριμένη κοινή ορολογία. Ειδικότερα, οι όροι που έχουν επικρατήσει αφορούν στη διάκριση της κώφωσης και βαρηκοΐας. Βαρήκοο είναι εκείνο το άτομο που δυσκολεύεται να αντιληφθεί την ομιλία με την ακοή του μόνο, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των πληροφοριών της ομιλίας το αντιλαμβάνεται από την ακοή του κάνοντας χρήση ακουστικών βοηθημάτων ή όχι. Η ακουστική βλάβη κυμαίνεται από 35 έως 69 dB. Αντίστοιχα, στη βιβλιογραφία

αναφέρεται και η παιδική βαρηκοΐα που υποδηλώνει την απώλεια ακοής σε παιδιά, που μπορεί να είναι εκ γενετής ή επίκτητη, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη και κυμαίνεται από 25-95 dB HL. Όταν με τη βαρηκοΐα δεν παρουσιάζονται άλλα παθολογικά φαινόμενα ή εξελικτικές διαταραχές τότε εμφανίζονται μόνο διαταραχές στην ανάπτυξη της ομιλίας και της επικοινωνίας και απαιτείται ειδική παρεμβατική αγωγή.

Αντίθετα, η κώφωση αφορά την καθολική απώλεια της ακοής, εκ γενετής ή επίκτητη, μονόπλευρη ή αμφίπλευρη. Κωφός είναι το άτομο εκείνο που δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία με την ακοή και μόνο. Χρησιμοποιεί κυρίως την όραση για να αντιληφθεί τους συνομιλητές του μέσω χειλεανάγνωσης, γραπτής γλώσσας κ.ά. Μπορεί να φοράει ακουστικά ή όχι. Η ακουστική βλάβη κυμαίνεται από 70 dB και άνω (Salmond, 2004:114-115).

Μια άλλη σημαντική εννοιολογική διασαφήνιση αφορά τη διάκριση μεταξύ προγλωσσικών και μεταγλωσσικών κωφών. Ο όρος προγλωσσικός κωφός χρησιμοποιείται για τους ασθενείς που έχασαν την ακοή τους πριν αποκτήσουν λόγο δια μέσου της ακουστικής οδού. Οι συγγενείς βαρηκοΐες καθώς και οι επίκτητες που εμφανίζονται πριν από 2-3 πρώτα χρόνια της ζωής δημιουργούν αδυναμία χρησιμοποίησης κανόνων σύνταξης, γραμματικής και φωνολογίας, πραγματολογικών ή υπεργλωσσικών κανόνων, όπως χρόνου, ένατσης και τονισμού. Ο όρος μεταγλωσσικός κωφός χρησιμοποιείται για τους ασθενείς που έχασαν την ακοή τους μετά την απόκτηση λόγου. Αυτοί χρησιμοποιούν κανόνες γραμματικής, σύνταξης, φωνολογίας και μερικούς υπεργλωσσικούς κανόνες με χαρακτηριστικό τρόπο. Υπάρχει μεγάλη διαφορά στην ακουστική συμπεριφορά μεταξύ προγλωσσικών και μεταγλωσσικών κωφών αλλά και μεταξύ μεταγλωσσικών, ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της βαρηκοΐας, πριν ή μετά τον έβδομο χρόνο (Burian, 1978 στο Φωτιάδου, 2002).

#### **1.4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΚΟΗΣ**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ταξινόμηση των προβλημάτων ακοής γίνεται με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Βαθμός απώλειας ακοής: υπάρχουν διάφορα συστήματα ταξινόμησης των διαταραχών στην ακοή ανάλογα με τον βαθμό απώλειας της ακοής, καθώς τα ακουολογικά κριτήρια για τα παιδιά είναι περισσότερο αυστηρά από αυτά των ενηλίκων. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά βρίσκονται στην περίοδο ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας και οι ακουστικές ανάγκες τους είναι ιδιαίτερα αυξημένες σε σχέση με τους ενήλικες. Αντίθετα, οι ενήλικες έχουν αναπτύξει τη γλώσσα και μπορούν ακόμη και με ελλειμματική ακοή να κατανοήσουν γλωσσικά μηνύματα και να συμπληρώσουν τα κενά τους.
- Παθολογία του αυτιού: έχει να κάνει με την οργανική βλάβη που ευθύνεται για την απώλεια της ακοής. Διακρίνεται στις εξής κατηγορίες: νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/κώφωση, βαρηκοΐα αγωγιμότητας, μικτή βαρηκοΐα/κώφωση και κεντρική ακουστική δυσλειτουργία.
- Χρόνος έναρξης της απώλειας ακοής: δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο αν πρόκειται για εκ γενετής ή επίκτητη βαρηκοΐα/κώφωση

- **Κληρονομικότητα:** το ενδιαφέρον στρέφεται στο αν η βαρηκοΐα ή η κώφωση προκλήθηκε από γενετικούς παράγοντες. Η κληρονομική κώφωση είναι αμφοτερόπλευρη, πολύ σοβαρή νευροαισθητηριακή απώλεια ακοής, μη αναστρέψιμη και εμφανίζεται στα πρώτα στάδια της ζωής.
- **Πορεία απώλειας της ακοής,** η οποία δοκρίνεται σε σταθερή βαρηκοΐα, όταν δηλαδή ο βαθμός της δε μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και προοδευτική βαρηκοΐα στις περιπτώσεις που ο βαθμός της αυξάνει σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.
- **Προγλωσσική βαρηκοΐα/κώφωση** που εμφανίζεται πριν από την ανάπτυξη της γλώσσας, δηλαδή πριν από το 3<sup>ο</sup> έτος της ζωής και μεταγλωσσική βαρηκοΐα που εμφανίζεται ενώ το παιδί έχει αρχίσει να μιλάει (Salmond, 2004:116-117).

### 1.4.3 ΑΙΤΙΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν βαρηκοΐα ή κώφωση είναι κατά το 1/3 άγνωστα και χωρίζονται σε συγγενή και επίκτητα

**1.4.3.1 Συγγενή.** Στα συγγενή αίτια υπάγονται γενετικές αιτίες που είναι υπεύθυνες για το 50% της νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας και μεταδίδονται με το σωματικό υπολειπόμενο ή επικρατούντα χαρακτήρα, καθώς και φυλοσύνδετο χαρακτήρα. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως τρισωμία 13-15, τρισωμία 18, τρισωμία 21, σύνδρομο Turner, συνοδεύονται συχνά από βαρηκοΐα νευροαισθητηριακού τύπου. Στα συγγενή αίτια ανήκουν επίσης οι ανωμαλίες κατά τη διάπλαση του έξω, του μέσου και του έσω αυτιού καθώς και η προσβολή του ακουστικού νεύρου από ενδομήτριους παράγοντες όπως ενδομήτριες λοιμώξεις (Αγγελοπούλου, 2005. Remington, 1990 στο Φωτιάδου, 2007), ωτοτοξικά φάρμακα, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά.

**1.4.3.2 Επίκτητα.** Τα επίκτητα αίτια είναι περιγεννητικά (προωρότητα, μικρό για ηλικία κύησης νεογνό, υποξία, τραυματισμοί και εγκεφαλική αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού, πυρινικός ίκτερος από υπερχολερυθριναιμία) και μεταγεννητικά που οφείλονται σε οξείες ή χρόνιες φλεγμονές του αυτιού και της μαστοειδούς απόφυσης, τραύματα του αυτιού ή κατάγματα της βάσης του κρανίου, λοιμώδη νοσήματα όπως μηνιγγίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, παρωτίτιδα, χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων, αιφνίδια απώλεια της ακοής για άγνωστους λόγους. Ωτοσκλήρυνση, ακουστικό τραύμα από υψηλής έντασης άνω των 110 dB, αυτοάνοσες διαταραχές και διαταραχές μεταβολισμού λιπιδίων (Φωτιάδου 2007:16).

### 1.4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΚΟΗΣ

Οι επιπτώσεις της βαρηκοΐας ή κώφωσης εξαρτώνται από το βαθμό της ακουστικής απώλειας και τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Όταν η απώλεια της ακοής ξεκινά σε πολύ μικρή ηλικία επιδρά στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, τη συμπεριφορά, την προσοχή και την σχολική επίδοση (Αγγελοπούλου, 2005).

Οι κωφοί βλέπουν τον εαυτό τους ως μέλη μιας ομάδας που λειτουργεί ως γλωσσική και πολιτισμική μειονότητα. Το επίπεδο αποδοχής τους από την κοινότητα των ακουόντων είναι χαμηλό και για αυτό οι περισσότεροι κωφοί απομονώνονται από την

λειονότητα του κοινωνικού συνόλου για να διατηρήσουν την αξία του και ως εκ τούτου την ομοιογένειά τους. Συχνά, έρχονται αντιμέτωποι με διακρίσεις σε πολλαπλά επίπεδα της ζωής τους, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους. Αποτελέσματα διάφορων ερευνών έχουν δείξει ότι τα άτομα με ακουστική αναπηρία είναι άτομα ευαίσθητα και διακρίνονται από ανωριμότητα και δύσκολη προσαρμογή σε νέες καταστάσεις. Έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και δεν παίρνουν εύκολα αποφάσεις γιατί δε βρίσκονται σε αρμονία με το περιβάλλον. Επιπλέον, παρουσιάζουν ανασφάλεια, δυσπιστία και καχυποψία προς τους ακούοντες κυρίως όταν το άμεσο περιβάλλον τους δεν τους παρέχει την απαιτούμενη βοήθεια. Έχουν εγωκεντρισμό, δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον, έχουν ξεσπάσματα και συχνά ανεπαρκή ηθική κρίση (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, 1994 στο Μπουντουρέλη, 2009:11).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

#### **2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Η οικογένεια αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο κάθε ανθρώπινης κοινωνικής δομής. Η γνώση μας γύρω από την έννοια της οικογένειας και της αλληλεξάρτησης μέσα σ' αυτήν όπως επίσης και σε άλλα περιβάλλοντα, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα σε διάφορα επιστημονικά πεδία όπως η φιλοσοφία, η βιολογία αλλά και πιο πρόσφατα η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία και η ψυχολογία. Ένας ορισμός της έννοιας της οικογένειας είναι ο παρακάτω: «Η οικογένεια είναι κάτι πολύ περισσότερο από ένα σύνολο ατόμων που μοιράζονται έναν φυσικό και ψυχολογικό χώρο. Είναι ένα φυσικό, κοινωνικό σύστημα με τα δικά του χαρακτηριστικά και τις δικές του ιδιότητες. Κάθε οικογένεια αναπτύσσει ένα σύνολο κανόνων, διαθέτει οργανωμένη δομή εξουσίας, αναθέτει ρόλους στα μέλη και αναπτύσσει πολύπλοκους τρόπους (φανερούς και κρυφούς) για να επικοινωνεί και να λύνει τα προβλήματά της. Οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι βαθιές, πολυεπίπεδες και βασίζονται στην κοινή ιστορία, στις κοινές αντιλήψεις και υποθέσεις για τον κόσμο, καθώς και σε μια κοινή αίσθηση του στόχου» (Goldenberg & Goldenberg, 2012-3).

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό η οικογένεια αποτελεί ένα κοινωνικό σύστημα μικρού εύρους, που έχει τη δική του δομή και τα δικά του υποσυστήματα. Τα υποσυστήματα της κάθε οικογένειας αποτελούνται από τα ίδια τα μέλη της. Τέτοια υποσυστήματα είναι για παράδειγμα οι δυάδες μεταξύ των συζύγων, μεταξύ του ενός γονιού και του παιδιού ή μεταξύ των αδελφών κτλ. Κάθε υποσύστημα έχει τους δικούς του ρόλους και λειτουργίες που εκτελούνται από τα μέλη του (Asen, 2002).



Ένας άλλος ορισμός που δόθηκε για την οικογένεια αναφέρει ότι «οικογένεια είναι εκείνα τα άτομα τα οποία θεωρούν τους εαυτούς τους οικογένεια (χωρίς απαραίτητα να συνδέονται με συγγένεια εξ αίματος ή με γάμο) και υποστηρίζουν/φροντίζουν ο ένας τον άλλο σε συνεχή βάση» (Turnbull, Turnbull, Summers & Poston, 2008).

Ωστόσο η οικογένεια, η θεμελιώδης μονάδα της ανθρώπινης κοινωνίας διαφέρει όσον αφορά τους ορισμούς τους οποίους της έχουν αποδώσει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Ο ορισμός μιας τέτοιας έννοιας συνιστά ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα στο σημερινό κόσμο, καθώς υπάρχει μια ευρεία αποδοχή διάφορων τύπων οικογένειας. Άλλωστε οι πολιτιστικές και εθνοτικές διαφορές στη σύνθεση της οικογένειας είναι ιδιαίτερα εμφανείς ειδικά στις αναπτυγμένες χώρες με υψηλά ποσοστά μετανάστευσης (Samuel, Rillota & Brown, 2012). Η διαρθρωτική, πολιτιστική και γλωσσική πολυμορφία στην οικογένεια οδηγεί σε ετερογενείς οικογενειακές αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές, οι οποίες συχνά δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς από τους περισσότερους μελετητές, με αποτέλεσμα, η εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας να αποτελεί δύσκολο εγχείρημα.

Σύμφωνα με τη θεωρία οικογενειακών συστημάτων, οι οικογένειες είναι στόχο-κατευθυνόμενες, αυτοδιορθωτικές, δυναμικές αλλά και διασυνδεδεμένα συστήματα που επηρεάζουν και με τη σειρά τους επηρεάζονται από το περιβάλλον τους και τις εγγενείς τους ιδιότητες (Klein & White, 1996). Έτσι, κάθε οικογενειακό μέλος συνδέεται με το άλλο και με το περιβάλλον του. Αυτό το οποίο επηρεάζει ένα μέλος της οικογένειας, επηρεάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα.

Οι βασικές λειτουργίες της οικογένειας παραμένουν σταθερές κατά τη διάρκεια του ανθρώπινου πολιτισμού και της ανθρώπινης ύπαρξης: η δημιουργία παιδιών με σκοπό την ανατροφή και τη φροντίδα τους μέχρι την τελική ανεξαρτητοποίησή τους, η παροχή συναισθηματικής και ψυχολογικής στήριξης αλλά και η διαμόρφωση ενός βασικού δικτύου γύρω από το οποίο μπορούν να δομηθούν οι κοινωνικές δομές του ατόμου (Turnbull, Brown & Turnbull, 2004).

Άλλες λειτουργίες είναι η επικοινωνία, η συνεργασία και η αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών (Turnbull, Turnbull, Soodak, 2006), επίσης η κάλυψη των οικονομικών αναγκών, η καθημερινή φροντίδα του σπιτιού κτλ. Πέρα από αυτές τις ομοιότητες, παρατηρούνται και διαφορές μεταξύ των οικογενειακών λειτουργιών οι οποίες αφορούν κυρίως την προτεραιότητα εκπλήρωσής τους, τον καταμερισμό των εργασιών και την ανάληψη ευθυνών από τα διάφορα μέλη (Seligman & Darling, 1997). Αυτές οι λειτουργίες φαίνεται να έχουν ξεχωριστή υπόσταση, ωστόσο αλληλεπιδρούν με πολλούς τρόπους μεταξύ τους και γι' αυτό μια διάσταση μπορεί να επηρεάσει τις άλλες.

Ένα άλλο στοιχείο της οικογένειας είναι ότι τόσο μεταξύ των μελών της όσο και μεταξύ των υποσυστημάτων της αναπτύσσονται πολύπλοκα σχήματα αλληλεπιδράσεων, τα οποία δεν έχουν γραμμική αλλά κυκλική μορφή. Μια αλλαγή σε ένα υποσύστημα π.χ. πατέρα-παιδιού θα προκαλέσει αλλαγές σε όλα τα

υποσυστήματα της οικογένειας. Με άλλα λόγια, οποιεσδήποτε μεταβολές στη δομή της οικογένειας συμβάλλουν σε αλλαγές στη συμπεριφορά και τις εσωτερικές διεργασίες των μελών της, αλλά και οποιαδήποτε αλλαγή σε κάποιο από τα μέλη της επιφέρει μεταβολές σε όλο το οικογενειακό σύστημα (Asen, 2002). Αυτές οι αλληλεπιδράσεις συχνά επαναλαμβάνονται μέσα στην οικογένεια και έτσι δημιουργούνται μοτίβα σχέσεων, τα οποία προσδίδουν στην οικογένεια το ιδιαίτερο στυλ της. Τα μοτίβα των σχέσεων έχουν τη βάση τους στις κοινές αντιλήψεις, τα αισθήματα, τις στάσεις και την κουλτούρα που μοιράζονται τα μέλη της. Όλα αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά επιτρέπουν στην οικογένεια να λειτουργεί ως όλον, ως μια ενότητα, προκειμένου να καταφέρει να εκπληρώσει τους διάφορους σκοπούς της (Turnbull et al., 2008).

Η δύναμη των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας παρουσιάζεται σε ποικίλους τομείς της ανάπτυξης των παιδιών. Αυτό σημαίνει πως η στάση των γονέων κυρίως επηρεάζει ποικιλοτρόπως τα παιδιά στα διάφορα στάδια ανάπτυξής τους. Για παράδειγμα ο Biller (1993) υποστηρίζει ότι η αυτοαποδοχή και η θετική σεξουαλική ταυτότητα ενισχύονται από την πατρική φροντίδα. Η υποστήριξη του πατέρα είναι ιδιαίτερα σημαντική στην παροχή ασφάλειας στο παιδί προκειμένου αυτό να αντιμετωπίσει τις πιέσεις των συνομηλίκων και της ομάδας. Βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ταυτότητα του φύλου, αλλά στην ανάπτυξη θετικής αυτό-εικόνας του παιδιού παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο ο πατέρας και η μητέρα. Σύμφωνα με τον παραπάνω ερευνητή, δυσκολίες αναφορικά με την ταυτότητα του φύλου ή προβλήματα σεξουαλικών δυσλειτουργιών εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα που έχουν βιώσει την πατρική απόρριψη στην παιδική τους ηλικία (Biller).

Οι υποστηρικτές της θεωρίας της ανάπτυξης της συμπεριφοράς του δεσμού τονίζουν ότι η ασφάλεια που προσδίδει η σχέση γονιού-παιδιού επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να προσαρμόζεται σε διαφορετικές καταστάσεις καθώς και την ικανότητα του να ενδιαφέρεται για το περιβάλλον και να μαθαίνει (Barrett & Trevitt, 1991. Bowlby, 1965. Greenhalgh, 1994). Τα παιδιά είναι ευτυχισμένα και αναπτύσσονται τα ταλέντα τους, όταν είναι σίγουρα ότι πλάι τους υπάρχουν άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν και στα οποία μπορούν να βασιστούν για βοήθεια. Η ευαισθησία και η αμοιβαιότητα στη συναλλαγή μεταξύ του παιδιού και των γονιών προσφέρουν στο βρέφος, στο νήπιο, στο παιδί και στον έφηβο τις συνθήκες μέσα από τις οποίες αισθάνονται ασφάλεια και μια βάση από την οποία θα αντλήσουν την εμπιστοσύνη για εξερεύνηση. Σύμφωνα με τους Ainsworth & Bowlby (1991), η έντονη και συνεχής υποστήριξη των γονιών – σε συνδυασμό με την ενθάρρυνση και το σεβασμό στην αυτονομία του παιδιού – εκτός της αυτοπεποίθησης του παρέχει και τις συνθήκες για την καλύτερη δυνατή εξέλιξη. Προεκτείνοντας τη θεωρία της ανάπτυξης της συμπεριφοράς του δεσμού, οι Salzberger-Wittenberg, Henry & Osborne (1996) και η Trevitt (1993) υποστηρίζουν ότι η βάση της μάθησης ξεκινά από τη στιγμή της γέννησης μέσα από μια εξαρτημένη σχέση με ένα άλλο ανθρώπινο πλάσμα, και πιο συγκεκριμένα με μέλη της οικογένειάς του. Η ποιότητα αυτής της

σχέσης επηρεάζει τη διάθεση που απαιτείται για να παραμείνει κανείς περίεργος και ανοικτός σε νέες εμπειρίες καθώς και την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τις διασυνδέσεις ανάμεσα στα πράγματα και να ανακαλύπτει τη σημασία τους. Το παιδί το οποίο έχει γνωρίσει ασταθή γονεϊκή φροντίδα ή την έχει στερηθεί εντελώς παύει να είναι ανοικτό στη μάθηση.

Μελετώντας 13.000 Βρετανικές οικογένειες, οι Osborn & Morris (1982) διαπίστωσαν ότι η θετική αλληλεπίδραση των γονιών με τα παιδιά σχετίζεται σημαντικά με την επίδοση στις χωρικές-κινητικές δοκιμασίες και με τη λεκτική νοημοσύνη των παιδιών. Παρ'όλο που η νοητική ικανότητα δεν εξαρτάται από την πατρική και μητρική επίδραση, οι γονείς επηρεάζουν τα παιδιά στο βαθμό που αυτά χρησιμοποιούν και αναπτύσσουν τις ικανότητες τους. Η ενεργοποίηση και η παροχή ερεθισμάτων και ευκαιριών για ανάπτυξη καθώς και η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια που προσφέρουν οι γονείς στα παιδιά τους ενισχύουν θετικά τις γνωστικές και νοητικές ικανότητες των παιδιών. Οι Biller (1993), Blanchard & Biller (1971), Jacobsen & Hoffman (1997), Radin (1994) και Wagner & Phillips (1992) διαπίστωσαν ότι η συναλλαγή του πατέρα με τα παιδιά του επηρεάζει θετικά τις ακαδημαϊκές και κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών και των εφήβων. Επιπλέον, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αξία που δίνει ο πατέρας στην ακαδημαϊκή επιτυχία και στα επιτεύγματα του παιδιού. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα των Dubowitz, Black, Cox, Kerr, Litrownik, Radhaktishna et al. (2001), οι οποίοι σε μια εκτενή έρευνα μελέτησαν την επίδραση της ενασχόλησης του πατρικού προτύπου – συμπεριλαμβάνοντας έτσι και τους μη-βιολογικούς πατέρες – σε παιδιά ηλικίας έξι ετών που είτε ήσαν υπό την παρακολούθηση της πρόνοιας ή νοσοκομείου είτε σε κίνδυνο για κακοποίηση. Τα παιδιά που διέθεταν πατρικό πρότυπο εμφάνιζαν καλύτερη γνωστική επίδοση και κοινωνική αποδοχή.

Αρκετοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι παιδιά που έχουν ασφαλή δεσμό αναπτύσσουν καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους και είναι περισσότερο κοινωνικά (Bohlin, Hagekull & Rydell, 2000. Lamb, Hwang, Frodi & Frodi, 1982. Main & Weston, 1981. Sagi, Lamb & Gardner, 1986). Αντίθετα, οι διαταραγμένες σχέσεις γονιού-παιδιού σχετίζονται με αγχώδεις διαταραχές (Warren, Houston, Egeland & Sroufe, 1997), επιθετική συμπεριφορά (Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993. Pinzi, Ram, Har-Even, Shnit & Weizman, 2001), αποτυχία ολοκλήρωσης του σχολείου (Marcus & Sanders-Reio, 2001), κατάθλιψη (Graham & Easterbrooks, 2000) και αυτοκτονικές τάσεις (Adams, Sheldon-Keller & West, 1996) σε παιδιά και εφήβους.

Επιπλέον, ο Hoffman (1971) και ο Biller (1993) τόνισαν το ρόλο του πατέρα στην ανάπτυξη ηθικών αξιών στα παιδιά. Παιδιά που βιώνουν υψηλά επίπεδα πατρικής φροντίδας αποκτούν εσωτερικό κέντρο ελέγχου και αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις πράξεις τους. Εκτός από το γεγονός ότι οι ίδιοι οι γονείς αποτελούν πρότυπο αξιών για τα παιδιά τους, η ενασχόληση τους με αυτά αποτελεί πρότυπο υπευθυνότητας και δέσμευσης (Radin, 1994). Σαφέστατα, από την πατρική ενασχόληση δεν ωφελούνται μόνο τα αγόρια αλλά και τα κορίτσια. Τα κορίτσια που βιώνουν εγγύτητα, προθυμία,

τρυφερότητα, ευπροσηγορία και ευαισθησία στη σχέση τους με τον πατέρα έχουν καλύτερη προσαρμοστικότητα αργότερα στη ζωή τους (Fish & Biller, 1973. Biller, 1993).

Πρόσφατες μελέτες δηλώνουν ότι οι ρόλοι του πατέρα και της μητέρας δε θα πρέπει να μελετώνται απομονωμένοι ο ένας από τον άλλον, γιατί έτσι μειώνεται η πιθανότητα κατανόησης της επίδρασης και των δύο γονέων στην ανάπτυξη του παιδιού (Stolz, Barber & Olsen, 2005).

Η δομή και η λειτουργία της οικογένειας ποικίλει παγκοσμίως και επηρεάζεται άμεσα από τα πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά πρότυπα τα οποία κυριαρχούν. Τα πρότυπα αυτά οδήγησαν στην ανάπτυξη διάφορων ορισμών για την έννοια της οικογένειας οι οποίες διαφοροποιούνταν στο σκοπό αλλά και στους στόχους τους.

## **2.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Η ευρεία αποδοχή της αποϊδρυματοποίησης, από τη δεκαετία του '70 και μετά, σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες απαιτήσεις για παροχή υπηρεσιών από την κοινότητα, είχε ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του ατόμου με αναπηρία στην οικογενειακή εστία με τους γονείς να αναλαμβάνουν τη φροντίδα του (Brown et al., 2003). Το γεγονός αυτό οδήγησε στην τοποθέτηση του οικογενειακού συστήματος στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος αφού τα μέλη της δεν ήταν προετοιμασμένα για την αποδοχή μιας τέτοιας πραγματικότητας.

Παράλληλα η οικογένεια αποτελούσε πάντα σημαντικό κομμάτι της ζωής του ατόμου με αναπηρία, καθώς για χρόνια ήταν υπεύθυνη για τη φροντίδα και την υποστήριξή τους και μόνο τα τελευταία χρόνια ξεκίνησε μια συντονισμένη προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης των ατόμων με αναπηρία (Brown & Brown, 2009). Αναφορικά με τα άτομα με βαριά και πολλαπλή αναπηρία, η κατάσταση παραμένει η ίδια, με την οικογένεια να κυριαρχεί αποκλειστικά στην καθημερινά τους φροντίδα. Άλλωστε η οικογένεια αποτελεί ίσως την πιο σταθερή κοινωνική σχέση του ατόμου με αναπηρία, καθώς οι φιλικές σχέσεις και κοινωνικά δίκτυα είναι συνήθως περιορισμένα (Brown, 2010). Αλλά δεν είναι ο μόνος κοινωνικός ρόλος της οικογένειας όσο το γεγονός ότι συντελεί στις αποφάσεις του ατόμου με αναπηρία τόσο σε ζητήματα καθημερινής φύσεως όσο και σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής του.

Συνεπώς ο διαρκής και συνεχής ρόλος του οικογενειακού συστήματος δημιούργησε μια νέα κατεύθυνση στη διαμόρφωση πολιτικών κοινωνικής πρόνοιας εστιάζοντας (α) στην παροχή υποστήριξης στις οικογένειες ατόμων με αναπηρία, (β) στη διασφάλιση ενός πλήθους επιλογών με σκοπό την υποστήριξή τους και (γ) στην ενδυνάμωση του οικογενειακού ιστού με τελικό σκοπό την παροχή υποστήριξης στα άτομα με αναπηρία (Turnbull, Beegle & Stowe, 2001).

Το ενδιαφέρον αυτό είχε ως αποτέλεσμα, σε διεθνές επίπεδο, τη διαμόρφωση και δόμηση οικογενειο-κεντρικών προσεγγίσεων και την εφαρμογή τους σε πρακτικό

επίπεδο, τόσο από τους φορείς παροχής υπηρεσιών όσο και από το ίδιο το οικογενειακό σύστημα. Παράλληλα, η έρευνα επεκτάθηκε και στην αναγνώριση της επίδρασης της αναπηρίας στην ίδια την οικογένεια.

Ήδη από τη δεκαετία του '80 κάνει την εμφάνισή της, η οικολογική προσέγγιση του Bronfenbrenner σε συνδυασμό με την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης των ατόμων με αναπηρία τα οποία απαιτούν την εμπλοκή των γονέων για την επιτυχία τους. Με τον τρόπο αυτό, έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνητών στην ελλιπή παροχή υπηρεσιών και στο πλήθος των αναγκών των γονέων. Δίνεται περισσότερο έμφαση στα προβλήματα υλικής και πρακτικής φύσεως που βιώνουν οι οικογένειες ατόμων με αναπηρία και προτείνονται τρόποι για την καλύτερη οργάνωση των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών. Αυτού του είδους οι έρευνες έκαναν εμφανές ότι δεν υπάρχει ομοιογένεια μεταξύ αυτών των οικογενειών, ότι υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες και γι' αυτό καθεμιά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική και ξεχωριστή (Brown, Anand, Fung, Isaacs & Baum, 2003).

Η οικογένεια των ατόμων με αναπηρία έρχεται αντιμέτωπη καθημερινά με προκλήσεις άλλες από τις οποίες σχετίζονται με την ίδια την αναπηρία του ατόμου και άλλες αποτελούν απλά αποτέλεσμα διαμόρφωσης των σχέσεων μέσα στον πυρήνα της. Οι θετικές και αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η αναπηρία μέσα στα μέλη της οικογένειας συνήθως σχετίζονται με την αδυναμία της οικογένειας ή των μελών της να ανταποκριθούν σε ενδιαφέροντα, καταστάσεις και απαιτήσεις που είτε θέτει το ίδιο το άτομο είτε είναι απόρροια της καθημερινής διαβίωσης (Dowling & Dolan, 2001. Green, 2007). Έτσι οι γονείς αναπτύσσουν τύψεις και ενοχές αλλά και συναισθηματικές και οικογενειακές δυσκολίες (Khamis, 2007). Πολλοί γονείς παραδείγματος χάρι αλλά και αδέρφια ατόμων με αναπηρία, αισθάνονται το κοινωνικό στίγμα το οποίο συνδέεται με την αναπηρία (Farrugia, 2009. Francis, 2012. Gill & Liamputtong, 2011) και παλεύουν ακόμα και σε τομείς οι οποίοι επηρεάζονται από την αναπηρία όπως είναι ο εργασιακός χώρος, το βιοτικό επίπεδο (Gordon, Rosenman & Guskelly, 2007. Owen, Gordon, Frederico & Cooper, 2002). Επιπλέον, παράγοντες όπως το φτωχό σύστημα υπηρεσιών, οι ανεπαρκείς δομές υποστήριξης αποτελούν προκλήσεις που πρέπει να ξεπεράσουν οι γονείς, οι οποίες όμως σε κάθε περίπτωση επιβαρύνουν την οικογενειακή δομή (Brown et al., 2013. McManus et al., 2011). Άλλωστε, η συνεχής παροχή φροντίδας θέτει πολλούς καθημερινούς περιορισμούς αλλά και απαιτήσεις για τα μέλη της οικογένειας. Η συνεχής αυτή πίεση μπορεί να είναι αθροιστική και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τόσο την οικογένεια όσο και τη γονεϊκή λειτουργία (Rodger & Mandrich, 2005). Βέβαια παράγοντες όπως η επαγγελματική κατάσταση των γονέων ή η ηλικία του ατόμου με αναπηρία, λειτουργούν ως παράγοντες πρόβλεψης αναφορικά με τη λειτουργία της οικογένειας. Η σημαντικότερη ίσως επίπτωση από την παραπάνω λειτουργία της οικογένειας είναι η υπερπροστατευτικότητα η οποία αναπτύσσεται απέναντι στο άτομο με αναπηρία, δημιουργώντας τις περισσότερες φορές ανεπάρκεια τόσο στις δεξιότητές του αλλά και μειώνοντας τις δυνατότες ανάπτυξης περαιτέρω δεξιοτήτων (Crnic, Friedrich & Greenberg, 2002).

Η ανατροφή ενός παιδιού με αναπηρία θεωρείται μια από τις πιο στρεσογόνες καταστάσεις για τους γονείς (Dardas & Ahmad, 2014). Τα αισθήματα αβεβαιότητας για την εξέλιξη του παιδιού, οι καθημερινές δυσκολίες λόγω των λειτουργικών περιορισμών και η ανάγκη θεραπευτικής αγωγής, αποτελούν μόνο μερικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την οικογενειακή λειτουργία και προσαρμογή. Επομένως, η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία έχει ισχυρό αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια και επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο ζωής κάθε μέλους της, καθώς συνιστά αναγκαία τη μακροχρόνια φροντίδα του, η οποία απέχει πολύ από τις προσδοκίες των γονέων και από τις συνήθειες ανάγκες των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Έτσι, ενώ η φροντίδα των παιδιών αποτελεί μια φυσιολογική λειτουργία κάθε γονέα, στην περίπτωση των παιδιών με μακροχρόνιους λειτουργικούς περιορισμούς ο ρόλος του γονέα μπορεί να γίνει επαχθής και να έχει ισχυρό αντίκτυπο τόσο στη σωματική και ψυχική του υγεία, όσο και στην κοινωνική και οικονομική του κατάσταση (Talley & Crews, 2007. Hart & Kelley, 2006. Parish, Seltzer, Greenberg & Floyd, 2004).

Η αναμονή του ερχομού ενός παιδιού στην οικογένεια κυοφορείται με ελπίδες και όνειρα για τη μελλοντική του σταδιοδρομία. Όμως στην περίπτωση της γέννησης ενός παιδιού με αναπηρία, η οικογένεια καλείται να ανταποκριθεί σε μια σειρά νέων αναγκών και δυσκολιών (Μαυροπούλου, 2003). Η απόκτηση ενός παιδιού με αναπηρία ταυτίζεται με τη ματαίωση ελπίδων για ένα φυσιολογικό παιδί, γεγονός που θέτει τους γονείς σε μια ατέρμονη ψυχολογική διαδικασία πένθους και στρες (Κωτσόπουλος, 2014).

Σύμφωνα με τον Hobbs (1975), ο γονέας είναι ο «ο βασικός βοηθός, επιμελητής, συντονιστής, παρατηρητής, αξιολογητής, υποστηρικτής και αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις» για το παιδί του. Από την πρώτη στιγμή που οι γονείς αντιληφθούν τις δυσκολίες του παιδιού, ξεκινά το άγχος και η αναστάτωση, τα οποία κορυφώνονται κατά τη διάγνωση της αναπηρίας (Σινανίδου, 2013).

Οι γονείς που αποκτούν παιδί που δεν αναπτύσσει λόγο και υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας ή μόνο σε υποτυπώδη μορφή, εισέρχονται σε μια κατάσταση αβεβαιότητας και άγχους για το αναπάντεχο πρόβλημα του παιδιού τους. Επιπλέον, ιδιαίτερα επώδυνη και τραυματική εμπειρία και για τους δύο γονείς είναι η ίδια η διαδικασία της διάγνωσης, της αναζήτησης πηγών βοήθειας και οικογενειακής υποστήριξης. Όσο λιγότερη και ανεπαρκής η βοήθεια που παρέχεται στους γονείς τόσο πιο επώδυνη θα είναι και η περίοδος αβεβαιότητας των γονέων και απραγίας του παιδιού, αντί της αξιοποίησης του χρόνου για πρόωμη παρέμβαση (Κωτσόπουλος, 2014).

Υπάρχουν περιπτώσεις αναπηρίας στις οποίες το έλλειμμα του παιδιού δε γίνεται αντιληπτό από την εξωτερική του εμφάνιση. Ως «αόρατες» διαταραχές θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν αυτές που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, η τύφλωση/μειωμένη όραση, η κώφωση/βαρηκοΐα καθώς και η ελαφρά νοητική υστέρηση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι προσδοκίες σε σχέση με τη συμπεριφορά, την κοινωνική επαφή και την επικοινωνία του παιδιού είναι αντίστοιχες της ηλικίας. Η

αναγνώριση της διαταραχής σε ένα παιδί φαινομενικά υγιές προκαλεί έντονα, αντικρουόμενα συναισθήματα τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των γονέων και του παιδιού (Kimpton, 1990). Η ακατάλληλη, παράξενη, απρόσμενη και μη αναμενόμενη συμπεριφορά του παιδιού σε σχέση με την εξωτερική του εμφάνιση προκαλεί συνηθώς εντύπωση στους άλλους, αμηχανία και απογοήτευση στους γονείς.

Περαιτέρω δυσκολίες αντιμετωπίζει η οικογένεια στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Λόγω μεγάλης απορρόφησης του χρόνου των γονέων στο παιδί με αναπηρία συχνά η οικογένεια καλείται να εγκαταλείψει επαγγελματικές φιλοδοξίες ή παραμελεί όχι μόνο την επαγγελματική αλλά και την κοινωνική ζωή. Σε συνδυασμό με την πυρηνική, κατά κύριο λόγο, δομή της σημερινής οικογένειας και συνεπώς την έλλειψη της υποστήριξης από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, η οικογένεια αποδιοργανώνεται και είναι πιθανή η εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων από τη μεριά των γονέων. Εξάλλου μια πιθανή αιτία απομόνωσης των γονέων ενδέχεται να είναι η προσπάθεια απόκρυψης του προβλήματος, η σκέψη ότι η συμπεριφορά του παιδιού ενοχλεί τους άλλους ή ακόμα και η στάση των άλλων που δείχνουν αποστροφή προς το ανάπηρο παιδί τους (Γκονέλα, 2006).

Βασικό στοιχείο για τη σωστή βοήθεια του ανάπηρου παιδιού είναι η συμφωνία μεταξύ της μητέρας και του πατέρα. Οι γονείς οφείλουν να συμφωνήσουν σε πολλά, αν θέλουν να βοηθήσουν το παιδί τους αλλά και ο ένας τον άλλον (Σταμάτης, 1987, σελ. 54). Αν κάποιος από τους γονείς βιώνει κάποιο από αυτά ή όλα αυτά τα συναισθήματα που περιγράφονται παρακάτω στον κύκλο της θλίψης και τα αισθήματα αυτά δε γίνονται κατανοητά ή δεν τα συμμερίζεται ο/η σύντροφος, αυτό μπορεί να προκαλέσει ένταση στη συζυγική σχέση. Δεν είναι ασυνήθιστο για τους γονείς να χρειάζονται κάποια συμβουλευτική υποστήριξη για να βοηθηθούν να ξεπεράσουν αυτή τη ραγδαία αλλαγή στη ζωή τους (Satkiewicz-Gayhardt et al., 1996).

Ένας από τους πλέον αγχογόνους παράγοντες στις οικογένειες παιδιών με αναπηρία είναι η έλλειψη συνεννόησης μεταξύ των συζύγων, λόγω της κούρασης και της έλλειψης ισορροπίας και χαράς στην οικογενειακή ζωή. Τα προβλήματα αυτά, όπως ισχυρίζονται οι γονείς, οφείλονται στην παρουσία του παιδιού σε συνδυασμό με τις δυσκολίες εξεύρεσης των κατάλληλων θεραπευτικών υπηρεσιών (Weiss, 1991). Οι ίδιοι οι γονείς αναφέρουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συζυγική τους ζωή σε σχέση με γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Συνεπώς φαίνεται ότι οι συγκρούσεις του ζευγαριού και η κακή ποιότητα της σχέσης τους μπορεί να δυσχεραίνει την ποσαρμογή τους στην κατάσταση της αναπηρίας που παρουσιάζει το παιδί τους (Higgins et al., 2005). Οι γονείς των παιδιών με αναπηρία καλούνται να παλέψουν ανάμεσα σε πολλά δίπολα: την ελπίδα και την απελπισία, την τελειότητα και την αναπηρία, την αποδοχή και την πάλη, την ντροπή και την υπερηφάνεια, τον εγωισμό και την ανιδιοτέλεια (Solomon & Chung, 2012).

Παρά το γεγονός ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρία εκφράζουν από κοινού ανησυχίες, φαίνεται να υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές στα κατεξοχήν αίτια που προκαλούν άγχος στη μητέρα και στον πατέρα ανταποκρινόμενα στους παραδοσιακούς ρόλους των γονέων. Για παράδειγμα, ενώ οι μητέρες αγχώνονται ιδιαίτερα λόγω της συνεχούς φροντίδας που χρειάζεται το παιδί με αναπηρία, οι πατεράδες αγχώνονται περισσότερο για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (Γενά, 2002).

Ένας ακόμη παράγοντας που ενισχύει το άγχος και την ανησυχία των γονέων είναι η ελλειμματική κρατική και κοινωνική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, η απουσία τοπικών διαγνωστικών υπηρεσιών, που μπορούν να παρέχουν σε πρώτο τουλάχιστον επίπεδο, έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση και πληροφορίες για την κατάσταση του παιδιού τους, αλλά και περαιτέρω η αδυναμία παροχής κατάλληλων θεραπευτικών προγραμμάτων ειδικής αγωγής που να απευθύνονται στις ανάγκες ενός παιδιού με αναπηρία, η εφαρμογή των οποίων απαιτεί βεβαίως εξειδικευμένους θεραπευτές και ειδικούς παιδαγωγούς (Sivberg, 2002. Whitaker, 2002).

Στην προσπάθεια επίλυσης των βασικών δυσκολιών που άπτονται της αναπηρίας δημιουργήθηκαν διαφορετικές θεραπείες, που υπόσχονταν θεαματικά αποτελέσματα. Παραδείγματα τέτοιων θεραπειών είναι η διευκολυμένη επικοινωνία (Facilitated Communication), ειδικές δίαιτες, η χορήγηση σεκρετίνης, ακόμα και οι ισχυρισμοί εμβολίου που θεραπεύει τον αυτισμό, οι οποίες προκάλεσαν κύματα ενθουσιασμού από τους γονείς, αλλά δεν έδειξαν αξιόπιστα αποτελέσματα. Οι γονείς στην προσπάθεια ενημέρωσης και αναζήτησης βοήθειας καθίστανται ευάλωτοι στην οποιαδήποτε προώθηση θεραπείας, η οποία εν τέλει δεν προσφέρει παρά μόνο ελπίδα (Volkmar, Paul, Klin, Cohen, 2005). Ακόμη οι γονείς αντιμετωπίζουν τεράστια δυσκολία στη ανάπτυξη θεραπευτικής στάσης για τον χειρισμό του παιδιού τους, εξαιτίας της αποφυγής συναλλαγής μαζί του, της σοβαρής –ειδικά σε ορισμένες μορφές αναπηρίας- δυσχέρειας στην επικοινωνία και στην αλληλεπίδραση καθώς και στην έλλειψη κινητοποίησης που οφείλεται στην επίκτητη αίσθηση αδυναμίας που τείνει να αναπτύξει το παιδί (Κωτσόπουλος, 2014), ιδιαίτερα σε υπερπροστατευτικά περιβάλλοντα.

Η έρευνα και η κλινική πράξη υποστηρίζουν τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης είναι υψηλότερα στους γονείς, κυρίως στις μητέρες παιδιών με αναπηρία, δίνοντας προβάδισμα στις μητέρες παιδιών με αυτισμό, σε σύγκριση με τους γονείς των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Duarte et al., 2005. Tobin et al., 2005). Συγκεκριμένα, αποτελέσματα μελέτης (Firat et al., 2005) έδειξαν ότι οι μητέρες παιδιών με αυτισμό βιώνουν περισσότερη ψυχολογική εξάντληση από τις μητέρες παιδιών με νοητική υστέρηση. Επίσης, κλινική έρευνα έδειξε ότι η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στο παιδί με αναπηρία. Αν εκείνη αποδεχτεί το πρόβλημα με λογική και το αντιμετωπίσει με τρόπο κατάλληλο, το ίδιο θα κάνουν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Μαργαρίτης, 2005).



Όλα τα παραπάνω δεδομένα δημιουργούν αναμφισβήτητα αυξημένα επίπεδα άγχους τόσο στη μητέρα όσο και σε ολόκληρη την οικογένεια (Bailey, Golden, Roberts & Ford, 2007. Emerson, Hatton, Llewellyn, Blacher & Graham, 2006, Graham et al., 2010). Ωστόσο η αρνητική αυτή εικόνα της αναπηρίας μέσα στην οικογένεια, δεν κυριαρχεί πάντα καθώς μια μεγάλη πλειοψηφία, διατηρεί με επιτυχία την οικογενειακή λειτουργία (Blacher & Baker, 2007). Οι έρευνες στο πεδίο των οικογενειακών σχέσεων εστιάστηκαν στις μητέρες και λιγότερο στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, παρά το γεγονός ότι ανίχνευσαν περιορισμένες ή ασήμαντες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας των ατόμων με αναπηρία (Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2010. Hatton, Emerson, Graham, Blacher & Llewellyn, 2010).

Παρά την πιθανότητα εμφάνισης αρνητικών ψυχοπαθολογικών αντιδράσεων από τους γονείς, πολλές έρευνες αναφέρονται στην εμφάνιση θετικών συναισθημάτων και εμπειριών που συνδέονται με την ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια (πολεμικός & Τσιμπιδάκη, 2002. Dale, 2000. Seligman & Darling, 1989. Fewell, 1986. Dunst et al., 1986).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι γονείς αγαπούν και αποδέχονται το παιδί τους (Dale, 2000. Gallias, 1989). Στις θετικές επιπτώσεις αναφέρονται ότι βελτιώθηκαν οι προσαρμοστικές τους ικανότητες και η συνοχή της οικογένειας, η ψυχοπνευματική ζωή των γονέων καθώς και η επικοινωνία των μελών της οικογένειας (Ferguson, 2002).

Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν πως η γέννηση του παιδιού με αναπηρία δεν επιφέρει πάντα καταστροφικές συνέπειες στη ζωή του ζευγαριού (Tsibidaki, 2013). Επιπλέον, τα προβλήματα στο γάμο που παρουσιάζονται σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία δεν είναι ποσοτικά πολύ περισσότερα συγκρινόμενα με αυτά που παρουσιάζονται σε οικογένειες με τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Patterson, 1991, στο: Tsibidaki, 2013). Επίσης αναφέρεται ότι ενώ αναμένεται η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία να οδηγήσει σε διαζύγιο, αυτό δεν επιβεβαιώνεται λόγω περιορισμένων και ασαφών ερευνών (Havens, 2005).

Συνολικά η επιβάρυνση που υφίσταται η οικογένεια του παιδιού με αναπηρία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή των οικογενειών παιδιών χωρίς αναπηρία (Sivberg, 2002). Οι διαφορές που εντοπίζονται στον τρόπο λειτουργίας των οικογενειών που βιώνουν τη συνθήκη της αναπηρίας δε θα πρέπει να ερμηνεύεται απαραίτητα ως δυσλειτουργικός, αλλά ως διαφορετικός τρόπος προσαρμογής στην πραγματικότητα, χωρίς αυτή η διαφορά να συνεπάγεται άμεσα τη δυσαρέσκεια των γονέων (Tsibidaki, 2013).

Γενικότερα, η συμβίωση με την αναπηρία και η τελική αποδοχή της επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων όπως είναι η προσωπικότητα των γονέων, η σχέση μεταξύ των συζύγων, το είδος και ο βαθμός της αναπηρίας, η κοινωνική στάση αλλά και η κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας και συνολικά οι οικογενειακές

σχέσεις και επαφές. Επίσης, σημαντικό ρόλο στις διάφορες μεταβολές των στάσεων και συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια παίζει και η ίδια η αλληλεπίδραση με το ανάπηρο παιδί. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η αναπηρία είναι μια πραγματικότητα, η μειονεξία για την αναπηρία δημιουργείται από την ίδια την οικογένεια. Επομένως η οικογένεια έχει την υποχρέωση να προσαρμοστεί στα δεδομένα της αναπηρίας και να δημιουργήσει τις καλύτερες δυνατές συνθήκες για μια ισορροπημένη και από κοινού πορεία για την ζωή των μελών της.

### **2.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ**

Έχουν προταθεί διάφορα ψυχολογικά μοντέλα για να περιγράψουν ή να εξηγήσουν τις αντιδράσεις των γονέων στο άκουσμα της έλευσης ενός ανάπηρου παιδιού (Dale, 1996). Ωστόσο, κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά απέναντι στις όποιες καταστάσεις έρχεται αντιμέτωπος. Το ίδιο συμβαίνει και με τους γονείς ενός παιδιού με αναπηρία.

Αρχικά, οι αντιδράσεις των γονέων δεν μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν από την επικρατούσα στάση απέναντι σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα, όπως είναι αυτό της αναπηρίας. Παλαιότερα, οι ίδιοι οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες των παιδιών με αναπηρία στοχοποιούνταν για την κατάσταση του παιδιού τους. Σήμερα είναι αδιαμφισβήτητο, ότι οι γονείς των παιδιών με αναπηρία δε διαφέρουν ούτε ως προς την παθολογία ούτε ως προς την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους σε σχέση με τους γονείς τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Γενά, 2002).

Σε ορισμένες περιπτώσεις που η αναπηρία του παιδιού δεν προβλέπεται από τον προγεννητικό έλεγχο, ή δεν είναι εμφανής στα πρώτα στάδια της ζωής του παιδιού ακόμα και στις περιπτώσεις που η αναπηρία είναι επίκτητη, οι γονείς βιώνουν έντονη ταλάντευση ανάμεσα στην ελπίδα και την απελπισία, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να αποδεχτούν την κατάσταση του παιδιού τους (Mesibov, Shea & Schopler, 2005).

Ακόμη και μετά από μια ολοκληρωμένη αποδοχή του παιδιού με αναπηρία, οι συναισθηματικές αντοδράσεις των γονέων είναι αναπόφευκτες. Μάλιστα κατά την συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης υπάρχει και η αντίστοιχη κλιμάκωση των συναισθημάτων (Γενά, 2002).

Τις περισσότερες φορές, τα βήματα που ακολουθεί η αντίδραση των γονέων είναι προδιαγεγραμμένα. Οι ανάγκες τους αλλάζουν καθώς περνούν από τα στάδια της συνειδητοποίησης, της αποδοχής και της αντιμετώπισης. Ορισμένες οικογένειες αποκλίνουν αυτής της πορείας καθώς κάποιος μπορεί να παραμείνουν λιγότερο ή περισσότερο χρόνο σ' ένα στάδιο ενώ μπορεί να υπάρχει και οπισθοδρόμηση από ένα επόμενο στάδιο σε ένα προηγούμενο. Παρ' όλα αυτά καθοριστικό ρόλο στη συναισθηματική πορεία της οικογένειας παίζει η συνειδητοποίηση του προβλήματος (Γενά, 2002).

Τα συνηθέστερα συναισθήματα των γονέων παιδιών με αναπηρία είναι το πένθος, η θλίψη, η απογοήτευση και η απόγνωση που οφείλονται στη ματαίωση των ονείρων των γονέων, στην έλλειψη κατανόησης και στήριξης από τον στενό οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό κύκλο. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να κατευθύνονται εναντίον του ενός στζύγου από τον άλλον, στα υπόλοιπα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά της οικογένειας, στον ίδιο τους τον εαυτό και προς τον Θεό (Κρουσταλλάκης, 1997).

Εκτός από το είδος των αντιδράσεων που εκδηλώνονται από τους γονείς, έχουν γίνει προσπάθειες ταξινόμησής τους σε στάδια, με βασικό κριτήριο τον χρόνο εκδήλωσής τους. Ανάλογα δηλαδή με το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από το άκουσμα μέχρι την αποδοχή της αναπηρίας.

Οι Cummingham και Davis (1985) επισημαίνουν τέσσερα στάδια προσαρμογής των γονέων:

**Το στάδιο του σοκ:** οι γονείς πληροφορούνται για πρώτη φορά το πρόβλημα του παιδιού τους και κατακλύζονται από πληθώρα συναισθημάτων. Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου είναι η συναισθηματική αποδιοργάνωση των γονέων, ακόμη και η δυσπιστία και η σύγκριση για τις γνωματεύσεις των ειδικών. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από βραχεία διάρκεια, αλλά και ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική φόρτιση. Στο στάδιο αυτό, στο οποίο ο γονέας αμφισβητεί τη διάγνωση του παιδιού, χρήζει κατάλληλης συμβουλευτικής βοήθειας, υποστήριξης, συμπόνιας και κατανόησης.

**Το στάδιο της αντίδρασης:** αποτελεί την αφετηρία της μακρόνης πορείας που έχουν να διανύσουν οι γονείς προς τη συναισθηματική αλλά και πρακτική αναδιοργάνωση της ζωής τους. Παράλληλα βιώνουν θλίψη, απελπισία, θυμό και ενοχές. Στις περιπτώσεις που οι γονείς δε λαμβάνουν συμβουλευτική στήριξη, είναι πολύ πιθανό τα συναισθήματα αυτά να παρατείνονται επ' αόριστον.

**Το στάδιο της προσαρμογής:** οι γονείς είναι έτοιμοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την κατάσταση καθώς και τις ανάγκες του παιδιού. Για κάποιο διάστημα μετά τη διάγνωση οι γονείς των παιδιών με αναπηρία αισθάνονται μόμοι στον κόσμο, αφού αποφεύγουν να δημοσιοποιήσουν το πρόβλημα του παιδιού τους λόγω ντροπής. Σε αυτό λοιπόν το στάδιο κρίνεται απαραίτητη η σφαιρική ενημέρωση των γονέων σε σχέση με τα διδακτικοθεραπευτικά και εκπαιδευτικά πλαίσια στα οποία θα πρέπει να ενατχθούν οι ίδιοι και το παιδί. Έτσι θα προετοιμαστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για να περάσουν στο τελευταίο και ίσως σημαντικότερο στάδιο, αυτό του προσανατολισμού.

**Το στάδιο του προσανατολισμού:** ξεκινά η αναδιοργάνωση της οικογενειακής ζωής ώστε να ικανοποιηθούν στο μέγιστο οι ιδιαίτερες και σύνθετες ανάγκες του παιδιού με αναπηρία. Οι γονείς αλλάζουν τις πεποιθήσεις και τους αρχικούς φόβους. Αυτό που στην αρχή θεωρούσαν ως τιμωρία ή κατάρρα μεταβάλλεται σε μια νέα και όμορφη

οπτική για την ζωή. Ανάλογα πάντα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εκάστοτε οικογένεια, χρειάζεται διαφορετικού είδους αντιμετώπιση και στήριξη (Γενά, 2002).

Ακόμη είναι δυνατόν οι γονείς να αντιδράσουν απέναντι στο ανάπηρο παιδί τους με τους εξής τρόπους:

**Συνειδητή ή ασυνειδήτη συγκεκαλυμμένη απόρριψη:** όταν πρόκειται για ασυνειδήτη συγκεκαλυμμένη απόρριψη, οι γονείς είναι δυνατόν να προβάλλουν την εχθρότητα που αισθάνονται για το παιδί με αναπηρία πάνω σε άλλους. Δηλαδή πιστεύουν ή νομίζουν ότι το περιβάλλον απορρίπτει το παιδί τους και όχι οι ίδιοι.

**Ασυνειδήτη απόρριψη:** οι γονείς δείχνουν μια συναισθηματική ψυχρότητα απέναντι στο παιδί τους, αγνοώντας την αναπηρία του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς να έχουν ένα πλήθος απαιτήσεων κυρίως μαθησιακών και γλωσσικών. Σε ορισμένες μάλιστα φορές ενδέχεται να έχουν ακόμη περισσότερες απαιτήσεις από αυτές που θα είχαν αν το παιδί τους ήταν τυπικώς αναπτυσσόμενο.

**Αποδοχή:** οι γονείς αποδέχονται πλήρως το παιδί τους παρά την αναπηρία του. Για παράδειγμα, η μητέρα δείχνει κατανόηση, αφοσίωση και υπομονή χωρίς να φτάνει την υπερπροστατευτικότητα. Δίνει έτσι στο παιδί τη δυνατότητα και την ευκαιρία για ανεξαρτησία και ανάπτυξη δυνατοτήτων (Αλεξάνδρου, 1990).

Το βαρύ συναισθηματικό φορτίο που συνεπάγεται η διάγνωση της αναπηρίας περιλαμβάνει πόνο, θυμό, φόβο, ενοχή και θλίψη. Τα συναισθήματα αυτά των γονέων οφείλονται, όπως προαναφέρθηκε, σε ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει παράγοντες που αφορούν στην ίδια την αναπηρία (το είδος, το βαθμό, τη σοβαρότητα κτλ.). Η δεύτερη σχετίζεται με ενδοοικογενειακούς παράγοντες ενώ η τρίτη με περιβαλλοντικούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να διαχωρίζονται σε κατηγορίες ωστόσο σχετίζονται άμεσα και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

## 2.4 ΑΔΕΛΦΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η πλειοψηφία των παιδιών σε όλο τον κόσμο έχει τουλάχιστον ένα αδελφό ή μια αδελφή. Η αδελφική σχέση είναι πιθανό να διαρκέσει περισσότερο από ό, τι οποιαδήποτε άλλη σχέση στη διάρκεια της ζωής του ατόμου και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος στη ζωή των οικογενειών. Ωστόσο, σε σύγκριση με τον πλούτο των μελετών για τη σχέση γονέα-παιδιού, έχει δοθεί σχετικά λίγη προσοχή στο ρόλο της αδελφικής σχέσης και τις επιπτώσεις που ασκεί η παρουσία του ενός αδελφού στο άλλο στην ανάπτυξή τους. Τις τελευταίες δεκαετίες, η έρευνα έχει επικεντρωθεί στην αδελφική σχέση στην πρώιμη παιδική ηλικία, και η μετάβαση από την εξέταση του ρόλου των διαρθρωτικών μεταβλητών (π.χ., ηλικία, σειρά γέννησης) προς την κατεύθυνση περισσότερων μεταβλητών διαδικασίας (π.χ., την κατανόηση των κοινωνικών τους κόσμων) έχει αποδειχθεί ότι είναι μια γόνιμη κατεύθυνση. Τα αδέρφια θεωρούνται ως αναπόσπαστο στοιχείο του οικογενειακού συστήματος και ως

ένα σημαντικό πλαίσιο για τη μάθηση και ανάπτυξη. Ωστόσο υπάρχει μια σειρά από μεθοδολογικές και εννοιολογικές προκλήσεις για τη μελέτη της αδελφικής σχέσης από αυτή η προοπτική (Howe, Ross, Recchia 2011. Brondy, 1998).

Στην πρώιμη παιδική ηλικία διακρίνονται τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά των αδελφικών σχέσεων (Howe, Ross, Recchia 2011. Dunn, 2002). Πρώτον, οι αδελφικές αλληλεπιδράσεις αποτελούν συναισθηματικά φορτισμένες σχέσεις που καθορίζονται από την ισχυρά, ανεμπόδιστα συναισθήματα μιας θετικής, αρνητικής και μερικές φορές αμφίθυμη ποιότητα (Volling, 2003. Dunn, 2002. Dunn, 1993). Δεύτερον, οι αδελφικές σχέσεις καθορίζονται από οικειότητα: ως παιδιά δαπανούν πολύ χρόνο στο να παίζουν μαζί και ξέρουν ο ένας τον άλλον πολύ καλά. Αυτή η μακρά ιστορία και βαθιά γνώση μεταφράζεται σε ευκαιρίες για την παροχή συναισθηματικής και καθοριστικής υποστήριξης από το ένα στο το άλλο (Howe, Rinaldi, 2004. Garner, Jones, Miner 1993) για συμμετοχή σε παιχνίδια ρόλων (Howe, Abuhatum, Chang-Kredl, 2014. Howe, Petrakos, Rinaldi, LeFebvre 2005. Youngblade, Dunn, 1995), για συγκρούσεις (Recchia, Howe, 2010. Howe, Rinaldi, Jennings, Petrakos, 2002. Ross, Filyer, Lollis, Perlman, Martin, 1994) και για την κατανόηση των απόψεων των άλλων (Recchia, Howe, 2008. Carpendale, Lewis, 2004). Τρίτον, οι αδελφικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από μεγάλες ατομικές διαφορές στην ποιότητα των σχέσεων των παιδιών μεταξύ τους (Howe, Ross, Recchia 2011. Volling, 2003. Dunn, 2002. Brondy, 1998). Τέταρτον, η διαφορά ηλικίας μεταξύ των αδελφών κάνει συχνά τα ζητήματα της εξουσίας και του ελέγχου (Abuhatum, Howe, 2013. Della Porta, Howe, 2012), της αντιπαλότητας και της ζήλιας (Kolak, Volling, 2011. Volling, Kennedy, Jackey, 2010. Miller, Volling, McElwain, 2000) καθώς και πηγές έριδος για τα παιδιά, αλλά και να παρέχει ένα πλαίσιο για τις πιο θετικού τύπου συμπληρωματικές ανταλλαγές, όπως η διδασκαλία, η βοήθεια (Volling, Yu, Gonzalez, Kennedy, Rosenberg, 2014. Howe, Ross, Recchia, 2011. Abramovitch, Corter, Pepler, Stanhope, 1986) , και η φροντίδα (Kramer, 2014. Howe, Recchia, 2009). Σε γενικές γραμμές, τα χαρακτηριστικά των αδελφικών σχέσεων μερικές φορές καθιστούν δύσκολο για τους γονείς, λόγω της δυνητικά συναισθηματικής και έντονα φορτισμένης φύσης της σχέσης, να χειριστούν με ιδανικό τρόπο την ανατροφή του κάθε παιδιού. Ένα ζήτημα που προκύπτει λόγω διαφορών ηλικίας είναι η διαφοροποιημένη γονεϊκή συμπεριφορά (Meunier, Roskam, Stievenart, Van, Browne, Wade, 2012. Volling, 1997).

Το βασικό ερώτημα που έχει οδηγήσει στην έρευνα των αδελφικών σχέσεων είναι ο λόγος που μερικές δυάδες αδελφών εμφανίζονται να τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους καθώς και να ενεργούν ως πηγές συναισθηματικής και καθοριστικής υποστήριξης και συντροφικότητας ένας για τον άλλο, ενώ άλλα αδέρφια έχουν πολύ πιο ταραγμένη και συγκρουσιακή σχέση (Howe, Ross, Recchia, 2011. Dunn, 2002). Μετά από αυτό το βασικό ερώτημα, υπάρχουν μια σειρά από καίρια ερωτήματα που έχουν τεθεί:

1. Ποια είναι η ποιότητα και η φύση των αδελφικών σχέσεων που σχετίζονται με την κοινωνική-συναισθηματική αποτελεσματικότητα, την παιδική προσαρμογή, τις αλληλεπιδράσεις των παιδιών σε άλλες σχέσεις αργότερα, και την κατανόησή τους από τον κοινωνικό τους κόσμο;
2. Πώς πρέπει οι γονείς να παρεμβαίνουν σε συγκρούσεις των παιδιών τους; Ποιες είναι οι συνδέσεις μεταξύ της διαφορετικής γονεϊκής συμπεριφοράς (δηλαδή, όταν ένα παιδί δίνεται προνομιακή μεταχείριση) και των αδελφικών σχέσεων;
3. Ποιοι είναι οι ρόλοι της ηλικίας, της σειράς γέννησης και του φύλου για τον καθορισμό της φύσης και της ποιότητας των αδελφικών σχέσεων; Πώς οι ατομικές διαφορές στην ιδιοσυγκρασία σχετίζονται με την ποιότητα της σχέσης;
4. Πώς η ποιότητα των προαναφερθέντων αδελφικών σχέσεων επηρεάζουν τις αδελφικές αλληλεπιδράσεις με την πάροδο του χρόνου;

## 2.5 ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Τα αδέλφια μοιράζονται μια μοναδική και σημαντική σχέση το ένα με το άλλο μέσα στην οικογενειακή ενότητα (Knott, Lewis, & Williams, 1995). Στις τυπικές σχέσεις των αδελφών, τα παιδιά νιώθουν κοντά το ένα στο άλλο και παρέχουν κοινωνική, συναισθηματική και υλική βοήθεια σε όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους (Cicirelli, 1995). Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των αδελφών είναι βασικά και δυναμικά συστατικά της κοινωνικοποίησης τους, αφού μέσω αυτών, ενθαρρύνονται και καλλιεργούνται ουσιαστικές και αποτελεσματικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία από τα παιδιά “υγιών” σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους (Cicirelli, 1995). Τα παιδιά με αναπηρία εμφανίζουν ένα σύνολο συμπεριφορών που ίσως αναμένεται να επηρεάσει τη σχέση και την αλληλεπίδραση μεταξύ των αδελφών (Harris, 1994). Έτσι, αρκετές ερευνητικές μελέτες επικεντρώθηκαν στην εξέταση και περιγραφή των ιδιαίτερων αναγκών και των προβλημάτων προσαρμογής που ίσως παρουσιάζουν τα παιδιά που έχουν αδέλφια με αυτισμό.

Στο πλαίσιο της μελέτης των οικογενειακών σχέσεων και της επιρροής που ασκεί η αναπηρία σε αυτές, διερευνήθηκαν και οι αδελφικές σχέσεις των μελών της οικογένειας. Η έρευνα απέδειξε ότι οι γυναίκες παρέχουν περισσότερη φροντίδα στο μέλος με αναπηρία σε σχέση με τους άνδρες και διατηρούν περισσότερα θετικά συναισθήματα γι’ αυτά (Osmond & Seltzer, 2000). Τα αδέλφια συνιστούν τους «προσωπικούς φρουρούς» του ατόμου με αναπηρία αφού όπως σημειώνουν οι Bray et al (2000) το 18% από αυτούς αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου την προστασία και φροντίδα τους. Ωστόσο πολλές φορές η οπτική των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα αδέλφια τους είναι αρκετά διαφορετική, καθώς βιώνουν συναισθήματα απογοήτευσης όταν τα αδέλφια τους εκπληρώνουν στόχους, τους οποίους οι ίδιοι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν.

Είναι γεγονός ότι η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία μέσα στην οικογένεια συνεπάγεται μια καθολική αναστάτωση των μελών της και είναι φυσικό να έχει επιπτώσεις σε όλο το φάσμα της οικογενειακής ζωής. Πολύ συχνά, λόγω των άμεσων αναγκών του παιδιού με αναπηρία, παραμελούνται οι εξίσου σημαντικές αλλά

λιγότερο αντιληπτές ανάγκες των αδελφών τους. Η σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του παιδιού με αναπηρία πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συχνά παραμελημένα αδέλφια και να αξιοποιεί το δυναμικό τους, όπως και κάθε άλλου μέλους της οικογένειας, για την ισόρροπη πορεία της οικογενειακής ζωής (Γενά, 2002). Πιο συγκεκριμένα, δεδομένης της σοβαρότητας της κατάστασης της αναπηρίας, η οικογένεια του ανάπηρου παιδιού παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δεν υπάρχουν σε οικογένειες τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Ειδικότερα οι οικογένειες αυτιστικών παιδιών για παράδειγμα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χωρισμών και διαζυγίων σε σχέση με τις οικογένειες παιδιών με άλλου είδους αναπηρία ή ακόμα περισσότερο σε σχέση με τις οικογένειες στις οποίες δεν υπάρχει παιδί με αναπηρία (Σινανίδου, 2004).

Έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό αναφέρει ότι το 34% των οικογενειών με παιδί με αναπηρία αντιμετωπίζει συγκρούσεις ανάμεσα στα αδέλφια λόγω της κατάστασης που δημιουργείται. Οι οικογένειες αυτές βιώνουν κρίσεις, καθώς ανάμεσα στα αδέλφια δε αναπτύσσονται ισορροπίες που θα επιτρέψουν μια ομαλή συμβίωση. «Η έλλειψη αυτής της ισορροπίας οφείλεται στην μη οριοθέτηση ξεκάθαρων ρόλων, αποτέλεσμα της ασαφούς ενημέρωσης των μελών της» (Σούλης, 2000).

Η κυρίαρχη πεποίθηση που επικρατούσε για τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία υποστήριζε πως τα αδέλφια των παιδιών με αναπηρία μεγαλώνουν σε ένα οικογενειακό πλαίσιο μοναδικό και διαφορετικό, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς σε σχέση με τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Griffith et al. 2014. Ross and Cuskelly 2006. Hastings, 2003. Bauminger & Yirmiya, 2001. Fisman et al. 1996; Gold 1993. Rodrigue et al. 1993. McHale, Simeonsson, & Sloan, 1984) και βιώνουν φτωχότερες συναισθηματικά αδελφικές σχέσεις (Kaminsky and Dewey 2001). Ωστόσο, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει πως η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια δεν επηρεάζει την κοινωνική προσαρμογή των τυπικώς αναπτυσσόμενων αδελφών, αφού δε βρέθηκαν διαφορές στην κοινωνική ικανότητα των αδελφών παιδιών με αναπηρία και των αδελφών παιδιών με τυπική ανάπτυξη (Gold, 1993. Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004. Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993. Yirmiya et al., 2001). Ακόμη, οι Bauminger και Yirmiya (2001) σε μία μετα-ανάλυση ερευνών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ευρήματα σχετικά με τις κοινωνικές ικανότητες των παιδιών που έχουν αδέλφια με αναπηρία είναι διφορούμενα. Σε μια άλλη ανασκόπηση βιβλιογραφίας, οι Yirmiya, Shaked και Egel (2001) τόνισαν την αδυναμία εξαγωγής συμπερασμάτων για την επικοινωνιακή ικανότητα των αδελφών, αφού ένας μεγάλος αριθμός των ερευνών που εξέτασαν υποστήριζε πως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία παρουσιάζουν πολλά προβλήματα στην επικοινωνία με τους συνομιλήκους τους, ενώ αντίθετα σε άλλες έρευνες βρέθηκε ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες ανάμεσα στις δυο ομάδες αδελφών είναι παρόμοιες.

Τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην ψυχολογική προσαρμογή σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με τυπική ανάπτυξη (Verte, Roeyers & Buysse, 2003. Fisman, Wolf, Ellison & Freeman, 2000. Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993). Οι Bauminger και Yirmiya (2001) υλοποιώντας μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες συναισθηματικής προσαρμογής. Όμως

οι απόψεις αυτές έρχονται σε αντίθεση με άλλα ερευνητικά ευρήματα, που υποστηρίζουν πως τα αδέλφια έχουν καλή προσαρμογή συμπεριφοράς και συναισθηματική προσαρμογή παρόμοια με των αδελφών τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Pilowsky et al, 2004. Gold, 1993.). Τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία τείνουν να αποδίδουν στους εαυτούς τους υψηλότερη κοινωνική ικανότητα σε σύγκριση με τα αδέλφια παιδιών με τυπική ανάπτυξη (Verte, Roeyers & Buysse, 2003). Επίσης, τα παιδιά που έχουν αδέλφια με αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό αυτοαντίληψης σε σχέση με τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Mates, 1990), ενώ δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των αδελφών ως προς το βαθμό αυτοεκτίμησής τους (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993).

Επιπλέον, τα ερευνητικά ευρήματα σχετικά με τις γνωστικές και ακαδημαϊκές ικανότητες των αδελφών παιδιών με αναπηρία ποικίλουν. Συνεπώς, δεν προκύπτει ένα συγκεκριμένο γνωστικό και ακαδημαϊκό προφίλ για τα αδέλφια (Bauminger & Yinniya, 2001). Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν την ύπαρξη υψηλότερης γνωστικής ικανότητας στα αδέλφια παιδιών με αναπηρία σε σχέση με τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών ενώ ένας άλλος αριθμός ερευνών υποστηρίζει πως δεν υπάρχει διαφορά στη γνωστική ικανότητα των δυο ομάδων αδελφών (Yinniya, Shaked & Erel, 2001). Τέλος, κάποιοι ερευνητές αναγνωρίζουν στα αδέλφια παιδιών με αναπηρία χαμηλότερο επίπεδο γνωστικής ικανότητας αλλά υψηλότερες χωρο-χρονικές ικανότητες (Bauminger & Yinniya, 2001).

## **2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΔΕΛΦΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Η προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία φαίνεται να επηρεάζεται από συγκεκριμένους παράγοντες, ένας εκ των οποίων είναι η ηλικία των παιδιών (Bauminger & Yinniya, 2001). Οι Verte, Roeyers και Buysse (2003), οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως τα αδέλφια με ηλικίες 6-11 ετών εμφανίζουν περισσότερα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα και περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες ο βαθμός των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων που εμφανίζουν τα αδέλφια αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία τους (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993), ενώ το επίπεδο κατάθλιψης είναι υψηλότερο για τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία που βρίσκονται στην εφηβεία (Gold, 1993). Το φύλο των αδελφών δε φαίνεται να επηρεάζει την προσαρμογή τους στο σπίτι ή στο σχολείο και δε σχετίζεται με την κοινωνική προσαρμογή ή την κατάθλιψη, παρόλο που συνήθως οι αδελφές έχουν αυξημένες ευθύνες για τα αδέλφια τους με αναπηρία και τις δουλειές του σπιτιού (Gold, 1993. Mates, 1990). Ωστόσο, οι Verte, Roeyers και Buysse (2003) βρήκαν ότι συγκεκριμένα οι αδελφές παιδιών με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας τείνουν να αποδίδουν στους εαυτούς τους υψηλότερη κοινωνική προσαρμογή και να έχουν θετικότερη γενική ιδέα για τον εαυτό τους ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβείας.

Το μέγεθος της οικογένειας των παιδιών φαίνεται ότι είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την προσαρμογή τους. Τα αδέλφια που προέρχονται από μεγάλες οικογένειες έχουν συχνά καλύτερη προσαρμογή (Bauminger & Yinniya, 2001) και αντιμετωπίζουν την αναπηρία των αδελφών τους νιώθοντας λιγότερη ντροπή και αμηχανία σε σχέση με τα αδέλφια που προέρχονται από μικρότερες οικογένειες (McHale et al., 1986). Μια νεότερη έρευνα, όμως, οδηγήθηκε σε αντίθετα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία όσο μεγαλύτερο ήταν το μέγεθος της οικογένειας τόσο



μεγαλύτερη ήταν η καθυστέρηση στις δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών (Pilowsky et al. 2004). Ωστόσο, κάποιοι άλλοι ερευνητές υποστήριξαν πως το μέγεθος της οικογένειας δε επηρεάζει την προσαρμογή των αδελφών στο σπίτι και στο σχολείο (Mates, 1990), ούτε και την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στα αδέρφια (Kaminsky & Dewey, 2001). Η προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία φαίνεται να επηρεάζεται από την ποιότητα της συζυγικής σχέσης των γονέων. Όταν η συζυγική σχέση μεταξύ των γονέων είναι καλή, τα αδέρφια αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής και έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993). Αντίθετα, όταν το άγχος των γονέων είναι αυξημένο και στη συζυγική σχέση υπάρχουν εντάσεις, οι δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών εμφανίζουν μεγαλύτερη καθυστέρηση (Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004), η ποιότητα της σχέσης των αδελφών παρακμάζει και τα παιδιά έχουν περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές προς τα αδέρφια τους με αναπηρία (Rivers & Stoneman, 2003). Επίσης, η κατάθλιψη των γονέων επηρεάζει την προσαρμογή των αδελφών, αφού οξύνει τα προβλήματα προσαρμογής που αντιμετωπίζουν τα αδέρφια (Fisman, Wolf, Ellison & Freeman, 2000). Σε αντίθεση με τους προηγούμενους ερευνητές, ο Hastings (2003), υποστήριξε πως το άγχος της μητέρας δεν επηρεάζει σημαντικά την προσαρμογή συμπεριφοράς των αδελφών.

Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με αναπηρία δεν επηρεάζουν την προσαρμογή των αδελφών τους αφού ακόμη και τα αδέρφια παιδιών με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Hastings, 2003). Ωστόσο, οι Pilowsky και συνεργάτες (2004), οδηγήθηκαν σε αντίθετα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η αύξηση της σοβαρότητας της διαταραχής των παιδιών όξυνε τα προβλήματα συμπεριφοράς των αδελφών, ενώ παράλληλα ασκούσε θετική επίδραση στις κοινωνικές τους δεξιότητες. Η προσαρμογή των αδελφών φαίνεται να επηρεάζεται θετικά από την παροχή κοινωνικής υποστήριξης. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες τα προβλήματα προσαρμογής των αδελφών παιδιών με αναπηρία μπορούσαν να περιοριστούν και οι σχέσεις με τα αδέρφια τους να βελτιωθούν αν οι γονείς συμμετείχαν σε ομάδες υποστήριξης και αν τα αδέρφια συμμετείχαν σε προγράμματα παρέμβασης με συνομηλίκους (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003).

## **2.7 ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Η προσαρμογή των αδελφών επηρεάζεται από την ποιότητα των σχέσεων με τα αδέρφια τους με αναπηρία. Οι απόψεις των παιδιών για τις σχέσεις με τα αδέρφια τους με αυτισμό ποικίλουν και σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες παρουσιάζουν μια διφορούμενη εικόνα. Τα παιδιά τείνουν να θεωρούν θετικές τις σχέσεις με τα αδέρφια τους με αναπηρία και να εκφράζουν ικανοποίηση για την ποιότητα των σχέσεών τους (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003), ωστόσο οι γονείς των παιδιών αντιλαμβάνονταν τις σχέσεις των αδελφών πιο αρνητικά και απαισιόδοξα (Rivers & Stoneman, 2003). Οι Pilowsky et al (2004), δε βρήκαν διαφορές ανάμεσα στα συναισθήματα των αδελφών παιδιών με αναπηρία και των αδελφών παιδιών με τυπική ανάπτυξη όσον αφορά στις σχέσεις με τα αδέρφια τους. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλους ερευνητές τα αδέρφια αναφέρουν περισσότερα και αντικρουόμενα συναισθήματα για τα αδέρφια τους. Τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία

εκφράζουν μεγαλύτερο θαυμασμό για τα αδέρφια τους και θεωρούν πως είναι λιγότερο ανταγωνιστικά απέναντι τους και συγκρούονται πιο σπάνια μαζί τους σε σχέση με τα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών. Ωστόσο, νιώθουν μεγαλύτερη ντροπή για τα αδέρφια τους και αναφέρουν λιγότερη φροντίδα και στενή σχέση με αυτά απ' ότι τα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Kaminsky & Dewey, 2001' McHale et al, 1984). Τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά περιγράφουν τα αδέρφια τους πιο θετικά, ενώ τα μικρότερα παιδιά νιώθουν πως δέχονται πολύ μικρότερο βαθμό στοργής και φροντίδας από τα αδέρφια τους με αναπηρία (Kaminsky & Dewey, 2001. Pilowsky et al., 2004).

Τα παιδιά θεωρούν πως το πιο συνηθισμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στην αλληλεπίδραση με τα αδέρφια τους είναι οι επιθετικές συμπεριφορές και ο θυμός είναι η συνηθέστερη αντίδραση τους στην επιθετική συμπεριφορά. Επίσης, αρκετά συχνά χρησιμοποιούν τον έλεγχο συναισθημάτων καθώς και τους ευσεβείς πόθους ως στρατηγικές για τη διαχείριση δύσκολων συμπεριφορών, ενώ σπάνια επιλέγουν ως στρατηγική το να κατηγορούν άλλους (Ross & Cuskelly, 2006). Σύμφωνα με τους Ross και Cuskelly (2006), οι μηχανισμοί χειρισμού δύσκολων καταστάσεων που χρησιμοποιούν τα αδέρφια δεν φαίνεται να επηρεάζουν την προσαρμογή τους.

Τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία έχουν συνήθως περιορισμένες ή ανακριβείς και λανθασμένες γνώσεις για τον ορισμό και την αιτιολογία της αναπηρίας του/της αδελφού/ής τους, οι οποίες βελτιώνονται καθώς αυξάνεται η ηλικία των παιδιών. Έτσι, τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά, είναι πιο εξοικειωμένα με τη διάγνωση των αδελφών τους και δίνουν πιο ώριμες απαντήσεις σχετικά με την κατάσταση τους (Glasberg, 2000). Ωστόσο, η αύξηση που παρουσιάζεται στις γνώσεις των αδελφών είναι πολύ μικρή, αφού ακόμη και τα αδέρφια εφηβικής ηλικίας, έχουν λίγες και επιφανειακές γνώσεις για την εκάστοτε διαταραχή, γνωρίζουν κυρίως κάποια γενικά χαρακτηριστικά της, και έχουν περιορισμένη κατανόηση για της συνέπειές της (Opperman & Alant, 2003). Ωστόσο, οι Ross και Cuskelly (2006) βρήκαν πως τα αδέρφια ηλικίας 8-15 ετών έχουν μια καλή γνώση και κατανόηση της κατάστασης των αδελφών τους, η οποία όμως δε φάνηκε να επηρεάζει θετικά την προσαρμογή των αδελφών. Οι γονείς των παιδιών με αναπηρία συνήθως εκτιμούν σωστά το βαθμό στον οποίο τα παιδιά τους κατανοούν τον ορισμό και την αιτιολογία της κάθε αναπηρίας και τη διάγνωση των αδελφών τους, αν και τείνουν να υπερεκτιμούν το βαθμό στον οποίο τα παιδιά τους αναγνωρίζουν την επίδραση που η διαταραχή των αδελφών τους ασκεί στη ζωή τους και στα αδέρφια τους (Glasberg, 2000).

## **2.8 ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Όπως φαίνεται από τις ερευνητικές εφαρμογές που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα κοινωνικής και συναισθηματικής προσαρμογής. Επίσης, δυσκολεύονται στην εύρεση αποτελεσματικών στρατηγικοί αντιμετώπισης των πολύπλοκων καταστάσεων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της συμβίωσης με τα αδέρφια τους.

Στη συνέχεια, αναφέρονται κάποιες ερευνητικές μελέτες οι οποίες είχαν στόχο την υλοποίηση και την αξιολόγηση ομάδων υποστήριξης για αδέρφια παιδιών με αναπηρίες. Η Dyson (1998), διεξήγαγε μια ερευνητική μελέτη με στόχο την αξιολόγηση ενός προγράμματος ομαδικής υποστήριξης για αδέρφια ηλικίας 8-12

ετών παιδιών με αναπηρίες. Το πρόγραμμα υποστήριξης πραγματοποιούνταν 6 ημέρες το χρόνο για τρία χρόνια. Οι συναντήσεις της ομάδας των αδελφών ήταν δίωρες και η ημέρα που επιλέχθηκε για την πραγματοποίησή τους ήταν το Σάββατο. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος τα παιδιά απασχολούνταν με διάφορες δραστηριότητες, όπως κινητικά παιχνίδια, ζωγραφική και συζήτηση για τα αδέρφια τους, με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων και την αύξηση των γνώσεων σχετικά με την αναπηρία που είχαν τα αδέρφια τους.

Μετά την ολοκλήρωση των συναντήσεων της ομάδας υποστήριξης των αδελφών, πραγματοποιήθηκε μια αξιολόγηση του προγράμματος, σύμφωνα με την οποία το πρόγραμμα είχε θετικές επιδράσεις στην ομάδα των αδελφών. Πιο συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες δόθηκε η δυνατότητα να αποκτήσουν νέες γνώσεις για την αναπηρία και αυξήθηκε η ευαισθητοποίησή τους για προσφορά βοήθειας στα άτομα με αναπηρίες και την εκτίμησή τους για τα άτομα αυτά. Επίσης, μετά τη συμμετοχή τους στην ομάδα οι συμμετέχοντες βελτίωσαν τις σχέσεις με τα αδέρφια τους και αύξησαν την αλληλεπίδραση μαζί τους.

Στα πλαίσια της ερευνητικής μελέτης και με στόχο τη μελλοντική βελτίωση παρόμοιων προγραμμάτων, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τις πλευρές του προγράμματος που τους άρεσαν περισσότερο κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Τα μισά περίπου από τα παιδιά δήλωσαν πως απόλαυσαν κυρίως τις ομαδικές δραστηριότητες, τα παιχνίδια ρόλων και τα αθλήματα. Στα παιδιά άρεσαν επίσης οι ομαδικές συζητήσεις μέσω των οποίων μάθαιναν για την αναπηρία και τις ανάγκες των αδελφών τους, για το πώς να βοηθούν τα αδέρφια τους και για το πώς να τα βγάζουν πέρα μαζί τους. Τα περισσότερα παιδιά ανέφεραν πως το Σάββατο ήταν η ημέρα που προτιμούσαν για τις συναντήσεις, ενώ δεν ανέφεραν κάποια συγκεκριμένη ώρα γι' αυτές.

Οι Lobato και Kao (2001) ανέπτυξαν και αξιολόγησαν μια ολοκληρωμένη ομαδική παρέμβαση για τα αδέρφια ηλικίας 8-13 ετών και τους γονείς παιδιών με χρόνιες ασθένειες και αναπτυξιακές διαταραχές (12 παιδιά). Το πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο ολοκληρώθηκε μετά από έξι ομαδικές συνεδρίες διάρκειας 90 λεπτών, είχε ως στόχο του μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένες δραστηριότητες να αυξήσει τις γνώσεις των παιδιών για τη διάγνωση των αδελφιών τους και να βελτιώσει την ικανότητα προσαρμογής τους.

Η αξιολόγηση του προγράμματος η οποία πραγματοποιήθηκε μετά το τέλος των συναντήσεων της ομάδας, έδειξε πως μετά την ομαδική παρέμβαση αυξήθηκε η ικανότητα των παιδιών να κατονομάσουν και να εξηγήσουν τη διαταραχή των αδελφών τους και οι εξηγήσεις τους έγιναν περισσότερο ορθές και ακριβείς. Ένα ακόμη στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα, είναι πως τα κορίτσια ήταν πιο ακριβή από τα αγόρια στην ορολογία της διαταραχής των αδελφών τους τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση. Τα συμπτώματα αρνητικής προσαρμογής που εμφάνιζαν τα αδέρφια μειώθηκαν μετά την παρέμβαση, ενώ παράλληλα αυξήθηκε η εγγύτητα με τα αδέρφια τους, και οι αλλαγές αυτές έγιναν αντιληπτές και από τους γονείς των παιδιών.

Ένα ακόμη πρόγραμμα παρέμβασης οργανώθηκε προκειμένου να προσφέρει υποστήριξη σε παιδιά 4-11 ετών που έχουν αδέρφια με αναπηρίες (Warren Dodd, 2003). Η ομάδα των αδελφών κάνει μια συνάντηση διάρκειας δυο ημερών κάθε οκτώ

χρόνια. Μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένες δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, παιχνιδιών και ομαδικών δραστηριοτήτων, το πρόγραμμα είχε ως στόχο να προσφέρει στα αδέρφια την ευκαιρία να συζητήσουν μεταξύ τους, να εκφράσουν τα συναισθήματά και τις απόψεις για τα αδέρφια τους και να μιλήσουν για τις επιδράσεις που η κατάσταση αυτή ασκεί στους ίδιους και τις οικογένειες τους.

Η αξιολόγηση της παρέμβασης αποκάλυψε πως κατά τη διάρκεια των δυο ημερών, τα παιδιά απόλαυσαν το πρόγραμμα, και μπόρεσαν να χαλαρώσουν και να μιλήσουν ανοιχτά για τα συναισθήματά και τις εμπειρίες και τις απόψεις τους σχετικά με τα αδέρφια τους. Οι γονείς των παιδιών αξιολόγησαν θετικά το πρόγραμμα θεωρώντας πως αποτέλεσε μια εποικοδομητική εμπειρία για τα παιδιά τους. Η συμμετοχή των παιδιών τους στην ομάδα πίστευαν πως τους πρόσφερε τη δυνατότητα να περάσουν ευχάριστες στιγμές μακριά από το σπίτι τους, και ταυτόχρονα να γνωρίσουν άλλα παιδιά που αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις με τα αδέρφια τους.

Οι D'Arcy, Flynn, McCarthy, O'Connor και Tierney (2004) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος παρέμβασης για παιδιά ηλικίας 8-10 ετών τα οποία έχουν αδέρφια με αναπηρίες. Το πρόγραμμα συμπεριλάμβανε 4 συναντήσεις (μια συνάντηση κάθε μήνα) και η ημέρα που πραγματοποιούνταν οι συναντήσεις ήταν το Σάββατο. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ομάδας, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να συζητήσουν, να μοιραστούν πληροφορίες σχετικά με τα αδέρφια τους με αναπηρίες και διασκεδάσουν με τους συνομηλίκους τους.

Αφού ολοκληρώθηκαν οι συναντήσεις οι ερευνητές αξιολόγησαν το πρόγραμμα παρέμβασης, ζητώντας ανατροφοδότηση από τα παιδιά που συμμετείχαν σε αυτό αλλά και από τους γονείς τους. Τα αδέρφια δήλωσαν πως απόλαυσαν το πρόγραμμα και θεωρούσαν πως οι συναντήσεις τους με άλλα παιδιά που αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις ήταν μια θετική και ευχάριστη εμπειρία. Επιπλέον, όλα τα παιδιά ένιωθαν πως ωφελήθηκαν από το γεγονός πως μπορούσαν να συζητήσουν για τις θετικές και αρνητικές πλευρές της ζωής με τα αδέρφια τους με αναπηρία, και να εκφράσουν τα αμφιλεγόμενα συναισθήματα που ένιωθαν για τα αδέρφια τους. Μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα τα παιδιά αναγνώριζαν πιο ξεκάθαρα τη διαφορετικότητα των αδελφών τους και τις δυσκολίες που τα αδέρφια τους αντιμετώπιζαν στο σχολείο, στο σπίτι και στο παιχνίδι. Επίσης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων, μετά την παρέμβαση οι σχέσεις των παιδιών τους βελτιώθηκαν και αυξήθηκε ο βαθμός στον οποίο τα παιδιά τους αντιλαμβάνονταν την αναπηρία των αδελφών τους.

Ένα άλλο πρόγραμμα παρέμβασης για αδέρφια ηλικίας 7-16 ετών πραγματοποιήθηκε από τους Smith και Perry (2005). Το πρόγραμμα συμπεριλάμβανε οκτώ εβδομαδιαίες συναντήσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων τα αδέρφια είχαν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε ποικίλες δραστηριότητες σε ένα ευχάριστο και υποστηρικτικό περιβάλλον. Στόχος του προγράμματος παρέμβασης ήταν η αύξηση της αυτοαντίληψης των παιδιών και των γνώσεων τους για τον αυτισμό. Επίσης, η προσφορά στα αδέρφια την ευκαιρίας για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με τα αδέρφια τους και για εύρεση νέων στρατηγικών για τη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων με τα αδέρφια τους.

Η αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε μετά από τις συναντήσεις, αποκάλυψε πως το πρόγραμμα είχε θετική επίδραση για τα αδέρφια. Μετά την παρέμβαση η συνολική

αυτοεικόνα των παιδιών αυξήθηκε σημαντικά και οι γνώσεις τους για τον αυτισμό βελτιώθηκαν. Ωστόσο, μετά την παρέμβαση δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές στα συναισθήματα θυμού και εχθρότητας που ένιωθαν τα παιδιά για τα αδέρφια τους με αυτισμό.

## 2.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και η εξέταση προηγούμενων ερευνητικών μελετών ενισχύει την άποψη ότι τα προγράμματα υποστήριξης αποτελούν ουσιαστικό παράγοντα για τη βελτίωση της προσαρμογής των αδελφών παιδιών με αναπηρία. Αναλυτικότερα, τα προγράμματα οδηγούν στα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Στην αύξηση των γνώσεων των συμμετεχόντων για την αναπηρία και την βελτίωση της κατανόησης τους για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα αδέρφια τους. Όπως φαίνεται από την αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε σε αρκετά προγράμματα υποστήριξης, η συμμετοχή των παιδιών σε ομάδες υποστήριξης οδήγησε σε αύξηση της ικανότητάς τους να ονομάσουν, να κατανοήσουν και να εξηγήσουν τη διαταραχή του αδελφού τους (Dyson, 1998' Evans et al, 2000' Lobato & Kao, 2001 • Smith & Perry, 2005).
- Στη θετική τροποποίηση της ποιότητας των σχέσεων των συμμετεχόντων παιδιών με τα αδέρφια τους με αναπηρία και την αύξηση της αδελφικής εγγύτητας. Προηγούμενες έρευνες αξιολόγησης προγραμμάτων παρέμβασης για τα αδέρφια, υποστήριξαν πως μετά τη συμμετοχή των παιδιών στην ομάδα υποστήριξης, αυξάνεται ο βαθμός προσφοράς βοήθειας στα αδέρφια τους, βελτιώνεται ο τρόπος αλληλεπίδρασης τους με αυτά, και επιπλέον αυξάνεται η ικανότητά τους να παίζουν και να χαλαρώνουν με τα αδέρφια τους με αναπηρία (D'Arcy et al, 2004 • Dyson, 1998 • Evans et al, 2000- Lobato & Kao, 2001).
- Στη γνώση και απόκτηση νέων θετικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση και διαχείριση δύσκολων και αγχογόνων καταστάσεων που τα αδέρφια καλούνται να αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους με τα παιδιά με αναπηρία (D'Arcy et al, 2004).
- Στην προσφορά στα παιδιά ευχάριστων στιγμών χαλάρωσης και ψυχαγωγίας σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Προγενέστερες ερευνητικές μελέτες έδειξαν πως μετά το τέλος των προγραμμάτων υποστήριξης, τόσο τα συμμετέχοντα σε αυτές παιδιά όσο και οι γονείς τους δηλώνουν πως τα αδέρφια απόλαυσαν τη συμμετοχή τους στην ομάδα και αποκώμισαν από αυτή μια ευχάριστη και θετική εμπειρία (D'Arcy et al., 2004- Evans et al., 2000. Waren & Dodd, 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3. Εισαγωγή στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (Parental Acceptance-Rejection Theory-PARTheory). Μέθοδοι, Αποδείξεις, Επιπτώσεις.

#### 3.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Overview of Parental Acceptance-Rejection Theory)

Η Θεωρία της Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) είναι μια τεκμηριωμένη θεωρία για την κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής που επιχειρεί να προβλέψει και να εξηγήσει σημαντικές αιτίες, συνέπειες και άλλους συσχετισμούς της διαπροσωπικής –και ιδιαίτερα της γονεϊκής- αποδοχής ή απόρριψης εντός των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο (Rohner, 2004, 1986. Rohner & Rohner, 1980). Επιχειρεί να απαντήσει σε πέντε κατηγορίες ερωτήσεων οι οποίες διαιρούνται σε τρεις υποθεωρίες. Αυτές είναι η υποθεωρία της προσωπικότητας, η υποθεωρία της αντιμετώπισης και η υποθεωρία των κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων. Η υποθεωρία της προσωπικότητας περιλαμβάνει δυο γενικές ερωτήσεις. Πρώτον, είναι αλήθεια ότι τα παιδιά παντού, σε διάφορα κοινωνικοπολιτισμικά συστήματα, ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής ομάδας, φύλου κτλ., ανταποκρίνονται ουσιαστικά με τον ίδιο τρόπο στη γονεϊκή αποδοχή ή απόρριψη; Δεύτερον, σε ποιο βαθμό επεκτείνονται οι επιπτώσεις της γονεϊκής απόρριψης στη ενήλικη ζωή;

Η υποθεωρία της αντιμετώπισης θέτει ένα βασικό ερώτημα. Δηλαδή, τι δίνει σε μερικά παιδιά και ενήλικες τη συναισθηματικά ανθεκτικότητα να αντιμετωπίσουν καλύτερα από άλλους την απόρριψη κατά την παιδική ηλικία; Τέλος, η υποθεωρία των κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων θέτει δύο πολύ διαφορετικές ομάδες ερωτήσεων. Πρώτον, γιατί μερικοί γονείς είναι θερμοί και στοργικοί ενώ άλλοι ψυχροί, επιθετικοί, παραμελώντες και απορρίπτοντες των παιδιών τους; Δεύτερον, με ποιον τρόπο επηρεάζεται τόσο η συνολική δομή της κοινωνίας όσο και η συμπεριφορά και οι πεποιθήσεις των ανθρώπων εξατομικευμένα, από το γεγονός ότι κάποιος γονείς αποδέχονται τα παιδιά τους και άλλοι τα απορρίπτουν; Για παράδειγμα είναι αλήθεια, όπως προβλέπει η Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ανθρώπων, οι καλλιτεχνικές προτιμήσεις και άλλα μέσα έκφρασης και συμπεριφορές τείνουν να σχετίζονται καθολικά με τις εμπειρίες της γονεϊκής αγάπης ή απόρριψης κατά την παιδική ηλικία;

Αρκετά διακριτικά γνωρίσματα επιτρέπουν στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) να απαντήσει σε ερωτήματα όπως αυτά. Πρώτον – χρησιμοποιώντας μια πολυμεθοδική ερευνητική στρατηγική- η θεωρία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε παγκόσμιο δείγμα, συμπεριλαμβάνοντας διαπολιτισμικά στοιχεία. Το πιο σημαντικό βέβαια είναι πως βοηθά στη δημιουργία ενός εννοιολογικού πλαισίου για την ενσωμάτωση εμπειρικών μελετών γύρω από το θέμα της γονεϊκής απόδοχής-

απόρριψης που έχουν δημοσιευτεί από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Από αυτές τις πηγές η θεωρία επιχειρεί να διατυπώσει μια αναπτυξιακή προοπτική για θέματα που αφορούν την αποδοχή και την απόρριψη από τους γονείς. Μεγάλο μέρος της προοπτικής αυτής περιλαμβάνεται στην υποθεωρία της προσωπικότητας που περιγράφεται παρακάτω. Πρώτα όμως θα αναλυθούν οι έννοιες της γονεϊκής αποδοχής και απόρριψης, ή η διάσταση της ζεστασιάς του γονεϊκού ρόλου. Σε αυτό το σημείο πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο όρος «μητρικός» χρησιμοποιείται για τον κύριο φροντιστή του κάθε παιδιού και όχι απαραίτητα για τον βιολογικό ή τον θετό γονέα.

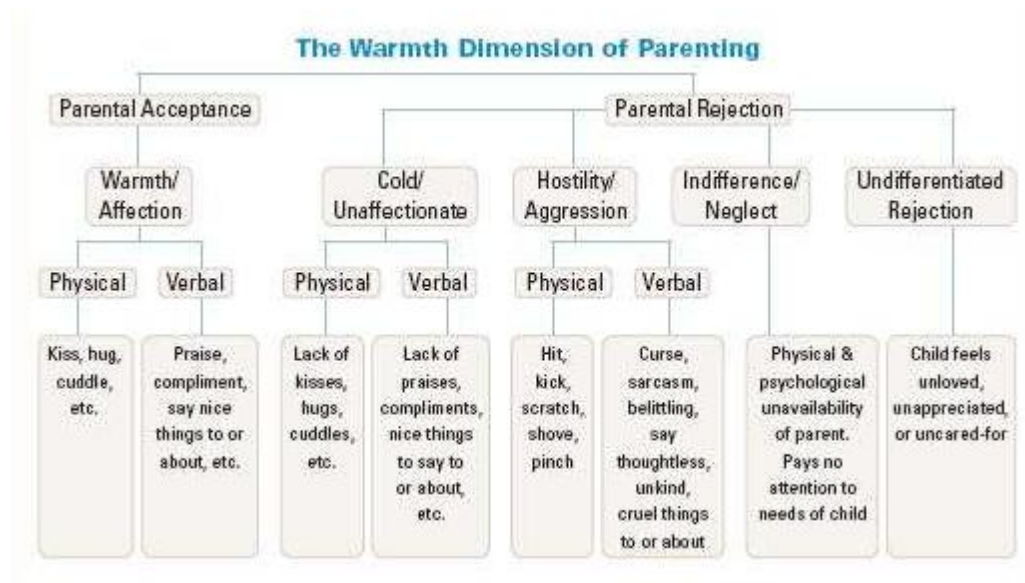
### **3.2 Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΖΕΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΡΟΛΟΥ (The Warmth Dimension of Parenting)**

Η γονεϊκή αποδοχή ή απόρριψη αποτελούν μαζί τη διάσταση της ζεστασιάς του γονεϊκού ρόλου. Πρόκειται για μια διάσταση στην οποία μπορούν να τοποθετηθούν όλοι οι άνθρωποι καθώς όλοι έχουν βιώσει λιγότερο ή περισσότερο την αγάπη του κύριου φροντιστή τους κατά την παιδική ηλικία. Έτσι η διάσταση της ζεστασιάς έχει να κάνει με την ποιότητα του στοργικού δεσμού ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά τους και με τη σωματική, λεκτική και συμβολική συμπεριφορά που χρησιμοποιούν οι γονείς για να εκφράσουν αυτά τα συναισθήματα. Το ένα άκρο αυτής της θεωρίας αποτελεί η γονεϊκή αποδοχή, η οποία αναφέρεται στη ζεστασιά, τη στοργή, τη φροντίδα, την άνεση, τη μέριμνα, την υποστήριξη, ή απλά την αγάπη που μπορεί να βιώσουν τα παιδιά από τους γονείς τους. Το άλλο άκρο αποτελεί η γονεϊκή απόρριψη, η οποία αναφέρεται στην απουσία ή σημαντική έλλειψη αυτών των συναισθημάτων και συμπεριφορών και εκφράζεται με μια ποικιλία σωματικά και ψυχολογικά βίαιων συμπεριφορών. Η εκτεταμένη διαπολιτισμική έρευνα για περίπου μισό αιώνα πάνω στη θεωρία της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης (PARTheory), αποκαλύπτει πως η γονεϊκή απόρριψη μπορεί να εκφραστεί με έναν συνδυασμό τεσσάρων βασικών εκφράσεων: 1) ψυχροί και αδιάφοροι, το αντίθετο δηλαδή της ζεστασιάς και της στοργής, 2) εχθρικοί και επιθετικοί, 3) αδιάφοροι και περιφρονητικοί και 4) αδιαφοροποίητη απόρριψη. Η περίπτωση της αδιαφοροποίητης απόρριψης αποτελείται από απόψεις ατόμων που υποστηρίζουν οι γονείς τους δεν ενδιαφέρονται ή δεν τους αγαπούν πραγματικά, χωρίς να υπάρχουν ξεκάθαρες συμπεριφορές από μέρος των γονέων που δείχνουν αδιαφορία, περιφρόνηση ή επιθετικότητα απέναντί τους.

Αυτές οι συμπεριφορές παρουσιάζονται στο Σχήμα 1. Τα στοιχεία στα αριστερά (ζεστασιά, εχθρότητα και αδιαφορία) της εικόνας αναφέρονται σε εσωτερικές, ψυχολογικές καταστάσεις των γονέων. Δηλαδή, οι γονείς μπορεί να αισθάνονται ή να θεωρείται ότι αισθάνονται ζεστασιά (ή ψυχρότητα) προς τα παιδιά τους, ή μπορεί να αισθάνονται ή να θεωρείται ότι αισθάνονται εχθρικά, θυμωμένα, με πικρία, αγανακτισμένοι, οξύθυμοι, ανυπόμονοι, ή ανταγωνιστικά προς αυτά. Εναλλακτικά, οι γονείς μπορεί να αισθάνονται ή να θεωρείται ότι αισθάνονται αδιάφοροι προς τα παιδιά τους ή να έχουν ένα περιορισμένο ενδιαφέρον για τη συνολική τους ευημερία.

Στοιχεία για τα αισθήματα που καταγράφονται στον πίνακα (την αγάπη, την επιθετικότητα και την παραμέληση) αναφέρονται σε παρατηρήσιμες συμπεριφορές που προκύπτουν όταν οι γονείς ενεργούν με αυτά τα συναισθήματα. Έτσι, όταν οι γονείς ενεργούν με συναισθήματα αγάπης είναι πιθανό να είναι στοργικοί. Όπως σημειώνεται στο σχήμα, γονεϊκή στοργή μπορεί να αποδειχθεί σωματικά (π.χ. το αγκάλιασμα, φιλή, χαϊδεύοντας, και παρηγορώντας), προφορικά (π.χ. επαινώντας και λέγοντας ωραία πράγματα για το παιδί), ή συμβολικά με κάποιο άλλο τρόπο, όπως με τη χρήση συγκεκριμένων χειρονομιών. Αυτές και πολλές άλλες συμπεριφορές φροντίδας, στοργής και αγάπης βοηθούν στο να καθοριστούν οι συμπεριφορικές εκφράσεις της γονεϊκής αποδοχής.

Σχήμα 1



Όταν οι γονείς ενεργούν με αισθήματα εχθρότητας, θυμό ή αγανάκτηση η προκύπτουσα συμπεριφορά ονομάζεται επιθετικότητα. Όπως ερμηνεύεται στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), επιθετικότητα είναι οποιαδήποτε συμπεριφορά στην οποία ενυπάρχει η πρόθεση κάποιος να βλάψει κάποιον, κάτι, ή τον εαυτό του (σωματικά ή συναισθηματικά). Το Σχήμα 1 δείχνει ότι οι γονείς μπορεί να είναι σωματικά επιθετικοί (π.χ. χτυπώντας, σπρώχνοντας, ρίχνοντας ή συνθλίβοντας πράγματα) και προφορικά επιθετικοί (π.χ. σαρκασμός, ύβρεις, γλεусаμοί, φωνές, λέγοντας αλόγιστα ταπεινωτικά ή υποτιμητικά πράγματα για το παιδί). Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν βλαβερές, μη λεκτικές συμβολικές χειρονομίες προς τα παιδιά τους.

Η σύνδεση μεταξύ της αδιαφορίας ως εσωτερικό κίνητρο με την παραμέληση ως συμπεριφορική απάντηση δεν είναι τόσο άμεση όσο η σύνδεση μεταξύ εχθρότητας και επιθετικότητας. Αυτό είναι αλήθεια, επειδή οι γονείς μπορεί να παραμελούν ή να εκληφθεί ότι παραμελούν τα παιδιά τους για πολλούς λόγους που δεν έχουν να κάνουν με την αδιαφορία. Για παράδειγμα, οι γονείς μπορεί να παραμελούν τα παιδιά τους σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν την οργή τους προς αυτά. Η παραμέληση



δεν είναι απλά η αποτυχία στο να καλύψουν οι γονείς τις υλικές και σωματικές ανάγκες των παιδιών τους, αλλά αφορά επίσης την αποτυχία των γονιών να παρακολουθήσουν κατάλληλα τις κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών. Συχνά, για παράδειγμα, οι αδιάφοροι γονείς δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις ανάγκες των παιδιών για την άνεση, παρηγοριά, βοήθεια, ή προσοχή. Μπορεί επίσης να παραμείνουν σωματικά όσο και ψυχολογικά αδιάφοροι ή ακόμα και απρόσιτοι. Όλες αυτές οι συμπεριφορές, πραγματικές ή υποτιθέμενες, ατομικά και συλλογικά, είναι πιθανό να προκαλέσουν στα παιδιά το αίσθημα της αντιπάθειας ή της απόρριψης προς το πρόσωπό τους. Ακόμη όμως και σε μια στοργική οικογένεια, τα παιδιά είναι πιθανό να παρουσιάσουν-τουλάχιστον περιστασιακά- μερικά από αυτά τα επώδυνα συναισθήματα και συμπεριφορές.

Έτσι, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η γονεϊκή αποδοχή ή απόρριψη μπορεί να προβληθεί και να μελετηθεί από δύο οπτικές. Δηλαδή, η αποδοχή-απόρριψη μπορεί να μελετηθεί ως αντιληπτή ή όπως υποκειμενικά βιώνεται από το άτομο (η φαινομενολογική οπτική), ή μπορεί να μελετηθεί, όπως αναφέρθηκε από έναν εξωτερικό παρατηρητή (η συμπεριφορική οπτική). Συνήθως, αλλά όχι πάντα, οι δύο προοπτικές οδηγούν σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι έρευνες πάνω στη Θεωρία της Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης δείχνουν, ωστόσο, ότι αν τα συμπεράσματα είναι πολύ αντιφατικά πρέπει κανείς να εμπιστεύεται τις πληροφορίες που προέρχονται από την φαινομενολογική οπτική.

Αυτό είναι αλήθεια, διότι ένα παιδί μπορεί να αισθάνεται αντιπαθές (όπως και στην αδιαφοροποίητη απόρριψη), αλλά οι εξωτερικοί παρατηρητές μπορεί να αποτύχουν να ανιχνεύσουν τυχόν ρητούς δείκτες της γονεϊκής απόρριψης. Εναλλακτικά, οι παρατηρητές μπορούν να αναφέρουν ένα σημαντικό ποσό της γονεϊκής επιθετικότητας ή αμέλειας, αλλά το παιδί μπορεί να αισθάνεται ότι δεν απορρίπτεται. Αυτό συμβαίνει με κάποια κανονικότητα στις εκθέσεις της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Έτσι, υπάρχει μόνο μια προβληματική σχέση μεταξύ των λεγόμενων «αντικειμενικών» αναφορών για την κακομεταχείριση, την απόρριψη, και παραμέληση από τη μία πλευρά και τις αντιλήψεις των παιδιών της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης από την άλλη. Όπως το έθεσε ο Kagan (1978, σελ. 61), «γονεϊκή απόρριψη δεν είναι ένα συγκεκριμένο σύνολο δράσεων από τους γονείς, αλλά μια πεποίθηση που κατέχεται από το παιδί».

Στην πραγματικότητα, ένα μεγάλο μέρος της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης είναι συμβολικό (Kagan, 1978, 1974). Ως εκ τούτου, για να κατανοήσουμε γιατί η απόρριψη έχει επιπτώσεις στα παιδιά και τους ενήλικες, πρέπει να κατανοήσουμε τον συμβολικό χαρακτήρα της. Βεβαίως, στο πλαίσιο εθνικών και διαπολιτισμικών μελέτων, οι ερευνητές πρέπει να προσπαθήσουν να καταλάβουν τις συμβολικές και με βάση τον εκάστοτε πολιτισμό ερμηνείες των ανθρώπων για την αγάπη που σχετίζονται με συμπεριφορές των γονέων τους, εφόσον επιθυμούν να κατανοήσουν πλήρως τη διαδικασία αποδοχής-απόρριψης. Δηλαδή, ακόμα και αν οι γονείς παντού μπορεί να εκφράσουν, σε κάποιο βαθμό, την αποδοχή (ζεστασιά, αγάπη, φροντίδα, ανησυχία) και την απόρριψη (ψυχρότητα, έλλειψη στοργής, εχθρότητα,

επιθετικότητα, αδιαφορία, παραμέληση), με τον τρόπο που το κάνουν αυτό είναι εξαιρετικά μεταβλητό και κορεσμένο με την πολιτιστική ή μερικές φορές ιδιοσυγκρασιακή έννοια. Για παράδειγμα, οι γονείς οπουδήποτε μπορεί να επαινούν ή να συγγαίρουν τα παιδιά τους, αλλά ο τρόπος με τον οποίο το κάνουν σε ένα κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον δε θα μπορούσε να έχει κανένα νόημα (ή μπορεί να έχει μια εντελώς διαφορετική έννοια) σε ένα δεύτερο περιβάλλον. Αυτό απεικονίζεται στο ακόλουθο περιστατικό:

«Πριν από μερικά χρόνια, εγώ (Ronald P. Rohner) έπαιρνα συνέντευξη από μία Ινδή υψηλής κοινωνικής τάξης, για θέματα που αφορούν την οικογένεια στην Ινδία. Μια γυναίκα που καθόταν κοντά της μου απέσπασε την προσοχή. Αυτή η γυναίκα ήσυχα και με προσοχή ξεφλούδισε ένα πορτοκάλι. Στην συνέχεια έβγαλε όλα τα κουκούτσια από το κάθε κομμάτι χωριστά. Η εννιάχρονη κόρη της ενθουσιαζόταν όλο και περισσότερο καθώς προχωρούσε αυτή η διαδικασία. Αργότερα η συνεντευξιαζόμενη κυρία με ρώτησε αν είχα προσέξει τι έκανε η άλλη γυναίκα. Της απάντησα πως το είχα δει, αλλά δεν έδωσα ιδιαίτερη σημασία. «Θα 'πρεπε;». «Λοιπόν» μου απάντησε «Θέλετε να μάθετε για την αγάπη και τη στοργή των γονέων στη Βεγγάλη...» και συνεχίζοντας μου εξήγησε πως όταν μια μητέρα σε εκείνα τα μέρη θέλει να επαινέσει το παιδί της –να του δείξει έγκριση και στοργή- μπορεί να δώσει στο παιδί της ένα ξεφλουδισμένο πορτοκάλι. Τα παιδιά -που ζουν σ' αυτές τις περιοχές- θα καταλάβουν απόλυτα πως η μητέρα τους έκανε κάτι μοναδικό για αυτά, ακόμα και αν οι μητέρες τους δε χρησιμοποιήσουν λόγια επαίνου για να το κάνουν». (Rohner, 1994. Rohner & Chaki-Sircar, 1988).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην καθημερινή αμερικανική αγγλική γλώσσα η λέξη απόρριψη συνεπάγεται κακή ανατροφή των παιδιών και μερικές φορές ακόμη και κακοί άνθρωποι. Σε διαπολιτισμικές και πολυεθνικές έρευνες, ωστόσο, πρέπει κανείς να προσπαθήσει για να δει τη λέξη ως περιγραφικό της συμπεριφοράς των γονέων, όχι επικριτικό ή αξιολογικό. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γονείς στο 25% περίπου των κοινωνιών του κόσμου συμπεριφέρονται με τρόπους που συνάδουν με τον ορισμό της απόρριψης που δίνεται εδώ (Rohner & Rohner, 1980. Rohner, 1975), αλλά και στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων - συμπεριλαμβανομένων ιστορικά τις Ηνωμένες Πολιτείες- αυτοί οι γονείς συμπεριφέρονται προς τα παιδιά τους με τον τρόπο που αυτοί πιστεύουν ότι είναι καλός. Οι υπεύθυνοι γονείς θα πρέπει να συμπεριφέρονται, όπως ορίζεται από τις πολιτιστικές νόρμες. Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής έρευνας σχετικά με τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη, ένας σημαντικός στόχος είναι να καθοριστεί αν τα παιδιά και οι ενήλικες ανταποκρίνονται παντού με τον ίδιο τρόπο, όταν οι ίδιοι έχουν βιώσει την εμπειρία του να γίνονται αποδεκτοί ή να έχουν απορριφθεί ως παιδιά - ανεξάρτητα από την πολιτιστική, φυλετική, εθνοτική, τις διαφορές μεταξύ των φύλων, ή της κοινωνικής τάξης, ή άλλες τέτοιες καθοριστικές προϋποθέσεις. Το θέμα αυτό συζητήθηκε στο πλαίσιο της υποθεωρίας προσωπικότητας της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory)

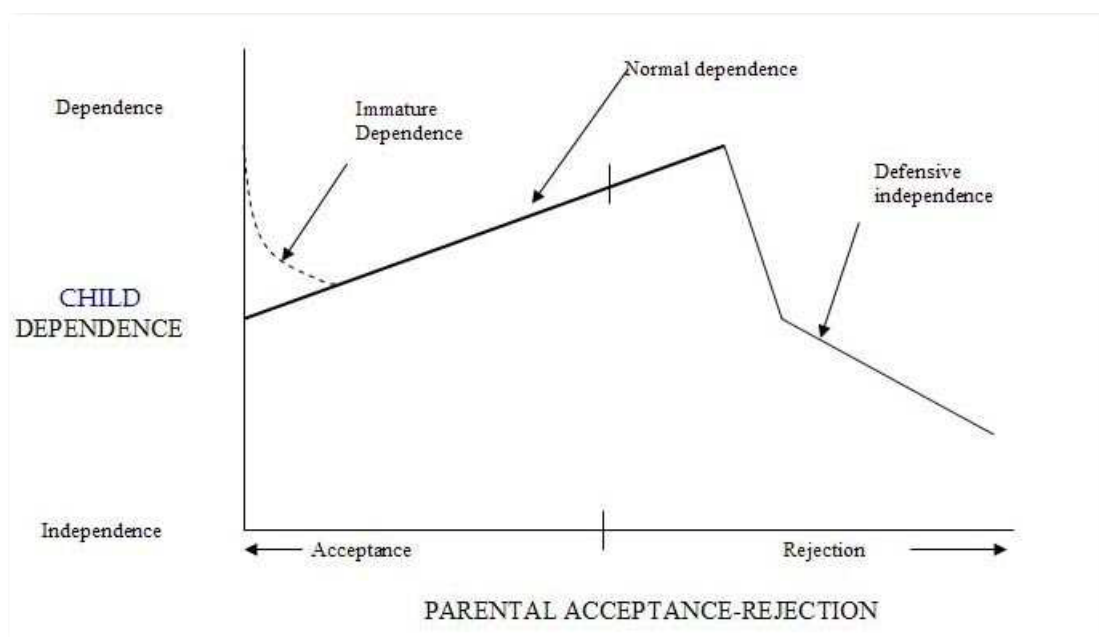
### 3.3 Η ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (The PARTheory's Personality Subtheory)

Όπως είπαμε νωρίτερα, η υποθεωρία προσωπικότητας επιχειρεί να προβλέψει και να εξηγήσει σημαντικές -ιδιαίτερα αυτές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία- συνέπειες της αντιληπτής γονεϊκής αποδοχής και απόρριψης. Η υποθεωρία αρχίζει με την μάλλον ασταθή παραδοχή ότι κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης εξέλιξης έχει αναπτυχθεί η διαρκής, με βιολογική βάση συναισθηματική ανάγκη για θετική ανταπόκριση από τους ανθρώπους που είναι πιο σημαντικοί (Bjorklund & Pellegrini, 2002. Leary, 1999. Baumeister & Leary, 1995). Η ανάγκη για τη θετική ανταπόκριση περιλαμβάνει μια συναισθηματική επιθυμία ή λαχτάρα (είτε συνειδητά αναγνωρισμένη ή όχι) για την άνεση, την υποστήριξη, τη φροντίδα, την ανησυχία, την προστασία και τα παρόμοια. Στην ενήλικη ζωή, η ανάγκη γίνεται πιο πολύπλοκη και διαφοροποιείται για να συμπεριλάβει την επιθυμία (αναγνωρισμένα ή μη) για τη θετική σχέση από τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος έχει έναν στοργικό δεσμό προσκόλλησης. Οι άνθρωποι που μπορούν να ικανοποιήσουν καλύτερα αυτή την ανάγκη είναι συνήθως οι γονείς για τα βρέφη και τα παιδιά, αλλά περιλαμβάνονται επίσης σημαντικοί άλλοι χωρίς γονεϊκά στοιχεία σύνδεσης κυρίως για τους εφήβους και τους ενήλικες.

Όπως ερμηνεύεται στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), ένας σημαντικός άλλος μπορεί να είναι κάθε πρόσωπο με το οποίο ένα παιδί ή ενήλικας έχει έναν σχετικά μακροχρόνιο συναισθηματικό δεσμό, ο οποίος είναι μοναδικά σημαντικός για το άτομο, και ο οποίος δεν μπορεί να αντικατασταθεί με κανέναν άλλο. Με αυτή την έννοια, οι γονείς είναι γενικά σημαντικοί άλλοι, αλλά οι γονείς επίσης έχουν ένα επιπλέον ποιοτικό χαρακτηριστικό που δεν μπορεί να εντοπιστεί στους υπόλοιπους σημαντικούς άλλους. Δηλαδή, η αίσθηση της συναισθηματικής ασφάλειας και άνεσης των παιδιών τείνει να εξαρτάται από την ποιότητα της σχέσης τους με τους γονείς τους. Εξαιτίας αυτού, οι γονείς είναι συνήθως το είδος των σημαντικών άλλων που λειτουργούν ως φηγούρες προσκόλλησης, όπως ονομάζονται τόσο στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης, όσο και στη θεωρία προσκόλλησης (Colin, 1996. Ainsworth, 1989. Bowlby, 1982). Οι γονείς είναι έτσι μοναδικά σημαντικοί για τα παιδιά, επειδή η ασφάλεια και οι άλλες συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις των απογόνων εξαρτώνται από την ποιότητα της σχέσης με τον γονέα ή τους γονείς τους. Γι' αυτό το λόγο η γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) θεωρείται ως δεδομένο που έχει απaráμιλλη επιρροή στη διαμόρφωση της ανάπτυξης της προσωπικότητας των παιδιών με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, σύμφωνα με την υποθεωρία προσωπικότητας, το αίσθημα της συναισθηματικής ασφάλειας και της ευημερίας των ενηλίκων τείνει να εξαρτάται από την αντιληπτή ποιότητα της σχέσης με το ενήλικο άτομο προσκόλλησης. Έτσι, η αποδοχή ή η απόρριψη από τον σύντροφό τους έχει επίσης τεκμηριωθεί ότι έχει σημαντική επιρροή στην προσωπικότητα των ενηλίκων και στην ψυχολογική τους προσαρμογή. Η έννοια της *προσωπικότητας* ορίζεται στην υποθεωρία προσωπικότητας ως ένα περισσότερο ή λιγότερο σταθερό σύνολο προδιαθέσεων ενός ατόμου να ανταποκριθεί (δηλαδή

συναισθηματική, γνωστική, αντιληπτική, και κινητήριος διάθεση) και των πραγματικών τρόπων ανταπόκρισης (δηλαδή, παρατηρήσιμες συμπεριφορές) σε διάφορες καταστάσεις της ζωής ή σε διάφορα περιβάλλοντα. Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά έχει κίνητρο, επηρεάζεται από εξωτερικούς (π.χ. περιβαλλοντικούς), καθώς και εσωτερικούς (π.χ. συναισθηματικούς, βιολογικούς, και μαθησιακούς) παράγοντες, και συνήθως έχει την κανονικότητα ή την τάξη ανάλογα με τον χρόνο και τον χώρο. Η υποθεωρία προσωπικότητας της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) αξιώνει ότι η συναισθηματική ανάγκη για θετική ανταπόκριση από τους σημαντικούς άλλους και τα πρόσωπα προσκόλλησης είναι ένα ισχυρό κίνητρο, και όταν αυτή η ανάγκη των παιδιών δεν ικανοποιείται επαρκώς από τους γονείς τους (ή των ενηλίκων από τα άτομα προσκόλλησης), έχουν την προδιάθεση να ανταποκριθούν συναισθηματικά και συμπεριφορικά με συγκεκριμένους τρόπους. Ειδικότερα -σύμφωνα με την υποθεωρία τα άτομα που αισθάνονται απόρριψη είναι πιθανό να είναι ανήσυχα και ανασφαλή. Σε μια προσπάθεια να κατευνάσουν αυτά τα συναίσθηματα και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, τα άτομα που αισθάνονται απόρριψη συχνά αυξάνουν τις προσφορές τους για τη θετική ανταπόκριση, αλλά μόνο μέχρι ενός σημείου. Δηλαδή, τείνουν να γίνουν περισσότερο εξαρτώμενα, όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.

Σχήμα 2



Ο όρος *εξάρτηση* στη θεωρία αναφέρεται στην εσωτερική, ψυχολογικά αισθανόμενη επιθυμία ή λαχτάρα για τη συναισθηματική (σε αντίθεση με την οργανική) υποστήριξη, τη φροντίδα, την άνεση, την προσοχή, την προστασία, και παρόμοιων συμπεριφορών από τα άτομα προσκόλλησης. Ο όρος, όπως χρησιμοποιείται στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), αναφέρεται επίσης στις πραγματικές προσφορές συμπεριφοράς που κάνουν τα άτομα για τέτοια ανταπόκριση.

Για τα μικρά παιδιά αυτές οι προσφορές μπορεί να περιλαμβάνουν την προσκόλληση στους γονείς, το κλαψούρισμα ή το κλάμα, όταν οι γονείς απροσδόκητα αναχωρήσουν, και επιδιώκοντας τη σωματική εγγύτητα μαζί τους όταν επιστρέψουν. Μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες μπορούν να εκφράσουν την ανάγκη τους για τη θετική ανταπόκριση περισσότερο συμβολικά, ειδικά σε στιγμές κινδύνου, επιδιώκοντας τη διαβεβαίωση, την έγκριση, ή την υποστήριξη, καθώς και την άνεση, την αγάπη, ή παρηγοριά από τους ανθρώπους που είναι πιο σημαντικοί για αυτούς, ιδιαίτερα από τους γονείς για τους νέους, καθώς και από τους σημαντικούς άλλους και τα άτομα προσκόλλησης για τους ενήλικες.

Η εξάρτηση στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) εμνηύεται ως ένα συνεχές, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκεται η εξάρτηση και στο άλλο η ανεξαρτησία. Οι ανεξάρτητοι άνθρωποι είναι εκείνοι που έχουν την ανάγκη τους για θετική ανταπόκριση καλυμμένη επαρκώς, έτσι ώστε να είναι απαλλαγμένοι από συχνή ή έντονη λαχτάρα ή εκδηλώσεις συμπεριφοράς για συμπαράσταση από τους σημαντικούς άλλους. Από την άλλη πλευρά, οι πολύ εξαρτημένοι άνθρωποι είναι εκείνοι που έχουν συχνή και έντονη επιθυμία για θετική ανταπόκριση, και είναι πιθανό να εκδηλώνουν πολλές συμπεριφορές για να λάβουν αυτήν την ανταπόκριση. Όπως συμβαίνει με όλες τις διατάξεις της προσωπικότητας που έχουν μελετηθεί από τη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), όλοι οι άνθρωποι μπορούν να τοποθετηθούν κάπου κατά μήκος αυτού του συνεχούς ανάλογα με το αν είναι λιγότερο ή περισσότερο εξαρτημένοι ή ανεξάρτητοι. Σύμφωνα με τη θεωρία, το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης στην εξάρτηση μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο αντιλαμβάνονται ότι γίνονται αποδεκτά ή απορρίπτονται. Πολλά παιδιά και ενήλικες που έχουν απορριφθεί αισθάνονται την ανάγκη για συνεχή επιβεβαίωση και συναισθηματική υποστήριξη.

Σύμφωνα με την υποθεωρία προσωπικότητας, η γονεϊκή απόρριψη καθώς και η απόρριψη από άλλα άτομα προσκόλλησης οδηγεί επίσης και σε άλλες εκβάσεις της προσωπικότητας, εκτός από την εξάρτηση. Αυτές περιλαμβάνουν εχθρότητα, επιθετικότητα, παθητική επιθετικότητα, ή ψυχολογικά προβλήματα με τη διαχείριση της εχθρότητας και της επιθετικότητας, τη συναισθηματική απάθεια, την ανώριμη εξάρτηση ή την αμυντική ανεξαρτησία, ανάλογα με τη μορφή, τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των επεισοδίων απόρριψης και γονεϊκού ελέγχου, τη διαταραχή της αυτοεκτίμησης, τη διαταραχή της αυτοεπάρκειας, τη συναισθηματική αστάθεια και την αρνητική κοσμοθεωρία. Θεωρητικά αυτές είναι οι διατάξεις που αναμένεται να προκύψουν λόγω της έντονου ψυχολογικού πόνου που παράγεται από την αντίληψη της απόρριψης. Πιο συγκεκριμένα, πέρα από ένα ορισμένο σημείο, ένα σημείο που ποικίλλει από άτομο σε άτομο, παιδιά και ενήλικες που βιώνουν σημαντική απόρριψη είναι πιθανό να αισθάνονται ολοένα αυξανόμενη οργή, αγανάκτηση, και άλλα καταστρεπτικά συναισθήματα που μπορεί να γίνουν έντονα επώδυνα. Ως αποτέλεσμα, πολλά πρόσωπα που έχουν απορριφθεί κλείνονται συναισθηματικά σε μια προσπάθεια να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το κακό της περαιτέρω απόρριψης. Δηλαδή, ανταποκρίνονται λιγότερο συναισθηματικά. Με

τον τρόπο αυτό συχνά δεν είναι σε θέση ή δεν επιθυμούν να εκφράσουν την αγάπη και ακόμη δε γνωρίζουν πώς ή ακόμα και αν είναι σε θέση να δεχθούν αγάπη από τους άλλους.

Λόγω όλου αυτού του ψυχολογικού πόνου, μερικά άτομα που έχουν απορριφθεί γίνονται αμυντικά ανεξάρτητοι. Η αμυντική ανεξαρτησία είναι σαν την υγιή ανεξαρτησία από την άποψη ότι τα άτομα κάνουν σχετικά λίγες εκδηλώσεις συμπεριφοράς για τη θετική ανταπόκριση. Ωστόσο είναι, σε αντίθεση με την υγιή ανεξαρτησία, το γεγονός ότι οι αμυντικά ανεξάρτητοι άνθρωποι συνεχίζουν να ποθούν τη ζεστασιά και την υποστήριξη (θετική ανταπόκριση) αν και μερικές φορές δεν το αναγνωρίζουν. Πράγματι, λόγω της επικάλυψης του θυμού, της δυσπιστίας και άλλων αρνητικών συναισθημάτων που δημιουργούνται από χρόνια απόρριψη συχνά αρνούνται την ανάγκη αυτή, λέγοντας στην πραγματικότητα, "Στο διάολο! Δεν σας χρειάζομαι. Δεν χρειάζομαι κανέναν!". Η αμυντική ανεξαρτησία με τα συνδεδεμένα συναισθήματα και τις συμπεριφορές της, μερικές φορές οδηγεί σε μια διαδικασία μέτρησης της απόρριψης, όπου τα άτομα που αισθάνονται ότι έχουν απορριφθεί απορρίπτουν το πρόσωπο (-α) που τους έχουν απορρίψει. Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, μάλιστα αυτή η διαδικασία μερικές φορές κλιμακώνεται σε έναν κύκλο βίας και άλλα σοβαρά προβλήματα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων.

Εκτός από την εξάρτηση ή την αμυντική ανεξαρτησία, τα άτομα που αισθάνονται ότι έχουν απορριφθεί έχουν προβλεφθεί στην υποθεωρία προσωπικότητας ως πολύ πιθανοί υποψήφιοι για να αναπτύξουν αισθήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης και μειωμένης αυτοεπάρκειας. Αυτό προκύπτει επειδή -όπως σημειώνεται σε συμβολική θεωρία αλληλεπίδρασης (Mead, 1934. Cooley, 1902) -τα άτομα τείνουν να βλέπουν τους εαυτούς τους όπως πιστεύουν ότι τους βλέπουν οι γονείς τους ή οι σημαντικοί άλλοι. Έτσι, τα παιδιά και οι ενήλικες που αισθάνονται ότι τα άτομα προσήλωσή τους δεν τους αγαπούν, είναι πιθανό να αισθάνονται ότι είναι απωθητικά, ίσως ακόμη και ανάξια να αγαπηθούν. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τα συναισθήματα της αυτοαξίας ή της αξίας των ατόμων, η αυτοεπάρκεια σχετίζεται με τα συναισθήματα της αρμοδιότητάς τους ή τη μαεστρία στο να εκτελέσουν καθημερινές εργασίες επαρκώς και να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Στο βαθμό που τα άτομα αισθάνονται ότι δεν είναι πολύ καλοί άνθρωποι, είναι επίσης ικανά να αισθάνονται ότι δεν είναι πολύ καλοί στο να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Η εναλλακτικά, στο βαθμό που οι άνθρωποι αισθάνονται ότι δεν είναι καλοί στο να ικανοποιούν τις προσωπικές τους ανάγκες, συχνά φτάνουν στο σημείο να σκέφτονται λιγότερο καλά για τον εαυτό τους περισσότερο συνολικά. Ο θυμός, η αρνητική αυτοεικόνα, και οι άλλες συνέπειες της αντιληπτής απόρριψης τείνουν να μειώσουν την ικανότητα των παιδιών και των ενηλίκων που έχουν απορριφθεί της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του στρες.

Εξαιτίας αυτού, οι άνθρωποι που αισθάνονται απόρριψη συχνά τείνουν να είναι λιγότερο συναισθηματικά σταθεροί από τους ανθρώπους που νιώθουν αποδεκτοί. Συχνά είναι συναισθηματικά αναστατωμένοι-ίσως δακρυσμένοι ή θυμωμένοι, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αγχωτικές καταστάσεις ενώ οι άνθρωποι που έχουν γίνει

αποδεκτοί είναι σε θέση να χειριστούν με μεγαλύτερη συναισθηματική ηρεμία. Όλα αυτά τα έντονα οδυνηρά συναισθήματα που συνδέονται με την αντίληψη της απόρριψης τείνουν να προκαλούν τα παιδιά και τους ενήλικες να αναπτύξουν μια αρνητική κοσμοθεωρία. Δηλαδή, σύμφωνα με τη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), τα άτομα που έχουν απορριφθεί είναι πιθανό να αναπτύξουν μια άποψη για τον κόσμο, τη ζωή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, και την ίδια τη φύση της ανθρώπινης ύπαρξης, ως αναξιόπιστη, εχθρική, συναισθηματικά ανασφαλής, απειλητική ή επικίνδυνη. Αυτές οι σκέψεις και τα συναισθήματα συχνά επεκτείνουν τις πεποιθήσεις των ανθρώπων σχετικά με τη φύση του υπερφυσικού κόσμου (δηλαδή, ο Θεός, οι θεοί, και άλλες θρησκευτικές πεποιθήσεις) (Rohner, 1986, 1975).

Η αρνητική κοσμοθεωρία, η αρνητική αυτοεκτίμηση, αρνητική αυτοεπάρκεια και μερικές από τις άλλες διατάξεις της προσωπικότητας που περιγράφονται παραπάνω είναι σημαντικά στοιχεία για την κοινωνική-γνωστική λειτουργία ή τις νοητικές αναπαραστάσεις των απορριφθέντων προσώπων. Στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), η έννοια της *νοητικής αναπαραστάσης* αναφέρεται σε περισσότερο-ή-λιγότερο οργανωμένη, αλλά συνήθως υπονοείται η σύλληψη ενός ατόμου της ύπαρξης, συμπεριλαμβανομένων της αντίληψης των πραγμάτων που το άτομο θεωρεί δεδομένα για τον εαυτό του, τους άλλους και τον βιωματικό κόσμο που είναι κατασκευασμένος από το συναισθηματικά σημαντικό παρελθόν και τις τρέχουσες εμπειρίες. Μαζί με την συναισθηματική του κατάσταση, οι νοητικές αναπαραστάσεις του ατόμου τείνουν να διαμορφώσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και αντιδρούν σε νέες εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι νοητικές αναπαραστάσεις επηρεάζουν, επίσης, το τι και το πώς τα άτομα αποθηκεύουν και θυμούνται την εμπειρία (Crick & Dodge, 1994. Epstein, 1994. Baldwin, 1992. Clausen, 1972). Μόλις δημιουργηθούν, οι νοητικές αναπαραστάσεις των ατόμων του εαυτού, των σημαντικών άλλων, και του κόσμου γύρω τους έχουν την τάση να τους ωθήσουν να ζητούν ή να αποφεύγουν ορισμένες καταστάσεις και είδη ανθρώπων. Στην πραγματικότητα, ο τρόπος που τα άτομα σκέφτονται για τον εαυτό τους και τον κόσμο τους διαμορφώνει τον τρόπο που ζουν τη ζωή τους. Αυτό ισχύει ιδίως για τα απορριφθέντα παιδιά και ενήλικες. Για παράδειγμα, πολλά άτομα που έχουν απορριφθεί έχουν την τάση να αντιλαμβάνονται την εχθρότητα εκεί που υπάρχει, για να δουν εσκεμμένα την απόρριψη σε ακούσιες πράξεις των σημαντικών άλλων, ή να υποτιμήσουν την αίσθηση της προσωπικής τους αξίας. Επιπλέον, τα άτομα που έχουν απορριφθεί είναι πιθανό να αναζητήσουν, να δημιουργήσουν, να ερμηνεύσουν, ή αντιληφθούν εμπειρίες, καταστάσεις και σχέσεις με τρόπους που συνάδουν με παραμορφωμένες νοητικές αναπαραστάσεις τους. Και συχνά τείνουν να αποφεύγουν ή να ερμηνεύουν διανοητικά καταστάσεις που δεν συνάδουν με αυτές τις αναπαραστάσεις. Επιπλέον, τα παιδιά και οι ενήλικες που έχουν απορριφθεί κατασκευάζουν συχνά νοητικές εικόνες των προσωπικών σχέσεων ως απρόβλεπτες, αναξιόπιστες, ίσως και επιζήμιες. Αυτές οι αρνητικές νοητικές αναπαραστάσεις συχνά μεταφέρονται σε νέες σχέσεις όπου τα απορριφθέντα άτομα δυσκολεύονται να

εμπιστεύονται τους άλλους συναισθηματικά, ή μπορεί να γίνουν υπερευαίσθητα σε οποιεσδήποτε προβολές ή σημάδια της συναισθηματικής αναξιοπιστίας. Λόγω όλης αυτής της επιλεκτικής προσοχής, της επιλεκτικής αντίληψης, του ελαττωματικού στυλ της αιτιώδους απόδοσης, και της διαστρεβλωμένη γνωστικής επεξεργασίας των πληροφοριών, τα άτομα που έχουν απορριφθεί γενικά αναμένεται από τη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) να ωθήσουν τους εαυτούς τους σε ποιοτικώς διαφορετικά αναπτυξιακά μονοπάτια από τους αγαπημένους τους ανθρώπους.

Πολλές από αυτές τις επιδράσεις της αντιληπτής απόρριψης βρίσκονται επίσης στη διαταραχή αναπτυξιακού τραύματος (DTD; Van der Kolk, 2010) και στη σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD Complex ή απλά CPTSD; Courtois, 2004). Αυτές είναι συνθήκες όπου νέοι βιώνουν επαναλαμβανόμενο τραύμα-ειδικά διαπροσωπικό τραύμα- για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο και κατά τη διάρκεια αναπτυξιακών περιόδων. Στις κοινές επιπτώσεις της αντιληπτής απόρριψης, του DTD και του CPTSD έχουν υπαχθεί θέματα όπως η υπερεργήγορση, το άγχος, συχνά το μίσος για τον εαυτό, τα προβλήματα με τις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και η αυτοκτονικότητα, μεταξύ πολλών άλλων. Επιπλέον, τα θέματα της κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών, που συζητούνται αργότερα, εμπλέκονται επίσης τόσο στην αντιληπτή απόρριψη όσο και στο DTD και CPTSD.

Ο πόνος της αντιληπτής απόρριψης είναι πολύ αληθινός. Στην πραγματικότητα, μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου (fMRI) δείχνουν ότι συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου (δηλαδή, ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου, καθώς και ο δεξής κοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός) ενεργοποιούνται όταν οι άνθρωποι αισθάνονται απόρριψη, όπως ακριβώς όταν οι άνθρωποι βιώνουν τον σωματικό πόνο (Eisenberger, 2012. Eisenberger, Lieberman, & Williams, 2003. Squire & Stein, 2003). Επιπλέον οι Fisher, Aron, και Brown (2005) διαπίστωσαν ότι διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου ενεργοποιούνται στους ενήλικες οι οποίοι ήταν ευτυχισμένοι στον δεσμό τους σε σχέση με εκείνους που είχαν πρόσφατα απορριφθεί από τους εταίρους τους.

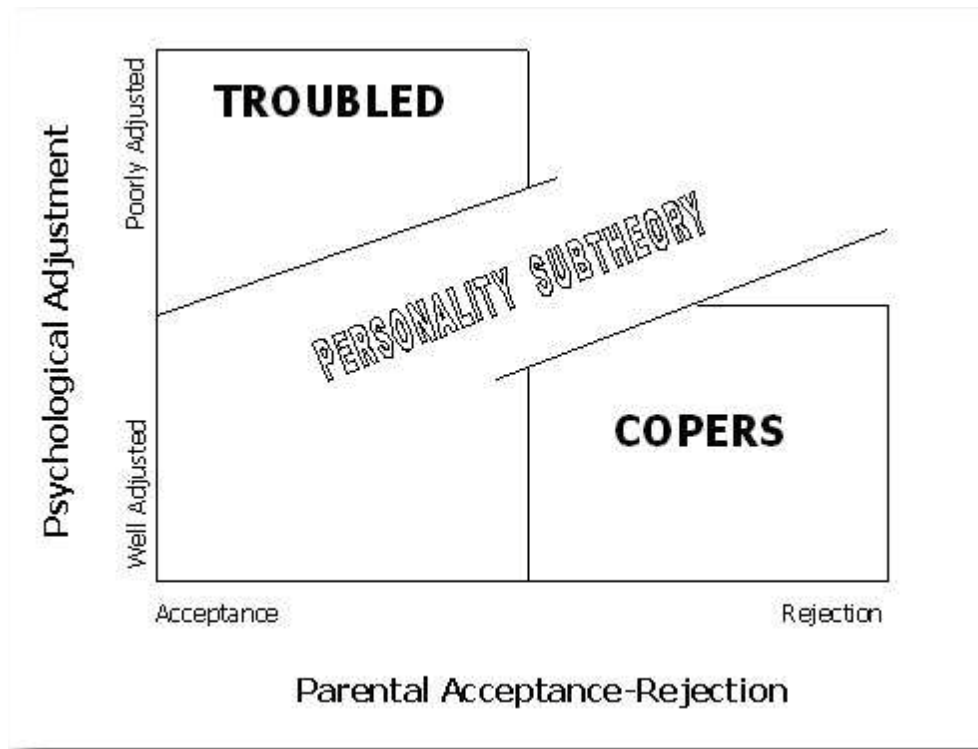
Εκτός από την έρευνα που χρησιμοποιεί fMRIs, τα αποτελέσματα μελετών και των δύο ανθρώπων και των ζώων δείχνουν ότι το συναισθηματικό τραύμα στην παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσει τη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου και με άλλους τρόπους. Για παράδειγμα, η αντιληπτή απόρριψη και άλλες μορφές μακροπρόθεσμου συναισθηματικού τραύματος συχνά έχουν νευροβιολογικές επιπτώσεις, όπως η μεταβολή της χημείας του εγκεφάλου (Ford & Russo, 2006). Το αποτέλεσμα αυτών και άλλων νευροβιολογικών και νευροψυχολογικών αλλαγών μπορεί τελικά να θέσουν σε κίνδυνο το κεντρικό νευρικό σύστημα των παιδιών και την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη (Ford, 2005).

Είναι ίσως για λόγους όπως αυτοί που τα αποτελέσματα των μελετών στις οποίες συμμετείχαν χιλιάδες συμμετέχοντες διαπολιτισμικά και μεταξύ μεγάλων αμερικανικών εθνικών ομάδων δείχνουν σταθερά ότι περίπου το 80% των παιδιών και των ενηλίκων που μετράται μέχρι στιγμής, έχουν ανταποκριθεί όπως προβλέπει η



υποθεωρία προσωπικότητας. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει επαρκής μελέτη οπουδήποτε-μεταξύ των πολιτισμών, φύλων, ηλικιών, γεωγραφικών όριων, εθνικοτήτων, και άλλων όρων που καθορίζουν τον κόσμο, που να απέτυχε να δείξει την ίδια βασική τάση που απεικονίζεται στο Σχήμα 3.

Δηλαδή, το Σχήμα 3 απεικονίζει γραφικά αξιώματα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) για τις αναμενόμενες σχέσεις μεταξύ της αντίληψης της αποδοχής-απόρριψης και την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, το σχήμα δείχνει ότι, μέσα σε ένα συγκρότημα των επιμέρους διαφορών, η κατάσταση ψυχικής υγείας των παιδιών και των ενηλίκων είναι πιθανό να γίνει εξασθενημένη σε άμεση αναλογία με τη μορφή, τη συχνότητα, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της απόρριψης που έχουν βιώσει. Ωστόσο μερικά άτομα που προέρχονται από αγαπημένες οικογένειες, εμφανίζουν, επίσης, το σύνολο των ψυχολογικών προβλημάτων που συνήθως παρουσιάζεται από άτομα που έχουν απορριφθεί. Οι άνθρωποι αυτοί ονομάζονται «προβληματικοί» στην Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory). Πολλά είναι τα άτομα (π.χ. ενήλικες) που βρίσκονται σε λιγότερο αγαπημένες σχέσεις με άτομα προσκόλλησης, εκτός από τους γονείς. Το γεγονός αυτό βοηθά να επιβεβαιωθεί η προσδοκία της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) σύμφωνα με την οποία, για τους περισσότερους ανθρώπους, η απόρριψη από οποιοδήποτε άτομο προσκόλλησης σε οποιοδήποτε σημείο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής θέτει σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα των υγιών κοινωνικών-συναισθηματική λειτουργιών. Ωστόσο, αναμένεται επίσης στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) ότι μια πολύ μικρή μειοψηφία των ατόμων θα είναι σε θέση να ευδοκιμήσει συναισθηματικά παρά το γεγονός ότι γνώρισε σημαντική απόρριψη από ένα άτομο προσκόλλησης. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 3, αυτοί οι άνθρωποι ονομάζονται *copers*. Είναι το επίκεντρο της υποθεωρία αντιμετώπισης που θα συζητηθεί παρακάτω.



## 2.4 ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ (PARTheory's Coping Subtheory)

Όπως είπαμε νωρίτερα, η υποθεωρία αντιμετώπισης ασχολείται με το ζήτημα του πώς κάποια απορριφθέντα άτομα είναι σε θέση να αντέξουν το διαβρωτικό ψιλόβροχο της απόρριψης ημέρα με την ημέρα, χωρίς να υφίστανται τις αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία που γνωρίζουν τα περισσότερα άτομα που έχουν απορριφθεί. Θεωρητικά και εμπειρικά η διαδικασία αντιμετώπισης είναι το λιγότερο αναπτυγμένο τμήμα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory). Όπως ισχύει για τα περισσότερα άλλα όργανα της έρευνας σχετικά με τη διαδικασία αντιμετώπισης (Sommerfeld & McCrae, 2000), λίγα είναι ακόμη γνωστά με βεβαιότητα για τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες που βοηθούν στην απάντηση του βασικού ερωτήματος της υποθεωρίας αντιμετώπισης. Παρ' όλα αυτά είναι σαφές ότι, προκειμένου να κατανοήσουμε τη διαδικασία αντιμετώπισης - και μάλιστα όλη τη διαδικασία αποδοχής-απόρριψης - πρέπει να υιοθετήσουμε μια προοπτική πολλών μεταβλητών. Η προοπτική αυτή έχει τρία στοιχεία: τον εαυτό, τον άλλο και το πλαίσιο. Συγκεκριμένα, το πολυμεταβλητό μοντέλο συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται στην Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) αναφέρει ότι η συμπεριφορά του ατόμου (π.χ., αντιμετώπιση αντιληπτής απόρριψης) είναι συνάρτηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του εαυτού, του άλλου και του πλαισίου. Τα χαρακτηριστικά του «εαυτού» περιλαμβάνουν νοητικές αναπαραστάσεις του ατόμου μαζί με τα άλλα εσωτερικά και εξωτερικά χαρακτηριστικά που συζητήθηκαν νωρίτερα. Τα χαρακτηριστικά του «άλλου» περιλαμβάνουν τα προσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά του απορρίπτοντος γονέα ή άλλου προσώπου προσκόλλησης, μαζί με τη μορφή, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της απόρριψης. Τα χαρακτηριστικά του «πλαισίου» περιλαμβάνουν και άλλους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή του ατόμου, μαζί με τα χαρακτηριστικά της

κοινωνικής-κατάστασης του περιβάλλοντος του ατόμου. Μια ειδική ερευνητική υπόθεση που προέρχεται από αυτή την άποψη αναφέρει ότι, όλοι οι άλλοι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, ενώ η πιθανότητα τα παιδιά να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την γονεϊκή απόρριψη ενισχύεται από την παρουσία ενός ζεστού, υποστηρικτικού, αναπληρωματικού φροντιστή ή ατόμου προσκόλλησης.

Η έμφαση της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) στην ψυχική δραστηριότητα -συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών μας αναπαραστάσεων- οδηγεί στο να αναμένει κανείς ότι συγκεκριμένες κοινωνικές γνωστικές ικανότητες επιτρέπουν σε ορισμένα παιδιά και ενήλικες να αντιμετωπίσουν την απόρριψη πιο αποτελεσματικά από ό, τι άλλοι. Οι δυνατότητες αυτές περιλαμβάνουν μια σαφώς διαφοροποιημένη αίσθηση του εαυτού, μια αίσθηση της αυτοδιάθεσης, και την ικανότητα να αποπροσωποποιούν (Rohner, 1986). Πιο συγκεκριμένα, η υποθεωρία αντιμετώπισης αναμένει ότι η ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίσουν την απόρριψη ενισχύεται στο βαθμό που έχουν μια σαφώς διαφοροποιημένη αίσθηση του εαυτού, μια πτυχή του οποίου είναι η αίσθηση της αυτοδιάθεσης. Τα αυτοπροσδιοριζόμενα άτομα πιστεύουν ότι μπορούν να ασκούν τουλάχιστον μια μικρή ποσότητα ελέγχου πάνω στο τι συμβαίνει σε αυτούς μέσω των δικών τους προσπαθειών ή προσωπικών χαρακτηριστικών. Άλλα άτομα μπορεί να αισθάνονται σαν πιόνια: Αισθάνονται σαν τα πράγματα που τους συμβαίνουν είναι εξαιτίας της μοίρας, της τύχης, ή ενός ισχυρού άλλου. Τα άτομα με την αίσθηση του αυτοπροσδιορισμού έχουν μια εσωτερική ψυχολογική πηγή για την ελαχιστοποίηση μερικών από τις πιο καταστροφικές συνέπειες της απόρριψης.

Ομοίως, τα άτομα που έχουν την ικανότητα να αποπροσωποποιούν κατέχουν μια άλλη κοινωνικό-γνωστική πηγή για την αντιμετώπιση της απόρριψης. Η προσωποποίηση αναφέρεται στην πράξη του να «παίρνω κάτι προσωπικά», δηλαδή, στην εμνημία αντανάκλαστικών ή αυτόματων γεγονότων της ζωής με εγωκεντρικό τρόπο και συνήθως με αρνητική έννοια. Έτσι, οι άνθρωποι που προσωποποιούν τις καταστάσεις τείνουν να ερμηνεύουν κάποιες ακούσιες προσβολές και μικρές πράξεις αναισθησίας ως εκ προθέσεως πράξεις της απόρριψης ή άλλες επιζήμια προθέσεις. Τα άτομα που είναι σε θέση να αποπροσωποποιούν, ωστόσο, έχουν ένα ψυχολογικό υπόβαθρο ώστε να αντιμετωπίζουν με ένα πιο θετικό τρόπο τις διαπροσωπικές ασάφειες. Και οι τρεις από αυτές τις κοινωνικούς γνωστικούς παράγοντες φαίνεται να παρέχουν ψυχολογική ασπίδα εναντίον των πιο διαβρωτικών δράσεων της αντίληψης της απόρριψης. Ωστόσο, τα ίδια τα χαρακτηριστικά έχουν την τάση να επηρεάζονται από την απόρριψη, περιπλέκοντας έτσι το έργο της αξιολόγησης της ανεξάρτητης συμβολής που το καθένα μπορεί να έχει στην παροχή βοήθειας σε παιδιά και ενήλικες να αντιμετωπίσουν την αντίληψη της απόρριψης.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι ο όρος *coper* στην υποθεωρία της αντιμετώπισης διαχωρίζεται σε *affective* (συναισθηματικός) *coper* και *instrumental* (συντελεστικός) *coper*. Οι *affective* (συναισθηματικοί) *copers* είναι εκείνοι οι άνθρωποι που το συναίσθημά τους και ο ψυχικός τους κόσμος δεν έχει επηρεαστεί από το γεγονός ότι μεγάλωσαν σε οικογένειες που τους είχαν απορρίψει. Από την

άλλη μεριά, οι instrumental (συντελεστικοί) copers είναι άτομα τα οποία έχουν απορριφθεί αλλά τα πηγαίνουν καλά στο σχολείο, στην εργασία ή στις ασχολίες τους, όμως το συναίσθημα και ο ψυχικός τους κόσμος έχει επηρεαστεί. Οι instrumental (συντελεστικοί) copers διατηρούν ένα υψηλό επίπεδο ικανότητας στην εργασία και την επαγγελματική τους απόδοση παρά τη σοβαρή απόρριψη. Πολλές εξέχουσες προσωπικότητες στην ιστορία έχουν υπάρξει instrumental copers, μεταξύ των οποίων είναι προσωπικότητες όπως ο Louis "Satchmo" Armstrong, ο John Stuart Mill, Richard Nixon, Edgar Allen Poe, Eleanor Roosevelt, Babe Ruth, και ο Mark Twain, μεταξύ πολλών, πολλών άλλων (Howe, 1982. Goertzel & Goertzel, 1962) . Βιογραφίες και αυτοβιογραφίες των ατόμων αυτών αποκαλύπτουν ότι ακόμα κι αν ήταν επιτυχημένη instrumental copers, δεν ήταν affective copers. Όλοι φαίνεται να έχουν υποστεί ψυχολογική πίεση με τρόπους που περιγράφονται στην υποθεωρία προσωπικότητας.

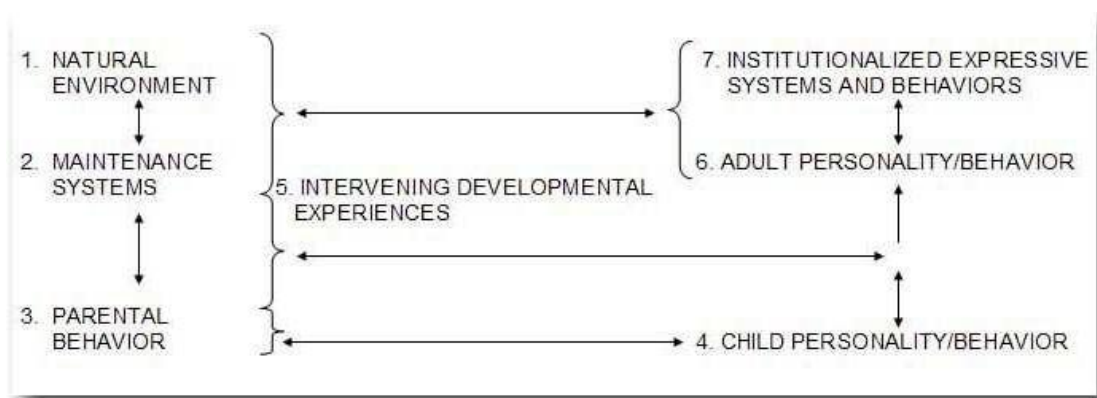
Ακόμη και αν η κατάσταση της ψυχικής υγείας των συναισθηματικών copers είναι αρκετά καλή, γενικά δεν είναι τόσο καλή όσο αυτή των ατόμων που προέρχονται από οικογένειες που τους αποδέχονται, αλλά έχει την τάση να είναι σημαντικά καλύτερη από εκείνη των περισσότερων ατόμων που προέρχονται από την απόρριψη οικογένειας. Με την πάροδο του χρόνου, από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση, όμως, όλοι, εκτός από τα πιο σοβαρά απορριφθέντα και ψυχολογικά τραυματισμένα άτομα είναι πιθανό να έχουν αρκετά θετικές εμπειρίες έξω από την οικογένεια καταγωγής τους, που μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των πιο καταστροφικών συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών επιπτώσεων της γονεϊκής απόρριψης. Έτσι, έχοντας υπόψη τη συνήθη ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό των περισσότερων ανθρώπων το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου (Masten, 2001) -σε συνδυασμό με την επιτυχημένη ψυχοθεραπεία, θετικές εμπειρίες εργασίας, ικανοποιώντας προσωπικές σχέσεις, και άλλες ευχάριστες διαδικασίες και αποτελέσματα, ενήλικες που είχαν απορριφθεί ως παιδιά συχνά προσαρμόζονται καλύτερα συναισθηματικά και ψυχολογικά από ό, τι όταν ήταν παιδιά κάτω από την άμεση επιρροή της απόρριψης των γονέων τους. Αυτό βέβαια τοποθετεί ακόμη και τους affective copers σε ένα μεγαλύτερο ρίσκο να παρουσιάσουν κοινωνικά, σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα στην πορεία της ζωής τους σε σχέση με τα άτομα που αγαπήθηκαν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν η διαδικασία απόρριψης στην παιδική ηλικία έχει επηρεάσει σοβαρά την ικανότητα του ατόμου να σχηματίσει ασφαλείς σχέσεις εμπιστοσύνης με τον σύντροφό του.

### **3.5 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ Η ΥΠΟΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ (PARTheory's Sociocultural Model and Subtheory)**

Όπως έχουμε αναφέρει παραπάνω στο πολυμεταβλητό μοντέλο της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), η γονική απόρριψη λαμβάνει χώρα σε ένα σύνθετο οικολογικό (οικογενειακό, κοινοτικό και κοινωνικοπολιτισμικό) πλαίσιο. Το μοντέλο κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων που φαίνεται στο Σχήμα 4 παρέχει

έναν τρόπο σκέψης για τα προηγούμενα, τις συνέπειες και άλλους συσχετισμούς της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης μέσα σε ατομικό και κοινωνικό πλαίσιο. Αυτό το μοντέλο έχει τις ιστορικές ρίζες του στο πρώιμο έργο του Kardiner (1939, 1945a, 1945b), και αργότερα στο έργο του Whiting & Child (1953). Μοιράζεται επίσης αξιοσημείωτες ομοιότητες με το οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner (1994, 1979), και με το οικο-πολιτισμικό μοντέλο του Berry (2006). Δείχνει, για παράδειγμα, ότι η πιθανότητα οι γονείς (στοιχείο 3 στο μοντέλο) να εμφανίσουν οποιαδήποτε δεδομένη μορφή συμπεριφοράς (π.χ., την αποδοχή ή την απόρριψη) διαμορφώνεται με σημαντικούς τρόπους από τα συστήματα συντήρησης αυτής της κοινωνίας συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών θεσμών, όπως τη δομή της οικογένειας, την οικιακή οργάνωση, την οικονομική οργάνωση, την πολιτική οργάνωση, το σύστημα άμυνας, και άλλους θεσμούς που στηρίζουν άμεσα την επιβίωση ενός πολιτισμικά οργανωμένου πληθυσμού μέσα στο φυσικό του περιβάλλον (στοιχείο 1 στο μοντέλο). Το μοντέλο δείχνει επίσης ότι οι γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη και άλλες συμπεριφορές έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς (όπως προνοείται στο υποθεωρία προσωπικότητας) των παιδιών.

Το διπλό βέλος του μοντέλου (σχεδιασμένο για να δείξει την αλληλεπίδραση μεταξύ των στοιχείων) προτείνει πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών όπως το ταπεραμέντο τους και η συμπεριφορική τους διάθεση σχηματίζουν σε έναν σημαντικό βαθμό τη μορφή και την ποιότητα της συμπεριφοράς των γονέων τους απέναντί τους. Τα βέλη στο μοντέλο αποκαλύπτουν επίσης –επιπροσθέτως των οικογενειακών εμπειριών- ότι οι νέοι έχουν μια μεγάλη γκάμα συχνών ισχυρών επιρροών (στοιχείο 5) από εμπειρίες του φυσικού περιβάλλοντος στο οποίο ζουν, τα συστήματα συντήρησης της κοινωνίας, τους συνομηλίκους τους και τους ενήλικες στην κοινωνία (στοιχείο 6), και τα θεσμοθετημένα εκφραστικά συστήματα της κοινωνίας τους (στοιχείο 7).



Τα θεσμοθετημένα εκφραστικά συστήματα και οι συμπεριφορές αναφέρονται στις θρησκευτικές παραδόσεις και τις συμπεριφορές ενός λαού, τις καλλιτεχνικές παραδόσεις και τις προτιμήσεις του, τις μουσικές και τα λαογραφικά έθιμα και τις προτιμήσεις του, καθώς και σε άλλες πεποιθήσεις που σχετίζονται με τέτοια συμβολική, ως επί το πλείστον μη χρηστικές και όχι απαραίτητες για την επιβίωση

απόψεις και συμπεριφορές. Καλούνται "εκφραστικά" στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) επειδή πιστεύεται ότι εκφράζουν ή αντικατοπτρίζουν τις εσωτερικές, ψυχολογικές καταστάσεις των ανθρώπων, τουλάχιστον αρχικά, όταν τα εκφραστικά συστήματα είχαν πρωτοδημιουργηθεί. Έτσι, τα εκφραστικά συστήματα πιστεύεται στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) ότι είναι συμβολικές δημιουργίες, που σχηματίζονται με την πάροδο του χρόνου από πολλά άτομα μέσα σε μια κοινωνία. Καθώς οι άνθρωποι αλλάζουν, τα εκφραστικά συστήματα και οι συμπεριφορές τείνουν επίσης να αλλάζουν, αν και μερικές φορές αργά και απρόθυμα, ειδικά εάν τα συστήματα έχουν κωδικοποιηθεί γραπτώς. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε εδώ -σύμφωνα με την υποθεωρία κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων- ότι ακόμα κι αν τα εκφραστικά συστήματα είναι τελικά ανθρώπινες δημιουργίες, από τη στιγμή που δημιουργήθηκαν και να ενσωματώθηκαν στο κοινωνικό και πολιτισμικό σύστημα τείνουν να αλληλεπιδρούν με τους ανθρώπους, διαμορφώνοντας μελλοντικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές.

Καθοδηγούμενη από το μοντέλο κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων, η υποθεωρία κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων επιχειρεί να προβλέψει και να εξηγήσει σε όλο τον κόσμο τις αιτίες της γονεϊκής αποδοχής και της απόρριψης. Η υποθεωρία επιχειρεί επίσης να προβλέψει και να εξηγήσει εκφραστικούς συσχετισμούς της γονεϊκής αποδοχής και της απόρριψης. Για παράδειγμα, η υποθεωρία προβλέπει - και ουσιαστικά διαπολιτισμικά στοιχεία επιβεβαιώνουν-ότι σε κοινωνίες όπου τα παιδιά έχουν την τάση να απορριφθούν, πολιτιστικές πεποιθήσεις σχετικά με τον υπερφυσικό κόσμο (δηλαδή, για το Θεό, τους θεούς, και τον κόσμο των πνευμάτων) συνήθως απεικονίζουν το υπερφυσικό ως κακόβουλο, εχθρικό, ύπουλο, απρόβλεπτο, ιδιότροπο, καταστροφικό ή αρνητικό με άλλους τρόπους (Batoool & Najam, 2009. Thiele, 2007. Bierman, 2005. Dickie, Eshleman, Merasco, Shepard, Venderwilt & Johnson, Rohner, 1986, 1975). Ωστόσο, ο υπερφυσικός κόσμος συνήθως πιστεύεται ότι είναι καλοπροαίρετος, ζεστός, υποστηρικτικός, γενναιόδωρος, προστατευτικός ή ευγενικός και με άλλους τρόπους, σε κοινωνίες όπου τα περισσότερα παιδιά που μεγαλώνουν με αγάπη και αποδοχή. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτές οι πολιτισμικές διαφορές είναι το αποτέλεσμα των συγκεντρωτικών ατομικών διαφορών στις νοητικές αναπαραστάσεις των αποδεκτών έναντι ατόμων που απορρίπτονται μέσα σε αυτά τα δύο διαφορετικά είδη κοινωνιών. Η γονεϊκή αποδοχή και η απόρριψη είναι επίσης γνωστό ότι σχετίζονται σε όλο τον κόσμο με πολλούς άλλους εκφραστικούς κοινωνικοπολιτισμικούς συσχετισμούς όπως οι καλλιτεχνικές παραδόσεις, χαρακτηριστικά των επιμέρους κοινωνιών, καθώς και οι καλλιτεχνικές προτιμήσεις των ατόμων μέσα σε αυτές τις κοινωνίες (Rohner & Frampton, 1982). Επιπροσθέτως, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ψυχαγωγικές και επαγγελματικές επιλογές των ενηλίκων να μπορεί να συνδέονται με την παιδική ηλικία και εμπειρίες της αποδοχής και απόρριψης (Rohner, 1986. Mantell, 1974. Aronoff, 1967). Όλα αυτά και άλλες εκφραστικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις φαίνεται να είναι υποπροϊόντα των κοινωνικών, συναισθηματικών και κοινωνικών-γνωστικές επιπτώσεων της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης όπως αναφέρθηκε νωρίτερα.

Γιατί οι γονείς στις περισσότερες κοινωνίες τείνουν να είναι ζεστοί και στοργικοί, και οι γονείς στο περίπου 25% των κοινωνιών του κόσμου τείνουν να απορρίπτουν ήπια έως σοβαρά τα παιδιά τους (Rohner, 1975, 1986. Rohner & Rohner, 1981). Ποιοι παράγοντες ευθύνονται για αυτές τις κοινωνικές διαφορές και για τις ατομικές διαφοροποιήσεις στην ανατροφή των παιδιών μέσα στις κοινωνίες; Ερωτήματα όπως αυτά, καθοδηγούν το δεύτερο τμήμα της υποθεωρίας κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων. Δεν υπάρχει μια μοναδική ή απλή απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα, αλλά συγκεκριμένοι παράγοντες φαίνεται όντως να σχετίζονται με αξιοπιστία με τις κοινωνικές διακυμάνσεις της γονεϊκής απόρριψης. Κύριες μεταξύ αυτών είναι οι συνθήκες που προάγουν τη διάσπαση των πρωτογενών συναισθηματικών σχέσεων και της κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, οι μόνοι γονείς (συνήθως μητέρες) που βρίσκονται σε κοινωνική απομόνωση, χωρίς κοινωνικά και συναισθηματικά στηρίγματα, ειδικά αν οι γονείς είναι νέοι και οικονομικά υποβαθμισμένοι, εμφανίζονται παγκοσμίως να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την απόσυρση της αγάπης και της στοργής από τα παιδιά τους (Rohner, 1986). Είναι χρήσιμο να σημειωθεί, ωστόσο, ότι από μια παγκόσμια προοπτική της, η φτώχεια από μόνη της δεν συνδέεται απαραίτητα με την αυξημένη απόρριψη. Μάλλον, είναι η φτώχεια σε συνδυασμό με αυτές τις άλλες κοινωνικές και συναισθηματικές συνθήκες που θέτουν τα παιδιά σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Πράγματι, ένα μεγάλο μέρος της ανθρωπότητας είναι τώρα και πάντα ήταν σε κατάσταση σχετικής φτώχειας. Αλλά παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι γονείς σε όλο τον κόσμο ανατρέφουν τα παιδιά τους με φροντίδα (Rohner, 1975).

### **3.6 ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΓΟΝΕΪΚΗ ΣΕ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ (Paradigm Shift from Parental to Interpersonal Acceptance and Rejection)**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Θεωρία Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) παραδοσιακά επικεντρώθηκε σε θέματα *γονεϊκής* αποδοχής και απόρριψης. Αλλά το 1999 πέρασε από μια αλλαγή παραδείγματος από τη γονεϊκή σε *διαπροσωπική* αποδοχή και απόρριψη. Πιο συγκεκριμένα, το κεντρικό αξίωμα της Θεωρίας Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) δήλωσε αρχικά ότι η αντίληψη της γονεϊκής απόρριψης σχετίζεται με το συγκεκριμένο σύμπλεγμα των διατάξεων της προσωπικότητας όπως αυτό σημειώνεται στην υποθεωρία προσωπικότητας. Το επαναδιατυπωμένο αξίωμα δηλώνει τώρα ότι αντίληψη της απόρριψης από το άτομο προσκόλλησης σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της ζωής τείνει να συνδέεται με το ίδιο σύμπλεγμα των διατάξεων της προσωπικότητας που βρέθηκαν μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων που έχουν απορριφθεί από τους γονείς τους κατά την παιδική ηλικία. Τώρα, η θεωρία και η σχετική έρευνα εστιάζεται σε όλες τις πτυχές της διαπροσωπικής αποδοχής-απόρριψης, που περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται μόνο στη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη, αλλά και στην αποδοχή-απόρριψη από ομοτίμους και αδέρφια, από δασκάλους, από άτομα με τα οποία οι ενήλικες αναπτύσσουν ερωτικές σχέσεις αλλά και άλλες σχέσεις προσκόλλησης σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Παρά αυτήν την αλλαγή παραδείγματος στη θεωρία και την έρευνα-εστίαση, η θεωρία εξακολουθεί να είναι γνωστή ως Θεωρία Γονεϊκής

Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) επειδή η ετικέτα έχει γίνει τόσο ευρέως αναγνωρισμένη διεθνώς.

Η πρώτη εμπειρική μελέτη για τη δοκιμή αναδιατύπωσης του αξιώματος της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) έγινε το 2001 (Rohner & Khaleque, 2008. Khaleque, 2001). Η μελέτη εξέτασε τον αντίκτυπο της αποδοχής-απόρριψης από άνδρες συντρόφους για την ψυχολογική προσαρμογή των 88 ενήλικων ετεροφυλόφιλων γυναικών στις ΗΠΑ. Η καινοτόμα αυτή μελέτη προκάλεσε μεγάλο διεθνές ενδιαφέρον, σε τέτοιο βαθμό έτσι ώστε η μελέτη διεξήχθη σε περισσότερες από 15 χώρες σε όλο τον κόσμο. Μία από τις πρώτες από αυτές τις μελέτες (Parmar & Rohner, 2005) ασχολήθηκε με 79 νέους ενήλικες στην Ινδία. Εκεί, οι συγγραφείς βρήκαν ότι όσο μικρότερη ήταν η αντίληψη της αποδοχής από τους συντρόφους τους, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, τόσο χειρότερη ήταν η ψυχολογική προσαρμογή τους. Απλές συσχετίσεις έδειξαν επίσης την αναμενόμενη θετική συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής προσαρμογής των ενηλίκων και θύμισαν τη μητρική και πατρική αποδοχή στην παιδική ηλικία των ενηλίκων. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η αποδοχή από την σύντροφο ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της ψυχολογικής προσαρμογής των ανδρών, αν και η σχέση αυτή ήταν εν μέρει μεσολάβηση, θυμόμαστε πατρική αποδοχή (αλλά όχι της μητέρας) στην παιδική ηλικία. Για τις γυναίκες, από την άλλη πλευρά, τόσο η αποδοχή από τον σύντροφο όσο και η πατρική (αλλά όχι της μητέρας) ήταν περίπου ισότιμοι προγνωστικοί παράγοντες της ψυχολογικής προσαρμογής.

Πιο πρόσφατα, παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί σε οκτώ άλλες διεθνείς μελέτες, υποδεικνύοντας έτσι τη δυνατότητα της καθολικής σχέσης μεταξύ της ψυχικής υγείας των ενηλίκων και των αντιλήψεών τους για την αποδοχή ή την απόρριψη από τους οικείους τους, καθώς και από τους γονείς κατά την παιδική ηλικία. Αυτές οι μελέτες διεξήχθησαν σε: Κολομβία και το Πουέρτο Ρίκο (Ripoll-Nunez & Alvarez, 2008), Φινλανδία (Khaleque, Rohner & Laukala, 2008), Ινδία (Parmar & Rohner, 2008), Ιαπωνία (Rohner, Uddin, Shomsunaher, & Khaleque, 2008), Κορέα (Chyung & Lee, 2008), Κουβέιτ (Parmar, ο Ιμπραήμ, και Rohner, 2008), Τουρκία (Varan, Rohner, & Eryuksel, 2008), και ΗΠΑ (Rohner, Melendez, & Kraimer-Rickaby, 2008).

Το δεύτερο σημαντικό ζήτημα που πρέπει να μελετηθεί μετά την αναδιατύπωση της Θεωρίας Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) το 1999 ασχολήθηκε με τη σχετική συμβολή της αντίληψης της αποδοχής-απόρριψης από τους δασκάλους έναντι της γονεϊκής (μητρικής και πατρικής) και έλεγχος της συμπεριφοράς στην ψυχολογική προσαρμογή, τη συμπεριφορά στο σχολείο και την ακαδημαϊκή επίδοση των νέων σχολικής ηλικίας (αγόρια και κορίτσια) εντός έξι εθνών διαπολιτισμικά (Rohner, 2010). Αυτά τα έθνη που περιλαμβάνουν το Μπαγκλαντές, την Εσθονία, την Ινδία, το Κουβέιτ, την περιοχή Δέλτα του Μισισιπή των ΗΠΑ, και την Τουρκία. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν τεράστια φυλετική και κοινωνικοπολιτισμική μεταβλητότητα στα πρότυπα των προγνωστικών που αξιολογούνται με κάθε μία από τις τρεις μεταβλητές έκβασης που μελετήθηκαν. Όπως αναμενόταν από τη Θεωρία



Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory), ωστόσο οι προγνωστικοί παράγοντες των διακυμάνσεων της ψυχολογικής προσαρμογής των νέων ήταν πολύ πιο σταθεροί. Πιο συγκεκριμένα, τόσο η αντίληψη της αποδοχής από τους εκπαιδευτικούς όσο και από τους γονείς συσχετιζόνταν σημαντικά με την προσαρμογή τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών σε όλα τα έθνη, όπου μελετήθηκε η σχέση αυτή. Τα αποτελέσματα των πολλαπλών αναλύσεων παλινδρόμησης, ωστόσο, έδειξαν ότι η αντίληψη της αποδοχής από τους εκπαιδευτικούς διαμεσολαβείται σε μεγάλο βαθμό από τη σχέση μεταξύ της αντίληψης της γονεϊκής αποδοχής και της ψυχολογικής προσαρμογής των νέων στο Μπαγκλαντές και την Ινδία. Από την άλλη πλευρά, αυτές οι αναλύσεις έδειξαν ότι μόνο η γονεϊκή αποδοχή έχει ανεξάρτητη ή μοναδική συνεισφορά στην ψυχολογική προσαρμογή του μαθητή στο Κουβέιτ και την Εσθονία. Το ζήτημα της ψυχολογικής προσαρμογής δεν εξερευνήθηκε στην Τουρκία ή στην περιοχή του Δέλτα του Μισισιπή των ΗΠΑ.

### **3.7 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Methods in PARTheory Research)**

Το πρόγραμμα έρευνας της Θεωρίας Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) εδώ και μισό αιώνα καθοδηγείται μεθοδολογικά από το θεωρητικό μοντέλο που ονομάζεται ανθρωπονομία (anthroponomy) και την οικουμενική προσέγγιση, αντίστοιχα (Rohner, 1986. Rohner & Rohner, 1980). Η ανθρωπονομία (anthroponomy) είναι μια προσέγγιση για τις επιστήμες του ανθρώπου που χαρακτηρίζεται από μια αναζήτηση για τις καθολικές αρχές της συμπεριφοράς που μπορεί να αποδειχθεί εμπειρικά και να γενικευθεί σε όλα τα είδη μας (Homo sapiens-) υπό συγκεκριμένες συνθήκες κάθε φορά που συμβαίνουν. Παρά το γεγονός ότι πολλές προτάσεις που προέβαλαν Δυτικοί κοινωνικοί επιστήμονες υποτίθεται ότι ισχύουν για όλους τους ανθρώπους, η επαλήθευση των ισχυρισμών αυτών είναι σύνθετη και περιλαμβάνει την προσοχή στο ρόλο του πολιτισμού, της γλώσσας, της μετανάστευσης, της ιστορίας, και άλλους τέτοιους παράγοντες. Απαιτεί επίσης την προσοχή στις δυνάμεις και τις αδυναμίες των επιμέρους διαδικασιών μέτρησης (π.χ., αυτο-έκθεση ερωτηματολόγια) και γενικά παραδείγματα της έρευνας (π.χ., η holocultural μέθοδος) (Cournoyer & Malcolm, 2004. Cournoyer, 2000. Rohner, 1986).

Στη Θεωρία Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) τα ζητήματα αυτά εξετάζονται υπό την οικουμενική προσέγγιση, μια πολυμεθοδολογική και με πολλές διαδικασίες στρατηγική έρευνας που ψάχνει για τη σύγκλιση των αποτελεσμάτων σε μια σειρά διακριτών τρόπων μέτρησης και παραδειγμάτων της έρευνας σε ένα ευρύ φάσμα των κοινωνικοπολιτισμικών και εθνοτικών ρυθμίσεων σε όλο τον κόσμο. Πιο συγκεκριμένα, έχουν χρησιμοποιηθεί πέντε διακριτές μέθοδοι ή τύποι μελετών για τη δοκιμή βασικών πτυχών της θεωρίας. Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να συζητηθούν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από δύο είδη μελετών. Η πρώτη περιλαμβάνει τις ποσοτικές ψυχολογικές μελέτες που χρησιμοποιούν τεχνικές όπως συνεντεύξεις, παρατηρήσεις συμπεριφοράς, και ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, και κυρίως το Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (Parq) (Rohner, 2005a), η Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (Parq / Control)

(Rohner, 2005b), και το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Προσωπικότητας (PAQ) (Rohner & Khaleque, 2005β). Όλα αυτά και άλλα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που περιέχονται σε αυτό το Εγχειρίδιο για τη μελέτη της γονεϊκής αποδοχής και απόρριψης (*Handbook for the study of parental acceptance and rejection* (Rohner & Khaleque, 2005a).

Υπάρχουν τρεις εκδόσεις του Parq και Parq / Control. Μια χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των παιδιών του βαθμού αποδοχής ή απόρριψης (και έλεγχος της συμπεριφοράς) που λαμβάνουν στα χέρια της μητέρας, του πατέρα, ή άλλων φροντιστές τους. Μια άλλη αξιολογεί αναμνήσεις ενηλίκων από την παιδική ηλικία τους σε σχέση με τις εμπειρίες τους πάνω στη μητρική ή πατρική αποδοχή-απόρριψη. Η τρίτη ζητά από τους γονείς να προβληματιστούν σχετικά με τη δική τους αποδοχή, την απόρριψη και τον έλεγχο των συμπεριφορών. Η PAQ, από την άλλη πλευρά, αξιολογεί την αυτοαντίληψη ατόμων (ενήλικες ή παιδιά) της συνολικής ψυχολογικής τους προσαρμογής, όπως ορίζεται από τις επτά διατάξεις προσωπικότητας στο επίκεντρο της υποθεωρίας προσωπικότητας. Λεπτομέρειες σχετικά με την Parq, Parq / Έλεγχος και PAQ-συμπεριλαμβανομένων περίπου την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους για χρήση σε διεθνές επίπεδο και μεταξύ των αμερικανικών εθνοτικών ομάδων-παρέχεται σε Γκόμεζ και Rohner (2011), Rohner και Khaleque (2005a) και Rohner (1986). Οι αναφορές σε αρκετές εκατοντάδες ποσοτικές ψυχολογικές μελέτες που χρησιμοποιούν όλες αυτές τις τεχνικές μπορούν να βρεθούν στο Rohner (2012). Η μεταανάλυση, ο δεύτερος τύπος της μελέτης σε αυτό το σύμπλεγμα, συνοψίζει και συνθέτει τα αποτελέσματα της συλλογής αυτών των διακριτών ψυχολογικών μελετών που μπορεί να έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα και μπορεί ή δεν μπορεί να περιλαμβάνουν πολλαπλά πολιτιστικά πλαίσια. Το έργο του Khaleque & Rohner (2002α) δείχνει αυτή τη μέθοδο. Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε 43 μελέτες που εκπροσωπούν 7.563 ερωτηθέντων σε 15 χώρες και περισσότερες από τις μεγάλες εθνικές ομάδες στις ΗΠΑ (π.χ., Αφροαμερικανοί, Ασιάτες Αμερικανοί, Ευρωπαίοι Αμερικανοί, και ισπανόφωνοι Αμερικανοί). Τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης υποστηρίζουν το αξίωμα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) σχετικά με τη διαπολιτισμική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης της γονεϊκής αποδοχής και τη συνολική ψυχολογική προσαρμογή τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων.

Μια δεύτερη μετααναλυτική ανασκόπηση (Khaleque & Rohner, 2002b) βασίστηκε σε 51 μελέτες που εκπροσωπούν 6.898 ερωτηθέντων σε οκτώ έθνη και οι περισσότερες μεγάλες αμερικανικές εθνοτικές ομάδες. Ο σκοπός αυτής της μεταανάλυσης ήταν να αξιολογηθεί η αξιοπιστία (όπως μετράται από το συντελεστή άλφα) από τις δύο κύριες κατηγορίες των ερωτηματολογίων αυτοέκθεσης που χρησιμοποιούνται σε όλες αυτές τις μελέτες, που είναι, το Parq και το PAQ. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν ότι οι δύο δέσμες μέτρων ήταν αξιόπιστο σε όλες τις μελέτες.

Μια τρίτη μετααναλυτική ανασκόπηση (Rohner & Khaleque, 2010) επέκτεινε και εκκαθάρισε τα αποτελέσματα της πρώτης αναθεώρησης, και πρόσθεσε ένα επιπλέον στοιχείο. Συγκεκριμένα, η μεταανάλυση ανέλυσε τη σχέση μεταξύ της συνολικής

ψυχολογικής προσαρμογής σε σχέση με τις αναμνήσεις τους από τη μητρική έναντι της πατρικής αποδοχής στην παιδική ηλικία στον ενήλικα άνδρα έναντι της ενήλικης γυναίκας. Επιπλέον, αναλύεται η συνολική ψυχολογική προσαρμογή σε σχέση με τις αντιλήψεις τους για την τρέχουσα συμπεριφορά συντρόφους τους του ενήλικα άνδρα έναντι της ενήλικης γυναίκας (δηλαδή, αποδοχή ή απόρριψη). Το κύριο ερώτημα που απευθύνεται στην εν λόγω μελέτη ήταν αν η ψυχολογική προσαρμογή των ενηλίκων που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως αποδεκτούς ή απορριφθέντες από τους συντρόφους τους έτειναν, σε όλο τον κόσμο, να επηρεάζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και η ψυχολογική προσαρμογή των ενηλίκων που θυμούνται τους εαυτούς τους να έχουν γίνει αποδεκτοί ή να έχουν απορριφθεί από τους κύριους φροντιστές τους στην παιδική ηλικία. Η μεταανάλυση βασίστηκε σε 17 μελέτες στις οποίες συμμετείχαν 3.568 ενήλικες σε δέκα έθνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αντίληψη της αποδοχής από τους συντρόφους στην ενήλικη ζωή και η ανάμνηση της πατρικής και μητρικής αποδοχής στην παιδική ηλικία είχαν την τάση σε όλες τις κοινωνίες που μελετήθηκαν να συσχετίζονται ιδιαίτερα με την τρέχουσα ψυχολογική προσαρμογή τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών.

Μια τέταρτη μετααναλυτική αναθεώρηση (Khaleque & Rohner, 2011a) επέκτεινε σημαντικά την πρώτη αναθεώρηση. Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος βασίστηκε σε 68 μελέτες στις οποίες συμμετείχαν 19.511 ερωτηθέντων από 22 χώρες σε πέντε ηπείρους. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι τα μεγέθη επίδρασης των συσχετίσεων μεταξύ της αντίληψης της μητρικής και πατρικής αποδοχής με την ψυχολογική προσαρμογή του απογόνου ήταν σημαντική και για τα παιδιά και για τους ενήλικες σε όλους τους πολιτισμούς που μελετήθηκαν. Πολύ σημαντικό, τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι το μέσο μέγεθος σταθμισμένης επίδρασης των συσχετισμών μεταξύ της αντίληψης πατρικής αποδοχής και της ψυχολογικής προσαρμογής των παιδιών ήταν σημαντικά ισχυρότερη από το μέσο μέγεθος της σταθμισμένης επίδρασης της συσχέτισης μεταξύ της αντίληψης της μητρικής αποδοχής και της ψυχολογικής προσαρμογής του παιδιού.

Τέλος, η πέμπτη μελέτη (Khaleque & Rohner, 2011β) πήγε αυτές τις μεταanalύσεις ένα βήμα παραπέρα. Ενώ οι προηγούμενες μελέτες εξέταζαν τη συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης ή της ανάμνησης της αποδοχής-απόρριψης και τη συνολική ψυχολογική προσαρμογή, η μελέτη αυτή έσπασε την έννοια της ψυχολογικής προσαρμογής (όπως ερμηνεύεται στο PARTheory) στα συστατικά της -δηλαδή, τις επτά διαθέσεις προσωπικότητας που αναφέρονται στο σύνδρομο αποδοχής-απόρριψης που έχει περιγραφεί παραπάνω. Ο στόχος μας ήταν να διαπιστωθεί αν κάθε μία από τις επτά διατάξεις έχουν διαπολιτισμικό χαρακτήρα και σχετίζονται με την αντίληψη της μητρικής και πατρικής αποδοχής στην παιδική ηλικία και με τις αναμνήσεις ενηλίκων από εμπειρίες της μητρικής και πατρικής αποδοχής κατά την παιδική τους ηλικία. Τα αποτελέσματα της μεταανάλυσης έδειξαν ότι τόσο η μητρική και πατρική αποδοχή συσχετίζεται σημαντικά όσο και διαπολιτισμικά με όλες τις επτά διαθέσεις προσωπικότητας που μετράται στο παιδί με τοPAQ. Επιπλέον, η ανάμνηση της μητρικής αποδοχής συσχετίζεται σημαντικά και διαπολιτισμικά με όλες τις επτά

διατάξεις της προσωπικότητας των ενηλίκων απογόνων. Η ανάμνηση της πατρικής αποδοχής, όμως, δεν συσχετίζονται όπως αναμενόταν με την εξάρτηση. Τα αποτελέσματα βασίστηκαν σε 36 μελέτες που περιελάμβαναν 10.943 ερωτηθέντων από 22 χώρες.

Το δεύτερο σύμπλεγμα διακριτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται στη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) αποτελείται από τρεις τύπους μελετών και βασίζεται στην εθνογραφική έρευνα. Το πρώτο από αυτά είναι η μελέτη εθνογραφικής περίπτωσης όπως αυτή που έγινε από Rohner & Chaki-Sircar (1988). Οι εθνογραφικές μελέτες περιπτώσεων απασχολούν μακροχρόνια (π.χ., έξι μήνες έως αρκετά χρόνια) διαδικασίες συμμετοχικής παρατήρησης μέσα σε μια συγκεκριμένη πολιτισμικά οργανωμένη κοινότητα, μαζί με δομημένες και αδόμητες παρατηρήσεις, συνεντεύξεις, και άλλες τέτοιες διαδικασίες. Τέτοιες εθνογραφικές μελέτες παράγουν μια πλούσια έκθεση περιεχομένων για τον τρόπο ζωής ενός λαού. Μια δεύτερη μέθοδος σε αυτό το σύμπλεγμα είναι η ελεγχόμενη σύγκριση ή η ταυτόχρονη μελέτη παραλλαγής (Pelto & Pelto, 1978. Rohner, 1977. Naroll, 1968). Σε αυτές τις μελέτες οι ερευνητές συνήθως εντοπίζουν δύο ή περισσότερους πληθυσμούς καλλιέργειας που φέρουν στην οποία μία από τις δύο συνθήκες: (1) Οι σχετικές μεταβλητές στη δειγματοληψία πληθυσμών τους ποικίλλουν, αλλά άλλοι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες παραμένουν σταθεροί, ή (2) οι σχετικές μεταβλητές στον πληθυσμό του δείγματος παραμένουν σταθερές, ενώ άλλοι κοινωνικοπολιτισμικές παράγοντες είναι ελεύθεροι να ποικίλλουν. Μια συγκριτική μελέτη του Rohner (1960) της γονεϊκής απόρριψης σε τρεις κοινωνίες του Ειρηνικού (δηλαδή, μια κοινότητα Μαορί της Νέας Ζηλανδίας, μια παραδοσιακή ορεινή κοινότητα του Μπαλί, και την Alorese της Ινδονησίας) απεικονίζει το δεύτερο είδος της μελέτης σε αυτό το σύμπλεγμα. Τέλος, η holocultural μέθοδος (που συχνά αποκαλείται η μέθοδος διαπολιτισμική έρευνα) είναι η τρίτη προσέγγιση μέσα σε αυτό το σύμπλεγμα (Naroll, Michik, & Naroll, 1976, 1980. Whiting & Child, 1953). Αυτή η μέθοδος είναι ένα ερευνητικό σχέδιο για στατιστική μέτρηση της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων θεωρητικών μεταβλητών που θα οριστούν και θα καταστούν λειτουργικές σε ένα τυχαίο, στρωματοποιημένο δείγμα που θα περιγραφεί επαρκώς τα κοινωνικοπολιτισμικά συστήματα του κόσμου. Οι πηγές των στοιχείων είναι εθνογραφικές εκθέσεις και όχι άμεσες παρατηρήσεις, ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, συνεντεύξεις, ή άλλες τέτοιες διαδικασίες (Rohner, et al., 1978). Η μελέτη Rohner το 1975 των 101 μη βιομηχανικών κοινωνιών που έχει διανεμηθεί ευρέως σε όλες τις μεγάλες γεωγραφικές περιοχές και τομείς του πολιτισμού του κόσμου δείχνει αυτό το είδος της μελέτης.

Κάθε ένα από αυτά τα πέντε είδη των μελετών περιέχει μοναδικά πλεονεκτήματα και αδυναμίες. Τα πλεονεκτήματα του συμπλέγματος της ψυχολογικής μελέτης, για παράδειγμα, είναι αρκετά - συμπεριλαμβανομένων την έγκυρη, αξιόπιστη και ακριβή περιγραφή των φαινομένων. Οι εκτιμήσεις τόσο της κεντρικής τάσης και μεταβλητότητας σε δεδομένα που δημιουργούνται σε αυτό το σύμπλεγμα των μεθόδων επιτρέπουν ευαίσθητες στατιστικές διαδικασίες που πρέπει να χρησιμοποιούνται για να δώσουμε έμφαση στα ανεπαίσθητες επιδράσεις. Μια πιθανή

αδυναμία αυτών των μελετών, ωστόσο, είναι το γεγονός ότι τα πλούσια συμφραζόμενα δεδομένα συχνά λείπουν. Ειδικές δυνάμεις των μεθόδων στην εθνογραφική έρευνα συμπλέγματος είναι η εγκυρότητα. Δηλαδή, οι εθνογραφικές μελέτες παράγουν εκθέσεις που είναι πλούσιες σε πολιτιστική λεπτομέρεια. Καθώς προέρχονται από την εθνογραφία, οι διαπολιτισμικές μελέτες έχουν μια σημαντική πρόσθετη δύναμη στο ότι επιτρέπουν στη δειγματοληψία το πλήρες φάσμα των γνωστών κοινωνικοπολιτισμικών διαφορών. Μια αδυναμία αυτών των μεθόδων, πάντως, είναι το γεγονός ότι τα μέτρα που κωδικοποιούνται από εθνογραφία είναι μερικές φορές ασαφής, και ως εκ τούτου μπορεί να είναι χαμηλή σε αξιοπιστία.

### **3.8 ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Evidence Supporting of Main Features of PARTheory)**

Στη συντριπτική πλειοψηφία, το πιο ανεπτυγμένο τμήμα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) είναι η υποθεωρία προσωπικότητας. Αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι αυτή η υποθεωρία προέρχεται από όλα τα πέντε είδη των μελετών που περιγράφονται παραπάνω. Λόγω της ευρωστίας και την απλότητα τους, όμως, τα αποτελέσματα των ερευνητών διεθνώς έχουν επιλέξει να χρησιμοποιούν το Parq, Parq / Control, και το PAQ με δεκάδες χιλιάδες παιδιά και ενήλικες σε πολλές εθνοτικές ομάδες και τις κοινωνίες σε κάθε ήπειρο του κόσμου εκτός από την Ανταρκτική. Περισσότερα στοιχεία έχουν συγκεντρωθεί από αυτές τις μελέτες, παρά από μελέτες που χρησιμοποιούν οποιαδήποτε άλλη δέσμη μέτρων. Κατά συνέπεια, στα αποτελέσματα αυτών των μελετών δίδονται μέγιστη προσοχή εδώ.

Σχεδόν κάθε μελέτη που χρησιμοποίησε αυτά τα μέτρα, ανεξάρτητα από φυλετικές, πολιτιστικές, γλωσσικές, γεωγραφικές, και άλλες τέτοιες παραλλαγές, έχει καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα: Η εμπειρία της γονεϊκής αποδοχής ή απόρριψης τείνει να συνδέεται με τη μορφή της ψυχολογικής προσαρμογής (ή αδυναμία προσαρμογής) όπως έχει αναφερθεί στην υποθεωρία προσωπικότητας. Η μεταανάλυση που περιγράφεται σε παραπάνω από 43 μελέτες αντλώντας 7.563 ερωτηθέντων σε όλο τον κόσμο χρησιμοποιούν το Parq και PAQ, για παράδειγμα, έδειξε ότι 3.433 πρόσθετες μελέτες, όλα με μη σημαντικά αποτελέσματα, θα πρέπει να διαψεύσει το συμπέρασμα ότι η αντίληψη της αποδοχής-απόρριψης ανεξαρτήτως πολιτισμικού πλαισίου σχετίζεται με ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών. 941 τέτοιες μελέτες θα πρέπει να διαψεύσουν τη σύναψη μεταξύ των ενηλίκων (Khaleque & Rohner, 2002a). Όλα τα μεγέθη επίδρασης που αναφέρονται στη μεταανάλυση ήταν στατιστικά σημαντικά. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν καμία σημαντική ετερογένεια των μεγεθών επίδρασης σε διαφορετικά δείγματα διαπολιτισμικά ή εντός αμερικανικών εθνοτικές ομάδες.

Η μετα-ανάλυση έδειξε επίσης ότι ανεξάρτητα από τον πολιτισμό, την εθνικότητα ή τη γεωγραφική τοποθεσία, περίπου το 26% της μεταβλητότητας στην ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών και 21% των ενηλίκων εξηγείται από την αντίληψη της

γονεϊκής αποδοχής- απόρριψης. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την προσδοκία της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) ότι το μέγεθος της σχέσης μεταξύ αντίληψης αποδοχής-απόρριψης και ψυχολογικής προσαρμογής είναι πιθανό να είναι ισχυρότερη στην παιδική ηλικία - ενώ τα παιδιά βρίσκονται ακόμη κάτω από τις άμεσες επιρροές των γονέων - από ό, τι στην ενήλικη ζωή (Rohner, 1986, 1999) . Προφανώς, ένα σημαντικό ποσό της διακύμανσης της προσαρμογής των παιδιών και των ενηλίκων απομένει να εξηγηθεί από παράγοντες που μέχρι τώρα δεν υπόκεινται μέτρηση σε αυτό το πρόγραμμα έρευνας. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μια ποικιλία από πολιτιστικές, συμπεριφορικές, γενετικές και άλλων συντελεστών της μάθησης παράγοντες εμπλέκονται σε αυτή την διακύμανση (Reiss, 1997. Saudino, 1997).

Όπως είπαμε παραπάνω, τρεις άλλες κατηγορίες δεδομένων υποστηρίζουν επίσης το μεγάλο αξιώματα της υποθεωρίας προσωπικότητας. Αυτές είναι η διαπολιτισμική έρευνα, οι μελέτες εθνογραφικής περίπτωσης, και οι ελεγχόμενες μελέτες σύγκρισης (ταυτόχρονη μεταβολή).

Όλα αυτά τα στοιχεία σχετικά με το φαινόμενο καθολικής έκφρασης της αποδοχής-απόρριψης, μαζί με αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις παγκόσμιες ψυχολογικές επιπτώσεις της αντίληψης της αποδοχής-απόρριψης οδήγησε τον Rohner (2004) να διατυπώσει την ιδέα μιας σχεσιακή διάγνωση που ονομάζεται σύνδρομο αποδοχής-απόρριψης. Το σύνδρομο αποδοχή -απόρριψης αποτελείται από δύο συμπληρωματικά σύνολα παραγόντων. Πρώτον, σχεδόν 500 μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά και οι ενήλικες παντού φαίνεται να οργανώνουν τις αντιλήψεις τους για την γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη γύρω από τις ίδιες τέσσερις κατηγορίες συμπεριφοράς που συζητήθηκαν νωρίτερα (δηλαδή, τη ζεστασιά / αγάπη-ή αντίθετα-ψυχρότητα / την έλλειψη της αγάπης, εχθρότητα / επιθετικότητα , αδιαφορία / αμέλεια, και απόρριψη).

Δεύτερον, όπως ακριβώς σημειώνεται, διαπολιτισμικές αποδείξεις υποστηρίζουν σθεναρά το συμπέρασμα ότι τα παιδιά και οι ενήλικες που βίωσαν τη σχέση τους με τους γονείς τους να τους απορρίπτουν, έχουν την τάση παγκοσμίως να εκθέτουν τη συγκεκριμένη μορφή της ψυχολογικής κακής προσαρμογής που καθορίζεται στην υποθεωρία προσωπικότητας. Μαζί αυτές οι δύο τάξεις συμπεριφοράς περιλαμβάνουν ένα σύνδρομο, το οποίο είναι, ένα μοτίβο συνυπάρχουσων συμπεριφορών, γνωρισμάτων και διαθέσεων. Κάθε ενιαία ψυχολογική προδιάθεση (π.χ., θυμός, εχθρότητα, ή επιθετικότητα) μπορεί να βρεθεί σε άλλες συνθήκες, είναι η πλήρης διαμόρφωση των διατάξεων που συνθέτουν το σύνδρομο. Εκτός από τα θέματα της ψυχολογικής προσαρμογής που περιγράφονται στην υποθεωρία προσωπικότητας και στο σύνδρομο αποδοχής-απόρριψης, αποδείξεις εμπλέκουν έντονα τουλάχιστον τρία άλλα θέματα ψυχικής υγείας ως πιθανούς συσχετισμούς με την αντίληψη της γονεϊκής απόρριψης. Τα ζητήματα αυτά είναι (1) η κατάθλιψη, (2) προβλήματα συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών συμπεριφοράς, συμπεριφορές εξωτερικού και της παραβατικότητας, και (3) χρήση ουσιών (ναρκωτικά και αλκοόλ) και κακοποίηση (Rohner & Britner, 2002). Αποδεικτικά στοιχεία σχετικά για κάθε ένα από αυτά τα θέματα παρουσιάζονται παρακάτω συνοπτικά.

**Κατάθλιψη.** Η γονεϊκή απόρριψη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την κλινική και μη κλινική κατάθλιψη. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ως αποτέλεσμα της γονεϊκής απόρριψης έχουν παρουσιαστεί σε μεγάλες εθνικές ομάδες κατοίκων των Ηνωμένων Πολιτειών, συμπεριλαμβανομένων των Αφρικανοαμερικανών (Crook, Raskin, & Eliot, 1981), των Ασιατών Αμερικανών (Greenberger & Chen, 1996), των Ευρωπαίων Αμερικανών (Whitbeck, Conger, & Kao, 1993. Whitbeck, Hoyt, Miller, και Kao, 1992. Belsky & Pensky, 1988. Jacobson, Fasman, & DiMascio, 1975), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Dumka, Roosa, & Jackson, 1997). Επιπλέον, η γονεϊκή απόρριψη έχει βρεθεί να συνδέεται με την κατάθλιψη σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας (Parker, 1983a. Parker, Kiloh, & Hayward, 1987), της Κίνας (Chen, Rubin, & Li, 1995), της Αιγύπτου (Fattah, 1996. Hassab-Allah, 1996. Salama, 1990), της Γερμανίας (Richter, 1994), της Ουγγαρίας (Richter, 1994), της Ιταλίας (Richter, 1994), της Σουηδίας (Richter, 1994. Perris et al., 1986), και της Τουρκίας (Erkman, 1992). Επιπλέον, ένας αριθμός από διαμήκεις μελέτες δείχνει ότι η αντιλήψη της γονεϊκής απόρριψης στην παιδική ηλικία τείνει να προηγείται της ανάπτυξης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Ge, Best, Conger, & Simons, 1996. Chen, Rubin, Li, 1995. Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994.. Peterson, Sarigiani, & Kennedy, 1991; Robertson & Simons, 1989. Lefkowitz & Tesiny, 1984).

**Προβλήματα συμπεριφοράς.** Η γονεϊκή απόρριψη φαίνεται επίσης να είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης σχεδόν όλων των μορφών προβλημάτων συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της συμπεριφοράς, την εξωτερική συμπεριφοράς και την παραβατικότητα. Διαπολιτισμικά ευρήματα που υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα προέρχονται από το Μπαχρέιν (Al-Falaij, 1991), την Κίνα (Chen, Rubin, & Li, 1997), την Κροατία (Ajdukovic, 1990), την Αίγυπτο (Salama, 1984), την Αγγλία (Maughan, Pickles & Quinton, 1995. Farrington & Hawkins, 1991), την Ινδία (Saxena, 1992) και τη Νορβηγία (Pedersen, 1994). Μελέτες υποστηρίζουν επίσης αυτό το συμπέρασμα μεταξύ αμερικανικών εθνοτικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών, των Ασιατών Αμερικανών, των Ευρωπαίων Αμερικανών, και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Chen et al., 1998. Marcus & Gray, 1998. Rothbaum & Weis, 1994. Whitbeck, Hoyt, & Ackley, 1997). Τέλος, ένας αριθμός μακροχρόνιων μελετών στις ΗΠΑ (Ge, Best, Conger, & Simon, 1996. Simons, Robertson, & Downs, 1989. Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986), και παγκοσμίως (Chen et al., 1997) δείχνουν ότι η γονεϊκή απόρριψη τείνει να προηγείται της ανάπτυξης προβλημάτων συμπεριφοράς.

**Κατάχρηση ουσιών.** Η υποστήριξη για την παγκόσμια συσχέτιση μεταξύ της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης και την κατάχρηση ουσιών προέρχεται από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία (Rosenberg, 1971), τον Καναδά (Hundleby & Mercer, 1987), την Αγγλία (Καλά, 1972), την Ολλανδία (Emmelkamp & Heeres, 1988), και τη Σουηδία (Vrasti et al., 1990). Μερικές από αυτές τις μελέτες δείχνουν σαφώς ότι η γονεϊκή απόρριψη συνδέεται αιτιολογικά τόσο με την κατάχρηση ναρκωτικών όσο και με την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει επίσης βρεθεί ότι γονεϊκή

απόρριψη συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών σε μεγάλες εθνοτικές ομάδες στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών (Myers, Newcomb, Richardson, & Alvy, 1997. Shedler & Block, 1990. Eldred, Brown, & Mahabir, 1974. Prendergast & Schaefer, 1974), των Ασιατών Αμερικανών (Shedler & Block, 1990), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Coombs, Paulson, & Richardson, 1991. Coombs & Paulson, 1988). Επιπλέον, οι Rohner και Britner (2002) μέσω ενός αριθμού μελετών παρέχουν αποδείξεις για τη σχέση μεταξύ της γονεϊκής απόρριψης και της κατάχρησης ουσιών στη μεσαία και την εργατική τάξη Ευρωπαίων Αμερικανών.

**Η σημασία της πατρικής αγάπης.** Σημαντικές ενδείξεις σε όλες αυτές τις κατηγορίες μελέτων δείχνουν ότι η πατρική αγάπη (αποδοχή-απόρριψης) είναι συχνά τόσο έντονα εμπλεκόμενη όσο και η μητρική αγάπη στην ανάπτυξη συμπεριφορικών και ψυχολογικών προβλημάτων καθώς και στην ανάπτυξη της αίσθησης της υγείας και της ευεξίας των παιδιών (Rohner & Veneziano, 2001. Veneziano, 2000, 2003. Rohner, 1998). Μελέτες που υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα τείνουν να ασχοληθεί με τα ακόλουθα έξι θέματα μεταξύ των παιδιών, των εφήβων και των ενηλίκων: (1) προβλήματα προσωπικότητας και ψυχολογικής προσαρμογής (Ahmed, Rohner, & Carrasco, 2011. Amato, 1994. Dominy, Johnson, & Koch, 2000. Khaleque & Rohner, 2011a. Komarovsky, 1976. Stagner, 1933), (2) ψυχική ασθένεια (Barrera & Garrison-Jones, 1992. Lefkowitz & Tesiny, 1984), (3) ψυχολογική υγεία και ευεξία (Amato, 1994), (4) διαταραχή της διαγωγής (Eron, Banta, Walder, και Laulicht, 1961), (5) κατάχρηση ουσιών (Brook & Brook, 1988; Emmelkamp & Heeres, 1988), και (6) παραβατικότητα (Andry, 1962).

Μερικές από αυτές τις μελέτες, ιδίως εκείνες που διεξήχθησαν κατά τη δεκαετία του 1990 και αργότερα, χρησιμοποίησαν πολλαπλή παλινδρόμηση, δομικά μοντέλα εξισώσεων, και άλλες ισχυρές στατιστικές διαδικασίες που επιτρέπουν στους ερευνητές να εκτιμήσουν τη σχετική συμβολή της συμπεριφοράς του κάθε γονέα με τα αποτελέσματα της νεολαίας. Πολλές από αυτές τις μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο πατέρας / η πατρική αγάπη εξηγεί ένα μοναδικό και ανεξάρτητο τμήμα της διακύμανσης σε συγκεκριμένα αποτελέσματα που αφορούν το παιδί (Ahmed, Rohner & Carrasco, 2011. Carrasco & Rohner, 2011. Veneziano, 2003). Άλλες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η πατρική αγάπη είναι μερικές φορές ο μόνος σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης συγκεκριμένων αποτελεσμάτων για το παιδί (Rohner & Βενετσιάνο, 2001). Μελέτες πάνω στην τελευταία αυτή κατηγορία έχουν την τάση να αντιμετωπίσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα ζητήματα: (1) την προσωπικότητα και τα προβλήματα ψυχολογικής προσαρμογής (Dickie et al., 1997. Barnett, Marshall & Pleck, 1992. Bartle, Anderson & Sabatelli, 1989), (2) τα προβλήματα συμπεριφοράς και παραβατικότητας (Κroupa, 1988) και (3) την κατάχρηση ουσιών (Brook, Whiteman, & Gordon, 1981. Eldred, Brown & Mahabir, 1974).



### 3.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ (Implications of PARTheory Evidence)

Η έρευνα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) για διαπολιτισμικά έγκυρες αρχές συμπεριφοράς βασίζεται στην υπόθεση ότι με την επιστημονική κατανόηση των συνεπειών και άλλων συσχετισμών της αποδοχής-απόρριψης δίνεται η δυνατότητα διαμόρφωσης πολιτισμικών και πρακτικών προγραμμάτων, πολιτικών και παρεμβάσεων που επηρεάζουν τις οικογένειες και τα παιδιά. Αυτή η έρευνα συμβάλλει στην επίτευξη του στόχου που είναι οι επαγγελματίες αυτών των προγραμμάτων και πολιτικών να μην καταγράφουν απλά την γονεϊκή επάρκεια με βάση τις πολιτιστικές διαφορές αλλά να επικεντρωθούν στο αν οι βασικές ανάγκες των ατόμων (π.χ. η ανάγκη για θετική αναπόκριση-αποδοχή) καλύπτεται. Ορισμένες κοινωνικές πολιτικές και προγράμματα πρόληψης, παρέμβασης και θεραπείας, που στηρίζονται σε ιδιοσυγκρασιακές πεποιθήσεις ενός συγκεκριμένου σημείου της ιστορίας είναι πιθανό να αποδειχθούν μη εφαρμόσιμες για μερικούς, και πιθανώς ακόμη και επιζήμια για πολλούς μειονοτικούς πληθυσμούς. Ωστόσο πολιτικές και προγράμματα που βασίζονται σε αποδείξιμες αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μπορεί να σταθούν ως μια προσπάθεια καθώς τα έθνη και οι άνθρωποι αλλάζουν. Ωστόσο οι αξίες και τα έθιμα μιας κοινωνικοπολιτισμικής ομάδας δεν είναι –σύμφωνα με τη Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory)- το πιο σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της γονεϊκής επάρκειας. Το πιο σημαντικό ερώτημα είναι, πώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται ότι γίνονται αποδεκτά. Μέχρι στιγμής, οι αντιλήψεις των παιδιών σε σχέση με την αποδοχή από τους γονείς τους διαφέρουν λίγο –με βάση τόσο τη θεωρία όσο και τα αποτελέσματα- με τις απόψεις των ερευνητών που αφορούν τη συμπεριφορά των γονέων.

Αυτές οι σκέψεις έχουν κινητοποιήσει την έρευνα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης. Τώρα, μετά από πέντε δεκαετίες έρευνας, με χιλιάδες συμμετέχοντες σε περισσότερα από 60 πολιτισμικά πλαίσια παγκοσμίως και συμπεριλαμβανομένων των κυριότερων εθνοτικών ομάδων των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν διατυπωθεί δυο συμπεράσματα. Πρώτον, οι ίδιες κατηγορίες συμπεριφοράς εμφανίζονται καθολικά να μεταφέρουν το συμβολικό μήνυμα ότι «η μητέρα μου με αγαπάει» (ή δεν μ'αγαπάει, νοιάζονται για μένα, με θέλει ή αντιθέτως με απορρίπτει). Αυτές οι κατηγορίες συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την αντίληψη της ζεστασιάς / στοργής (ή αντίθετα, την ψυχρότητα και την έλλειψη της αγάπης), εχθρότητας / επιθετικότητας, αδιαφορίας / αμέλειας, και απόρριψης, όπως ορίζεται παραπάνω. Δεύτερον, οι διαφορές στον πολιτισμό, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη, τη φυλή, το φύλο, και άλλους τέτοιους παράγοντες δεν ασκούν αρκετή επιρροή για να παρακαμφθεί η καθολική τάση παιδιών και ενηλίκων να ανταποκρίνονται ουσιαστικά με τον ίδιο τρόπο, όταν αντιλαμβάνονται ότι γίνονται αποδεκτοί ή ότι απορρίπτονται από τους ανθρώπους που είναι πιο σημαντικοί για αυτούς. Πράγματι, το αν αντιλαμβάνονται την αποδοχή ή την απόρριψη φαίνεται να επηρεάζει ένα μέσο όρο περίπου 26% της διακύμανσης στην ψυχολογική προσαρμογή των νέων και των ενηλίκων καθώς περίπου το 74% της διακύμανσης μένει ακόμα να εξηγηθεί από άλλους παράγοντες. Χωρίς αμφιβολία η γενετική συμπεριφορά, οι νευροβιολογικές,

κοινωνικοπολιτισμικές και άλλοι βιωματικοί παράγοντες είναι μεταξύ αυτών των επιρροών. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα της έρευνας όπως ολοκληρωθεί μέχρι στιγμής είναι τόσο ισχυρά και σταθερά για όλες τις ομάδες ανθρώπων παγκοσμίως που πιστεύεται ότι οι επαγγελματίες θα πρέπει να αισθάνονται σίγουροι για την ανάπτυξη πολιτικών και πρακτικών εφαρμογών με βάση τα κεντρικά δόγματα της υποθεωρίας προσωπικότητας παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά ακόμη που πρέπει να γίνουν γνωστά σχετικά με τα αίτια, τις επιπτώσεις και άλλους συσχετισμούς της αντίληψης της διαπροσωπικής αποδοχής ή απόρριψης.

### **3. 10 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΟΝΕΪΚΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΟΝΕΪΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ-ΑΠΟΡΡΙΨΗ (PARTheory's Place in History of Research on Parental Acceptance-Rejection)**

Η εμπειρική μελέτη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης έχει μια ιστορία που φτάνει πίσω στο 1890 (Stogdill, 1937). Στη δεκαετία του 1930, ωστόσο, ένα περισσότερο ή λιγότερο συνεχές μέρος της εμπειρικής έρευνας άρχισε να αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης. Σήμερα περισσότερες από 3.000 μελέτες είναι διαθέσιμες για το παρόν θέμα (Rohner, 2012). Μεγάλο πλήθος ατόμων έχει συνεισφέρει σε αυτό εύρος της εργασίας, αλλά πολύ λίγοι έχουν κάνει ιδιαίτερα σημαντικές και συνεχείς εισφορές. Αυτά τα άτομα και οι ομάδες αντιπροσωπεύουν διαφορετικά προγράμματα έρευνας, που απασχολούν διακριτικές έννοιες, μέτρα, και σχέδια έρευνας. Για παράδειγμα, μια ιδιαίτερα παραγωγική πρόιμη συλλογή από ερευνητικές εργασίες αποδοχής-απόρριψης προήλθε από το Ερευνητικό Ινστιτούτο Fels στη δεκαετία του 1930 και του 1940 (Baldwin, Kalhorn, & Breese, 1945, 1949). Οι ερευνητές που συνδέονται με το Ινστιτούτο χρησιμοποίησαν τις Κλίμακες Αξιολόγησης Fels της γονεϊκής συμπεριφοράς (Champney, 1941). Κατά τη διάρκεια του 1930 και του 1940 οι Smith College Studies στην Κοινωνική Εργασία παρήγαγε επίσης μια μακρά και χρήσιμη σειρά ερευνητικών κεφαλαίων σχετικά με τις επιπτώσεις της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης (Witmer, Leach, & Richman, 1938).

Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο στη δεκαετία του 1950 και του 1960 - και επεκτεινόμενο στις δεκαετίες του 1970 και του 1980 - ήταν το σπερματικό έργο του Schaefer και των συνεργατών του που χρησιμοποίησαν την Παιδική Έκθεση Απογραφής Γονεϊκής Συμπεριφοράς (Children's Report of Parental Behavior Inventory, CRPBI. Schaefer, 1959, 1961, 1965. Schludermann & Schludermann, 1970, 1971, 1983). Επίσης αξιοσημείωτο κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 ήταν το έργο του Siegelman και των συνεργατών του που χρησιμοποιούν το Ερωτηματολόγιο Σχέσεων Γονέων και Τέκνων (Parent-Child Relation's Questionnaire) (Roe & Siegelman, 1963). Το ερευνητικό πρόγραμμα του Rohner, το οποίο τελικά οδήγησε στη δημιουργία της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης (PARTheory) και των συναφών μέτρων τη δεκαετία του 1970 και τη δεκαετία του 1980, μεγάλωσε έξω από τις ψυχολογικές παραδόσεις των Ηνωμένων Πολιτειών και με βάση το δικό του πρόγραμμα διαπολιτισμικής συγκριτικής έρευνας που ξεκίνησε τη δεκαετία του 1960 (Rohner & Rohner, 1980, 1981. Rohner & Nielsen, 1978. Rohner, 1960, 1975).

Άλλα ανεξάρτητα προγράμματα έρευνας σε θέματα αποδοχής-απόρριψης έχουν επίσης εξελιχθεί, ιδιαίτερα στη δεκαετία του 1980 και του 1990, αλλά έχουν επεκταθεί και κατά τον 21ο αιώνα. Στις ΗΠΑ τέσσερα από αυτά τα προγράμματα είναι ιδιαίτερα επιφανή. Το ένα είναι η κοινωνιολογική παράδοση της έρευνας που βασίζεται στην έννοια της «γονεϊκής υποστήριξης» και η «γονεϊκή υποστηρικτική συμπεριφορά» και υποστηρίζεται από τους Rollins & Thomas (1979) -και χρησιμοποιεί μια μεγάλη ποικιλία ερευνητικών μέτρων και σχεδίων (Amato & Fowler, 2002. Amato & Booth 1997. Young, Miller, Norton & Hill, 1995. Whitbeck, Conger & Kao, 1993. Whitbeck, Hoyt, Miller & Kao, 1992. Barnes & Farrell, 1992. Peterson & Rollins, 1987. Barber & Thomas, 1986. Peterson, Rollins & Thomas, 1985.).

Ένα άλλο ερευνητικό πρόγραμμα που προέρχεται από το ευρέως αναγνωρισμένο εννοιολογικό μοντέλο της Baumrind που ασχολείται με πρότυπα ανατροφής των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων των εννοιών του έγκυρου, αυταρχικού, ανεκτικού, και απορριπτικού / παραμελητικού στυλ του γονεϊκού ρόλου (Baumrind, 1966, 1968, 1989, 1991). Η δουλειά της έχει ευρέως συζητηθεί και ενσωματωθεί στην έρευνα πολλών άλλων ερευνητών. Ίσως την πιο εξέχουσα θέση μεταξύ αυτών των ερευνητών έχουν οι Steinberg και οι συνεργάτες του (Gray & Steinberg, 1999. Glasgow, Dornbusch, Troyer, Steinberg, & Ritter, 1997. Steinberg, Lamborn, Dornbusch, & Darling, 1992. Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991. Steinberg, Elman, & Basis, 1989). Τα πρότυπα ανατροφής των παιδιών της Baumrind έχουν επίσης παράγει τη μεγαλύτερη διαμάχη από οποιοδήποτε άλλο μοντέλο ανατροφής παιδιών, ιδιαίτερα ο ισχυρισμός ότι το αυταρχικό στυλ του γονεϊκού ρόλου «παράγει» τα πιο ικανά παιδιά. Ολοένα και περισσότερο, η αμφιβολία για το αν η αυταρχική ανατροφή των παιδιών «παράγει» αναγκαστικά βέλτιστα αναπτυξιακά αποτελέσματα μεγαλώνει για τις εν λόγω εθνοτικές μειονότητες των Αφροαμερικανών (Smetana, 2000. Baumrind, 1972), των Κινέζων Αμερικανών (Chao, 1994), των ισπανόφωνων Αμερικανών (Torres-Villa, 1995), των Κορεατών Αμερικανών (Kim & Rohner, 2002), και άλλων.

Ένα τρίτο πρόγραμμα έρευνας προέρχεται από το έργο του Downey, Feldman και των συνεργατών του (Downey, Hourii, & Feldman, 1997. Downey & Feldman, 1996. Feldman & Downey, 1994). Αυτοί οι ερευνητές διερεύνησαν το θέμα της "ευαισθησίας απόρριψης." Σύμφωνα με αυτούς, η διαπροσωπική απόρριψη –ειδικά γονεϊκή απόρριψη στην παιδική ηλικία-οδηγεί τα παιδιά να αναπτύξουν μια αυξημένη ευαισθησία στην απόρριψη. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά γίνονται αγχωμένα και θυμωμένα και αντιδρούν στην απόρριψη με τρόπο που θέτει σε κίνδυνο τις σχέσεις τους καθώς και την προσωπική τους ευημερία. Επιπλέον, αυτοί οι συγγραφείς έχουν βρει ότι τα παιδιά και οι ενήλικες που είναι ευαίσθητοι στην απόρριψη συχνά ερμηνεύουν την ελάχιστη ή φανταστική αναισθησία των σημαντικών γι'αυτούς προσώπων ή τη διαφορούμενη συμπεριφορά τους, ως εσκεμμένη απόρριψη.

Τέλος, ένα νέο τμήμα της έρευνας που αναδύεται τώρα στην νευροψυχολογία και την ψυχοβιολογία συσχετίζεται των αντιληπτή απόρριψης. Αυτό το ερευνητικό κομμάτι

δεν συνδέεται με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο ή μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, αλλά μάλλον είναι παράγωγο από τις νευροεπιστήμες, κυρίως από την έρευνα που ασχολείται με οι γενετικές, νευρολογικές και φυσιολογικές βάσεις της αντίληψης της απόρριψης. Έτσι, η έρευνα δείχνει σαφώς ότι ο πόνος και η οδύνη που σχετίζεται με την απόρριψη δεν είναι απλώς επιφανειακός, αλλά μάλλον έχει άμεσα μετρήσιμο αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία και την ανάπτυξη των ατόμων (MacDonald & Jensen-Campbell, 2011. Van Harmelen, et al., 2011).

Όλο αυτό το έργο –εκτός από του Rohner- επικεντρώνεται στο μεγαλύτερο βαθμό του, αλλά όχι αποκλειστικά στους Ευρωπαίους Αμερικανούς. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης άλλα τρία διεθνή ερευνητικά προγράμματα για την αποδοχή-απόρριψη.

Πρώτον, με την κατασκευή και την επικύρωση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς που ονομάζεται EMBU (Perris, Jacobsson, Lindström, von Knorring, & Perris, 1980), οι Perris και Emmelkamp ξεκίνησαν ένα παραγωγικό ευρωπαϊκό και διαπολιτισμικό ερευνητικό πρόγραμμα για τις ψυχολογικές επιπτώσεις της αποδοχής-απόρριψης (Arrindell, Gerlsma, Vandereycken, Hageman, & Daeseleire, 1998. Perris, Arrindell, & Eisemann, 1994. Emmelkamp & Heerens, 1988. Perris, Arrindell, Perris, Eisemann, Van der Ende & Von Knorring, 1986. Perris et al., 1985).

Δεύτερον, ένα κάπως λιγότερο ανεπτυγμένο τμήμα της διεθνούς έρευνας είναι αυτή του Parker και των συνεργών, που εργάζονται κυρίως στην Αυστραλία και την Αγγλία χρησιμοποιώντας το εργαλείο γονεϊκού δεσμού (PBI) (Parker, 1983a, 1983b, 1984, 1986; Parker, & Barnett, 1988; Parker, Tupling, & Brown, 1979; Torgersen, & Alnaes, 1992). Τέλος, αρχής γενομένης από τον Τσεν και τους συνεργάτες του το 1990 έχει αναπτυχθεί μια παραγωγική σειρά από διαμήκεις και εγκάρσιες τομής μελέτες που αφορούσαν κυρίως στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας και του Καναδά για θέματα που αφορούν τη μητρική και πατρική αποδοχή και την απόρριψη (Chen, Wu, Chen, Wang & Cen, 2001. Chen, Liu & Li, 2000. Chen, Hastings, Rubin, Chen, Cen, & Stewart, 1998. Chen, Dong, & Zhou, 1997).

Μεταξύ αυτών των προγραμμάτων έρευνας για την αποδοχή και την απόρριψη, το έργο του Rohner είναι πιο ανεπτυγμένο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

#### **4.1 ΘΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Αν και συχνά η συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να είναι εγωιστική και ανταγωνιστική, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι πράξεις του στοχεύουν στο

όφελος των άλλων. Σε ορισμένες περιπτώσεις δηλαδή παραμερίζεται το άμεσο προσωπικό συμφέρον και δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες και στα συμφέροντα των άλλων. Αυτό συμβαίνει όταν για παράδειγμα συμβάλλουμε οικονομικά σε έναν έρανο, συμμετέχουμε εθελοντικά σε έναν κοινοφελή οργανισμό, γινόμαστε αιμοδότες ή δωρητές οργάνων, θέτουμε σε κίνδυνο τη ζωή μας για να σώσουμε κάποιον που κινδυνεύει κ.τ.λ. αυτές οι εκδηλώσεις ανιδιοτελούς συμπεριφοράς, οι οποίες μπορεί να κυμαίνονται από την καθημερινή ευγένεια σε πράξεις ηρωισμού και αυτοθυσίας περιγράφονται με τον όρο θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior). Πολύ συναφής είναι και η έννοια του αλτρουϊσμού (altruism), η οποία αναφέρεται στην επιθυμία μας να ωφελήσουμε άλλους χωρίς να προσβλέπουμε σε προσωπικά οφέλη (Batson, 1998). Ο όρος αλτρουϊσμός χρησιμοποιείται όταν η συμπεριφορά έχει κόστος για το άτομο που την πραγματοποιεί, δηλαδή όχι μόνο δεν αποδίδει προσωπικό όφελος, αλλά ενέχει κινδύνους ή αρνητικές συνέπειες.

Σύμφωνα με ορισμένες ερμηνείες, η θετική κοινωνική συμπεριφορά οφείλεται σε εγγενείς προδιαθέσεις των ανθρώπων οι οποίες είναι αποτέλεσμα της εξελικτικής διαδικασίας του ανθρώπινου είδους. Άλλες προσεγγίσεις βλέπουν τη θετική κοινωνική συμπεριφορά ως προϊόν διαδικασιών κοινωνικοποίησης και μάθησης.

**4.1.1 Η κοινωνιοβιολογική προσέγγιση.** Οι Buss & Kenrick (1998), Krebs & Miller (1985) και Wilson (1978) καθώς και γενικότερα οι εξελικτικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η ουσία της ζωής βρίσκεται στην επιβίωση των γονιδίων μας. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς μας οφείλεται σε ένστικτα και εγγενείς προδιαθέσεις. Ορισμένες φορές οι ρποδιαθέσεις αυτές μας ωθούν στο να βοηθάμε τους άλλους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει όταν η αλτρουϊστική συμπεριφορά έχει προσαρμοστική λειτουργία, βελτιώνει δηλαδή τις πιθανότητες επιβίωσης και αναπαραγωγής (των γονιδίων του ανθρώπου, Barash, 1977).

Γενικά, οι εξελικτικές ερμηνείες της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς και του αλτρουϊσμού έχουν δεχτεί σημαντική κριτική (Batson, 1998). Η σημαντικότερη από αυτές αφορά την περιορισμένη δυνατότητα εμπειρικού ελέγχου των εξελικτικών απόψεων. Εξαίρεση αποτελούν έρευνες με ομοζυγωτούς και ετεροζυγωτούς διδύμους οι οποίες δείχνουν ότι η προδιάθεση για τέτοιες συμπεριφορές σε ένα βαθμό είναι κληρονομική (Rushton, Fulker, Neale, Niaw & Eysenck, 1986. Segal, 1984). Παρόλο που τα ένστικτα και οι εγγενείς προδιαθέσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική συμπεριφορά οι παράγοντες αυτοί δεν είμαι ανελαστικοί. Αντίθετα τροποποιούνται και επηρεάζουν τον άτομο ανάλογα με τις εμπειρίες και τις συνθήκες. Ο Hoffman (1981) υποστηρίζει, ότι παρόλο που η προδιάθεση να βοηθάμε είναι προϊόν της βιολογικής εξέλιξης του ανθρώπου, δεν οδηγεί απαραίτητα σε αλτρουϊστική συμπεριφορά. Η επίδραση αυτής της προδιάθεσης στη συμπεριφορά καθορίζεται από γνωστικές διαδικασίες όπως είναι η εσωτερίκευση των κοινωνικών κανόνων μέσω της μάθησης και η ικανότητα για συναισθηματική ταύτιση με τους άλλους.

#### 4.1.2 Ο ρόλος της μάθησης στη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Η

θετική κοινωνική συμπεριφορά και ο αλτρουϊσμός καλλιεργούνται μέσω της κοινωνικοποίησης. Με άλλα λόγια, το να βοηθάμε τους άλλους είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται. Δε βοηθάμε τους άλλους μόνο ή επειδή είμαστε προγραμματισμένοι από τη φύση μας να το κάνουμε, αλλά και επειδή, μέσα από διαφορετικές διαδικασίες, έχουμε μάθει ότι το να βοηθάμε είναι μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά, η οποία επιβραβεύεται κ.ό.κ (Κοκκινάκη, 2006). Ορισμένες από τις διαδικασίες μάθησης κοινωνική συμπεριφοράς ακολουθούν τις αρχές της συντελεστικής μάθησης, βασίζονται δηλαδή στην ενίσχυση της συμπεριφοράς (Skinner, 1963). Οι Moss & Page (1972) βρήκαν ότι είναι πιθανότερο να βοηθήσουμε κάποιον που βρίσκεται σε ανάγκη αν σε προηγούμενη περίπτωση που είχαμε προσφέρει βοήθεια εισπράξαμε ευχαριστίες και ευγνωμοσύνη. Ο ρόλος της ενίσχυσης στις διαδικασίες μάθησης της συμπεριφοράς έχει ερευνηθεί κυρίως σε έρευνες με παιδιά (π.χ Grusec, 1991). Τα παιδιά μπορούν επίσης να μάθουν να βοηθάνε παρακολουθώντας άλλους να προσφέρουν βοήθεια, μέσω μιας διαδικασίας κοινωνικής μάθησης (και ανεξάρτητα από αμοιβές ή ποινές, Rushton, 1982. Bandura, 1973, 1977). Η αποτελεσματικότητα της κοινωνικής μάθησης είναι μεγαλύτερη όταν το «πρότυπο» που παρακολουθείται να προσφέρει βοήθεια απολαμβάνει θετικές συνέπειες (π.χ επαινείται) ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του (Hornstein, 1970). Εκτός από τις διαδικασίες λειτουργικής και κοινωνικής μάθησης, έχει επίσης βρεθεί ότι η αλτρουϊστική συμπεριφορά μαθαίνεται όταν απλώς τα παιδιά λαμβάνουν οδηγίες να βοηθούν τους άλλους (Grusec, Kuczynski, Rushton & Simutis, 1978). Η αποτελεσματικότητα των οδηγιών οφείλεται στο γεγονός ότι μέσω αυτών τα παιδιά διαμορφώνουν μια νατίληψη του ποια είναι η σωστή, κοινωνικά επιθυμητή συμπεριφορά.

**4.1.3 Κοινωνικές διαδικασίες.** Οι κοινωνικές αποδόσεις είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Ορισμένοι άνθρωποι κάνουν *εσωτερικές αποδόσεις*, θεωρούν δηλαδή ότι προσφέρουν βοήθεια βάσει κάποιων σταθερών τους χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτήρας, αξίες, ηθικές αρχές). Στον αντίποδα βρίσκονται εκείνοι που κάνουν *εξωτερικές αποδόσεις*, δηλαδή που θεωρούν ότι φέρθηκαν αλτρουϊστικά επειδή υπήρχε κάποιος εξωτερικός παράγοντας (π.χ. μια αναμενόμενη αμοιβή). Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη θετική κοινωνική συμπεριφορά είναι η *πίστη σε έναν δίκαιο κόσμο* (Lerner, 1977). Τα άτομα που πιστεύουν ότι τα καλά και τα δεινά κατανέμονται στους ναθρώπους με δίκαιο τρόπο και συνεπώς ο καθένας απολαμβάνει αυτό που του αξίζει, μπορούν να ενοχοποιήσουν με μεγαλύτερη ευκολία το θύμα μιας κατάστασης και να αρνηθούν να προσφέρουν βοήθεια. Η θετική κοινωνική συμπεριφορά οφείλεται επίσης σε κοινωνικούς κανόνες που ευνοούν την αλληλοβοήθεια μεταξύ των ανθρώπων. Ο πρώτος κανόνας είναι η *αρχή της αμοιβαιότητας* (*reciprocity principle*) σύμφωνα με την οποία φερόμαστε στους άλλους ανάλογα με το πώς μας φέρονται αυτοί και συνεπώς βοηθάμε αυτούς που μας έχουν βοηθήσει και αγνοούμε αυτούς που μας έχουν αγνοήσει. Ο Gouldner (1960) θεωρεί αυτόν τον κανόνα οικουμενικό και σημαντικό μέρος του ηθικού κώδικα κάθε κοινωνίας. Ένας δεύτερος σχετικός

κανόνας είναι ο κανόνας της κοινωνικής ευθύνης. Σύμφωνα με αυτόν τον κανόνα, οφείλουμε να βοηθάμε τους άλλους ανεξάρτητα από τη δική τους συμπεριφορά. Ο Teger (1970) υποστηρίζει ότι παρόλο που πολλές φορές αποδεχόμαστε τους κανόνες αυτούς θεωρητικά, στην πράξη δεν τους ακολουθούμε πάντοτε.

**4.1.4 Το μοντέλο της κοινωνικής ταύτισης-αλτρουισμού.** Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο (Empathy-Altruism Model, Batson, 1991, 1998), το αν θα βοηθήσουμε κάποιον εξαρτάται από το αν θα ταυτιστούμε συναισθηματικά μαζί του, από το αν δηλαδή θα τον συμπονέσουμε και θα νιώσουμε σαν να βρισκόμαστε στη θέση του. Όταν βλέπουμε κάποιον άλλο να βρίσκεται σε ανάγκη, μπορεί να βιώσουμε δύο διαφορετικά είδη συναισθημάτων: προσωπική δυσφορία (άγχος, φόβος, εγρήγορση) και ενδιαφέρον λόγω συναισθηματικής συμπόνοιας (empathy concern, π.χ. συμπόνοια, συμπάθεια). Ο πρώτος τύπος συναισθημάτων υποκινεί την εγωιστική προσφορά βοήθειας. Ο δεύτερος τύπος προκαλεί πραγματική αλτρουϊστική συμπεριφορά, ο στόχος της οποίας είναι να ανακουφίσει το άτομο που βρίσκεται σε ανάγκη. Αποτελέσματα πειραμάτων (Dovidio, Allen & Schroeder, 1990) δείχνουν ότι η προσφορά βοήθειας μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο εγωιστικών όσο και πραγματικά αλτρουϊστικών κινήτρων.

## **4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ-Υ)**

**4.2.1 Ορισμός.** Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή, τα συμπτώματα της οποίας εμφανίζονται στην παιδική ηλικία, πριν την ηλικία των 7 ετών και χαρακτηρίζεται από ελλειμματική προσοχή με ή χωρίς υπερκινητικότητα. Τα πρωτογενή συμπτώματα είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Ακόμη συνοδεύεται από δυσκολίες και προβλήματα στην γλώσσα, την μνήμη, την αυτορρύθμιση των συναισθημάτων, την κοινωνικοποίηση και από δευτερογενείς συμπεριφορές, όπως η εναντιωματικότητα και η παραπρωματικότητα. Πρόκειται για μία διαταραχή, που είναι χρόνια, που διαφοροποιείται στον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ανάλογα με την ηλικία και που έχει σημαντικές συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Βογινδρούκας, Οκαλίδου, Σταυρακάκη, 2010. Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2007).

Η ΔΕΠ-Υ διακρίνεται σε τρεις τύπους ανάλογα με τα συμπτώματα που έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα, οι οποίοι θα αναλυθούν σε επόμενο κεφάλαιο:

1. ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο,
2. ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο,
3. ΔΕΠ-Υ, Συνδυασμένος Τύπος (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012; Neuhaus, 1998)

**4.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.** πλειονότητα των ερευνητών και των συγγραφέων εκτιμούν, ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται από 3% έως 5% του παιδικού πληθυσμού. Η συχνότητα εμφάνισης όμως διαφοροποιείται από πολλούς παράγοντες, όπως από τον πληθυσμό που απευθύνεται η κάθε έρευνα, την συμφωνία των εκτιμήσεων ανάμεσα σε δασκάλους, γονείς και ειδικούς και τον τρόπο

που επιλέγεται, για να οριστεί και να μετρηθεί η ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Η Ellison (2004) σε άρθρο της συμφωνεί στην συχνότητα εμφάνισης 3-5% στα παιδιά και συμπληρώνει, ότι στο 75-80% των παιδιών τα συμπτώματα συνεχίζουν, να εμφανίζονται στην εφηβεία και την ενηλικίωση. Οι έφηβοι εμφανίζουν την διαταραχή σε ποσοστά 2-6% και οι ενήλικες σε ποσοστό 2%.

Ο Hinshaw (2003) αναφέρει, ότι η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται σε ποικίλα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα και σε μη βιομηχανικές χώρες και πλήττει το 3-7% των νεαρών ατόμων, με τα συμπτώματα, να επιμένουν στην εφηβεία και να συνεχίζονται στην ενηλικίωση. Αναφέρει μάλιστα, ότι τα ποσοστά διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής. Στον συνδυασμένο τύπο οι διαφορές κυμαίνονται σε 3:1 ή 4:1 σε βάρος των αγοριών και στον απρόσεκτο τύπο σε 2:1 και πάλι σε βάρος των αγοριών.

Διαφορά εντοπίζεται σε άρθρο των Davies και Trent (2011), οι οποίοι αναφέρουν, ότι ο απρόσεκτος τύπος εμφανίζεται περισσότερο στα κορίτσια, ενώ ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος στα αγόρια. Ακόμη τονίζουν τις διαφορές, που παρουσιάζονται ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια. Ενώ τα κορίτσια παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας, απροσεξίας, παρορμητικότητας και εναντιωματικών συμπεριφορών, όπως επιθετικότητα, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε νοητικό επίπεδο, καθώς και οι συναισθηματικές διαταραχές είναι πιο σοβαρές. Σε αντίθεση τα αγόρια παρουσιάζουν προκλητικές συμπεριφορές, όπως κακοποίηση και εγκληματικότητα. Αναφέρουν, ότι έχουν περιοριστεί οι έρευνες, που σχετίζονται με τις διαφορές στην δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια, καθώς οι διαφορές στην συμπτωματολογία είναι λεπτές.

Οι Biederman και Faraone (2005) αναφέρουν ως συχνότητα εμφάνισης το ποσοστό 8-12% σε παιδιά παγκοσμίως, με τα μισά από αυτά τα παιδιά να εμφανίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής και κατά την διάρκεια της εφηβείας. Ακόμη εξηγούν, ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ υπερεκτιμάται, όταν στην διάγνωση δεν ενσωματώνεται η λειτουργική ανεπάρκεια του παιδιού. Όταν η συχνότητα εμφάνισης βασίζεται μόνο στα συμπτώματα, τότε το ποσοστό είναι 16,1%, ενώ, όταν εκτιμάται η λειτουργική ανεπάρκεια, το ποσοστό είναι 6.8%. Σύμφωνα με τους ίδιους, τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σε κλινικές μελέτες παρά σε μελέτες κοινότητας. Σε σύγκριση με τα αγόρια, τα κορίτσια έχουν λιγότερες πιθανότητες, να παραπεμφθούν για θεραπεία, καθώς η διασπαστική συμπεριφορά εμφανίζεται λιγότερο. Ακόμη, η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στα αγόρια οφείλεται και σε αύξηση των περιβαλλοντικών αιτιών, όπως η κάκωση κεφαλής.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, που έγινε στην Τεχεράνη, τα αγόρια εμφανίζουν την διαταραχή της ΔΕΠ-Υ σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ποσοστά, 4,1% για τον απρόσεκτο τύπο, 4,7% για τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και 1,7% για τον συνδυασμένο τύπο. Στον απρόσεκτο τύπο τα αγόρια είχαν ποσοστό 2% και τα κορίτσια 2,1%. Στον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο τα αγόρια είχαν ποσοστό 2,5% και τα κορίτσια



2.2%. Στον συνδυασμένο τύπο τα αγόρια είχαν ποσοστό 1,1% και τα κορίτσια 0,6%. Οι ερευνητές προτείνουν, ότι τα αποτελέσματα των ποσοστών εμφάνισης είναι παρόμοια με αυτά των άλλων χωρών (Feiz, Emamirouf, 2013).

**4.2.3 Κλινική εικόνα.** Τα πρωτογενή χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής, είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα (Κουράκης, 2004).

Η απροσεξία αφορά την ανικανότητα του παιδιού να συγκεντρωθεί και να διατηρήσει την προσοχή του για πολύ χρόνο, κατά τη διάρκεια δύσκολων και δομημένων δραστηριοτήτων, που έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα και δεν διεγείρουν το ενδιαφέρον του. Σε αυτές τις περιπτώσεις η προσοχή του μπορεί, να διασπαστεί από εξωτερικά ερεθίσματα ή από τις σκέψεις του, με αποτέλεσμα να μην τελειώνει την δραστηριότητα που άρχισε. Πιο συχνά αυτό συμβαίνει σε υποχρεωτικές δραστηριότητες, όπως να μαζέψει το δωμάτιο του και σε εργασίες του σχολείου, όπου χάνει αμέσως την όρεξη του. Τις περισσότερες φορές μοιάζει να μην ακούει, ξαχνά να κάνει όσα του ζητούνται και μπορεί να ρωτά πολλές φορές το ίδιο πράγμα. Δεν θέλει να ελέγχει τις ασκήσεις του από την αρχή. Ενώ έχει διαβάσει και είναι σίγουρο για τις γνώσεις του, όταν το εξετάζουν, δεν θυμάται όλα όσα διάβασε και καθυστερεί να απαντήσει. Ακόμη η απροσεξία αναφέρεται σε διαταραχή στην διέγερση και την εγρήγορση με αποτέλεσμα την αργή επεξεργασία των πληροφοριών. Παρόλα αυτά, όταν το παιδί ασχολείται με κάποια δραστηριότητα, που το ενδιαφέρει και όταν έχει υψηλό κίνητρο για την ολοκλήρωσή της, τότε συγκεντρώνεται και διατηρεί την προσοχή του για πολύ χρόνο. Αυτή η διακύμανση στην απόδοση του οφείλεται μάλλον στον αυτοέλεγχο, καθώς η διάσπαση της προσοχής του σχετίζεται με την δυσκολία του παιδιού, να αναστείλει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του. Τα παιδιά αυτά είναι ευερέθιστα, προσβάλλονται εύκολα και συνδέουν τα πάντα, κυρίως τα αρνητικά, με τον εαυτό τους. Η διάθεση τους χειροτερεύει από ασήμαντα πράγματα, απογοητεύονται εύκολα και παραιτούνται, ιδιαίτερα όταν τους ζητείται να συγκεντρωθούν και να εντείνουν την προσπάθειά τους (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Ellison, 2004. Κουράκης, 2004. Neuhaus, 1998).

Η υπερκινητικότητα αφορά την υπερβολική δραστηριότητα, λεκτικής και κινητικής μορφής. Είναι το πιο εμφανές χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ και προκαλεί ενόχληση στο περιβάλλον του παιδιού. Τα παιδιά με αυτό το χαρακτηριστικό τρέχουν συνεχώς, δυσκολεύονται να παραμείνουν καθισμένα ή ήσυχα, μιλούν πολύ σε σημείο φλυαρίας και έχουν την ανάγκη να ασχολούνται συνεχώς με αντικείμενα. Αυτό, όμως, που χαρακτηρίζει αυτά τα παιδιά, δεν είναι η υπερβολική δραστηριότητα αλλά η αδυναμία τους, να ρυθμίσουν την κινητικότητα τους ανάλογα με τις περιστάσεις και τις απαιτήσεις της δραστηριότητας που πρέπει να εκτελέσουν. Η υπερκινητικότητα αποτελεί το χαρακτηριστικό με τη μικρότερη επίδραση στην λειτουργικότητα του παιδιού, καθώς δεν φαίνεται να δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι Lin, Yang και Su (2013) σε έρευνα τους μελέτησαν την φυσική δραστηριότητα παιδιών με ΔΕΠ-Υ και φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είχαν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, αλλά σε συγκεκριμένες

ώρες της ημέρας και πιο συχνά το σαββατοκύριακο (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Ellison, 2004. Κουράκης, 2004).

Η παρορμητικότητα αφορά την ανικανότητα του παιδιού, να αναστείλει την συμπεριφορά του, πριν εκδηλωθεί και συνδέεται στενά με τα προβλήματα συμπεριφοράς, που εμφανίζονται δευτερογενώς και επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργικότητα του παιδιού. Το παιδί έχει την τάση, να ενεργεί πριν σκεφτεί τα λόγια του και τις συνέπειες των πράξεων του, είναι ανίκανο να περιμένει την σειρά του και έχει την ανάγκη να ικανοποιεί άμεσα τις επιθυμίες του. Δείχνει να είναι οξύθυμο, ευερέθιστο και έχει έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Οι Lin, Yang και Su (2013) σε έρευνα τους μελέτησαν την αισθητηριακή διαμόρφωση παιδιών με ΔΕΠ-Υ και φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Τα αποτελέσματα, μετά από καταγραφή των καθημερινών αισθητηριακών γεγονότων, έδειξαν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα στην αισθητηριακή διαμόρφωση. Στο σχολείο το παιδί απαντάει, πριν ολοκληρώσει ο δάσκαλος τις ερωτήσεις, συχνά διακόπτει το μάθημα και δυσκολεύεται να οργανώσει τις εργασίες του. Στις παύσεις του δεν περιμένει την σειρά του και δυσκολεύεται να ακολουθήσει τους κανόνες των παιχνιδιών. Στην εφηβεία παραβιάζει κανόνες και συχνά έχει προβλήματα με τον νόμο (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Κουράκης, 2004).

Γενικότερα, όμως, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και ειδικότερα αυτά με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο, είναι πολύ χαρούμενα και καλόκαρδα και τους αρέσει να γνωρίζουν νέα άτομα και πράγματα. Σε περιόδους που δεν αντιμετωπίζουν πιέσεις, είναι ευδιάθετα και ξένοιαστα. Είναι πρόθυμα να βοηθήσουν κάποιον, που έχει ανάγκη και έχουν αίσθηση του δίκαιου, όχι μόνο για τα ίδια αλλά και για τους άλλους. Αγαπούν την φύση και τα ζώα. Εκδηλώνουν προσωπικό ενδιαφέρον για μία κατάσταση και ασχολούνται με αυτή χάνοντας την αίσθηση του χρόνου. Τα παιδιά αυτά επιμένουν και δραστηριοποιούνται στα ενδιαφέροντα τους και είναι ικανά, να σημειώσουν εξαιρετικές επιδόσεις σε τομείς σχετικούς με τα ενδιαφέροντα τους (Neuhaus, 1998).

Σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο το παιδί με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει χαρακτηριστικά της διαταραχής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012).

Στην βρεφική ηλικία η φροντίδα του παιδιού είναι δύσκολη. Το βρέφος κλαίει έντονα, ηρεμεί δύσκολα, είναι ευέξαπτο, ευαίσθητο στα ερεθίσματα και πολύ δραστήριο. Δύο βασικές δυσκολίες, εκδηλώνονται στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Το βρέφος κοιμάται δύσκολα και ξυπνά συχνά. Δεν καταναλώνει την απαραίτητη ποσότητα τροφής και δεν έχει σταθερή συχνότητα γευμάτων. Αυτά οδηγούν σε αρνητικές συμπεριφορές των γονέων, οι οποίες οδηγούν σε απογοητευτική σχέση μεταξύ γονέων και βρέφους (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Ellison, 2004).

Στην νηπιακή ηλικία οι κύριες δυσκολίες των παιδιών σχετίζονται με τις κοινωνικές δεξιότητες, την προσαρμοστική συμπεριφορά και την απόκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων. Ακόμη, το νήπιο κινείται συνεχώς και ασχολείται με διάφορα πράγματα χωρίς να δείχνει ότι κουράζεται. Οι τραυματισμοί δεν είναι σπάνιοι, λόγω της

αυξημένης κινητικής δραστηριότητας, της δυσκολίας στον συντονισμό των κινήσεων και την αδιαφορία τους για τους κινδύνους. Στο οικογενειακό περιβάλλον δημιουργούνται συγκρούσεις, καθώς το νήπιο παραβιάζει τους κανόνες των γονέων. Η παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα δημιουργούν προβλήματα με τους συνομήλικους και το νήπιο δυσκολεύεται, να προσαρμοστεί σε παρέες. Σε αυτή την ηλικία τα περισσότερα παιδιά παραπέμπονται σε κάποιον ειδικό κυρίως λόγω της καθυστέρησης λόγου και των δυσκολιών στην άρθρωση και την δομή του προφορικού λόγου, που εκδηλώνονται στο 40 έως 64% (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2007. Ellison, 2004).

Στην σχολική ηλικία το παιδί δεν συμμορφώνεται και η συμπεριφορά του προκαλεί αναστάτωση στο σχολείο και το σπίτι. Το παιδί δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και έχει ξεσπάσματα θυμού. Στο σχολείο δεν προσέχει, οι εργασίες του είναι ανολοκλήρωτες, σηκώνεται συνεχώς από την καρέκλα του ή όταν κάθεται κινεί συνεχώς το σώμα του, ενοχλεί τους συμμαθητές του και δυσκολεύεται πολύ, να ολοκληρώσει απαιτητικές και αδιάφορες για το ίδιο εργασίες. Στο σπίτι το παιδί δυσκολεύεται να οργανωθεί, αποφεύγει τις εργασίες του σχολείου και του σπιτιού και τα παρατά εύκολα και χρειάζεται συνεχή καθοδήγηση για τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι ελλείψεις κοινωνικές του δεξιότητες δεν του επιτρέπουν, να ενταχθεί σε μία παρέα και η συμπεριφορά του είναι προκλητική, για να προσελκύσει την προσοχή. Τα αποτελέσματα όλων των παραπάνω είναι οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε ποσοστό 80%, τα προβλήματα συμπεριφοράς, η κατάθλιψη, το άγχος και η αντιμετώπιση ειδικών μαθησιακών δυσκολιών από το ένα τρίτο των παιδιών (Ellison, 2004; Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012; Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2007).

Στην εφηβεία η ελλειμματική προσοχή αποτελεί το κυριότερο χαρακτηριστικό, ενώ η παρορμητικότητα οδηγεί πλέον σε μεγάλα προβλήματα. Η υπερκινητικότητα συνήθως υποχωρεί και αντικαθίσταται από νευρικότητα και την συνεχή ανάγκη ενασχόλησης με κάτι. Οι έφηβοι παρουσιάζουν ακαδημαϊκές δυσκολίες, όπως εγκατάλειψη του σχολείου (10%) και τοποθέτηση σε τμήματα μαθησιακών δυσκολιών (32,5%). Ακόμη, εκδηλώνουν συναισθηματικές διαταραχές (35,8%) και διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας (16,3%). Παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ατυχημάτων με αυτοκίνητο, καπνίσματος, αντικοινωνικών συμπεριφορών, ληστειών, συμμετοχών σε καβγάδες και φυγής από το σπίτι (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Ellison, 2004).

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί, να συνοδεύεται από δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση, μαθησιακά προβλήματα, γνωστικά ελλείμματα, ατυχήματα, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακές διαταραχές, διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές ή άλλες νευρολογικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο Tourette (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2010).

Όταν συνοδεύεται από δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση, το παιδί δυσκολεύεται στην εκμάθηση των κοινωνικών κανόνων, γιατί έχει ελλείμματα στον τρόπο επεξεργασίας

των κοινωνικών ερεθισμάτων. Ακόμη έχει ελλείμματα στην εξω-λεκτική επικοινωνία, καθώς δυσκολεύεται να αναγνωρίσει και να ερμηνεύσει τις εκφράσεις του προσώπου και τις χειρονομίες, τον τόνο της φωνής και την πραγματολογική πλευρά του λόγου. Συχνό πρόβλημα είναι η επιθετική του συμπεριφορά και η προσπάθεια επιβολής στην παρέα του (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman, Hoekstra, 2007).

Όταν συνοδεύεται από μαθησιακά προβλήματα, το παιδί παρουσιάζει μειωμένες σχολικές επιδόσεις, οι οποίες σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής, που παρουσιάζονται τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι κατά τη διάρκεια των εργασιών του. Λόγω των μαθησιακών προβλημάτων, τουλάχιστον το 56% των παιδιών θα χρειαστεί την βοήθεια ειδικού, το 30% θα επαναλάβει μία τάξη, ένα άλλο 30% ίσως φοιτήσει σε τάξη παράλληλης στήριξης και το 10-35% ίσως εγκαταλείψει το σχολείο. Η έρευνα των Brook και Boaz (2004) αναφέρει και μελετά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο και τα συναισθήματα τους για τις επιδόσεις τους. Οι έφηβοι αισθάνονται ότι είναι διαφορετικοί από τους συνομηλίκους τους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθάνονται ότι οι δάσκαλοι δεν τους βοηθούν αρκετά και ότι τους ασκούν κριτική και γενικά αισθάνονται αγχωμένοι στο σχολείο. Μαλώνουν συχνά με τους γονείς και τους συγγενείς τους γιατί αισθάνονται, ότι δεν τους ακούν και δεν τους καταλαβαίνουν. Οι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι για αυτούς τους εφήβους, οι μέθοδοι διδασκαλίας πρέπει να είναι εξελιγμένες και να εξασκούν περισσότερο την μνήμη. Οι εξετάσεις θα πρέπει να αφορούν μόνο τις απαραίτητες γνώσεις και οι έφηβοι να εμπλέκονται περισσότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες. Οι Tymms και Merrell (2011) μελέτησαν την σχολική επίτευξη παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι λόγω του χαρακτηριστικού της απροσεξίας τα παιδιά είχαν χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο, αλλά το χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας μπορεί, να είναι πλεονέκτημα. Η εξήγηση που έδωσαν είναι, ότι τα παιδιά, που είναι παρορμητικά, ενθουσιάζονται περισσότερο με τις ιδέες και εμπλέκονται γνωστικά, με αποτέλεσμα οι ιδέες, να υποβάλλονται πιο σταθερά στο μυαλό τους. Έτσι η παρορμητικότητα και ο ενθουσιασμός ενός παιδιού, προκαλεί και τα υπόλοιπα παιδιά, να εμπλακούν στο μάθημα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Όταν συνοδεύεται από γνωστικά ελλείμματα, το παιδί παρουσιάζει ήπια έως σοβαρά ελλείμματα στη μνήμη εργασίας και στην αίσθηση του χρόνου. Τα ελλείμματα στην μνήμη εργασίας δυσκολεύουν το παιδί, να ανακαλέσει πληροφορίες, που έχει αποθηκεύσει. Ακόμη η μνήμη εργασίας επηρεάζει σημαντικά τις επιδόσεις στην γραφή, την ανάγνωση και τα μαθηματικά. Στην έρευνα των Shue και Douglas (1992) αναφέρεται, ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να ανταποκριθούν σε δραστηριότητες που δεν απαιτούν πολύπλοκες στρατηγικές της μνήμης. Οι δυσκολίες των παιδιών παρουσιάζονται σε δραστηριότητες, που απαιτείται η οργάνωση και η γενίκευση των στρατηγικών της μνήμης. Τα ελλείμματα στην αίσθηση του χρόνου σχετίζονται με την μνήμη εργασίας. Γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκτιμούν, ότι τα παιδιά τους παρουσιάζουν δυσκολίες στην αίσθηση του χρόνου και στην οργάνωση των συμπεριφορών τους σε σχέση με τον χρόνο. Ακόμη

δυσκολεύονται να εκτιμήσουν τα χρονικά περιθώρια, για παράδειγμα μέχρι το τέλος του διαγωνίσματος και να ακολουθήσουν οδηγίες που περιλαμβάνουν χρονικά περιθώρια, για παράδειγμα να γυρίσουν στο σπίτι για φαγητό σε δύο ώρες (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012; Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί συμβαίνουν στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό μέχρι και 57%. Τα ατυχήματα αυτά οφείλονται μάλλον στην επιθετικότητα τους παρά στην υπερκινητικότητα ή την παρορμητικότητα τους. Το πόσο επιρρεπές, όμως, είναι ένα παιδί στα ατυχήματα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000. Ellison, 2004).

Όσο αφορά τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, η ΔΕΠ-Υ και η δυσλεξία κυμαίνονται σε ποσοστό συννοσηρότητας περίπου 40%. Ακόμη, το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει δυσκολίες ανάγνωσης, το 12-27% δυσκολίες μαθηματικών και ένα άλλο 12-27% δυσκολίες στην ορθογραφία. Η συννοσηρότητα ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τη δυσλεξία είναι αμφίδρομη, δηλαδή πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν δυσλεξία, ενώ στην δυσλεξία η πιο συχνή διαταραχή που εκδηλώνεται είναι η ΔΕΠ-Υ. Σε γενετικό επίπεδο, τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και η δυσλεξία σχετίζονται με ανωμαλίες στα χρωμοσώματα 1, 2, 3, 4, 6, 13 και 15. Σε νευρολογικό επίπεδο τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και η δυσλεξία σχετίζονται με αναστροφή συμμετρίας σε δομές του κροταφικού και του προμετωπιαίου φλοιού, μικρότερο όγκο παρεγκεφαλίδας και δυσλειτουργίες στον κροταφικό φλοιό. Σε νευροψυχολογικό επίπεδο, η δυσλεξία προκαλεί ΔΕΠ-Υ λόγω των έντονων δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί. Όταν η διάγνωση περιλαμβάνει ΔΕΠ-Υ χωρίς δυσλεξία, υπάρχουν ελλείμματα σε λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, ενώ όταν η διάγνωση περιλαμβάνει δυσλεξία χωρίς ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν ελλείμματα σε γλωσσικές ικανότητες αλλά όχι σε λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου. Όταν η διάγνωση του παιδιού περιλαμβάνει ΔΕΠ-Υ και δυσλεξία, τότε υπάρχουν και τα δύο είδη ελλειμμάτων. Τα ελλείμματα στις γλωσσικές ικανότητες αναφέρονται στην επεξεργασία των φωνολογικών πληροφοριών, την φωνολογική ενημερότητα και την λεκτική μνήμη εργασίας. Τα ελλείμματα στις λειτουργίες του εκτελεστικού ελέγχου αναφέρονται στην λεκτική εργαζόμενη μνήμη και την ταχύτητα ονομασίας λέξεων, αριθμών και χρωμάτων. Η διάσπαση προσοχής και οι δυσκολίες αυτοελέγχου προκαλούν προβλήματα στην διάκριση των φωνημάτων και στην διάκριση και τον εντοπισμό της θέσης των γραμμάτων και δυσκολία στην συγκράτηση των πληροφοριών, με αποτέλεσμα το παιδί να δυσκολεύεται στην ανάγνωση και την κατανόηση ενός κειμένου (; Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000. Ellison, 2004).

Όταν η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται από αναπτυξιακές διαταραχές συνήθως περιλαμβάνονται προβλήματα στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, προβλήματα στην κινητική ανάπτυξη και διαταραχές στην νοητική ανάπτυξη. Στην ΔΕΠ-Υ πολλές φορές παρουσιάζονται δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Σε ποσοστό 6-35% τα παιδιά παρουσιάζουν καθυστέρηση ομιλίας, το 10-54% αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο, και γενικά το 16-37% παρουσιάζει προβλήματα

λόγου και ομιλίας. Σε ποσοστό 20-30% τα παιδιά που αρχικά είχαν διάγνωση Ειδικής Γλωσσικής Διαταραχής, έλαβαν επίσης διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν προβλήματα στην κατανόηση του προφορικού λόγου. Παρόλο που είναι περισσότερο ομιλητικά από τους συνομηλικούς τους, ο λόγος τους δεν είναι οργανωμένος και δεν έχει κανονική ροή σε δομημένες δραστηριότητες. Αυτό συμβαίνει, γιατί πρέπει να είναι πιο προσεκτικά και να οργανώσουν τις σκέψεις τους. Αυτό δείχνει, ότι οι δυσκολίες τους μάλλον σχετίζονται με τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, που είναι υπεύθυνες για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς. Τα ελλείμματα στις λειτουργίες του εκτελεστικού ελέγχου προκαλούν διαταραχές στην πραγματολογία, την μνήμη εργασίας, την οργάνωση λεκτικών και συναισθηματικών αντιδράσεων και των μορφών γλωσσικής συμπεριφοράς, όπως των αφηγήσεων και του διαλόγου. Όσο αφορά την κινητική ανάπτυξη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν σημειώνουν καθυστέρηση, αλλά παρουσιάζουν φτωχό συντονισμό των κινήσεων, αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα και περισσότερες δυσκολίες στην λεπτή κινητικότητα. Σε έρευνα οι Shue και Douglas (1992) διαπίστωσαν, ότι τα παιδιά δεν μπορούσαν να αναστείλουν τις αντιδράσεις τους, είχαν δυσκολία στην γρήγορη και σταθερή αλλαγή των αντιδράσεων και οι αντιδράσεις τους ήταν επαναληπτικές. Οι Brossard-Racine, Shevell, Snider, Ageranioti Be' langer και Majnemer (2012) σε έρευνα τους εντόπισαν ελλείμματα στις κινητικές ικανότητες παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι οποίες επηρεάζονται αρνητικά από την απροσεξία και την υπερκινητικότητα. Κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι θεραπεία τριών μηνών με διεγερτικά φάρμακα βελτιώνει τις κινητικές ικανότητες των παιδιών. Οι Brossard-Racine, Majnemer, Shevell, Snider και Ageranioti Be' langer (2011) μελέτησαν την ικανότητα γραφής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα έδειξαν δυσανάγνωστη γραφή και αργή ταχύτητα γραφής. Η νοημοσύνη σε αυτή την διαταραχή είναι φυσιολογική. Οι χαμηλές επιδόσεις των παιδιών σε τεστ νοημοσύνης οφείλεται περισσότερο στην αδυναμία τους να συγκεντρωθούν και να εστιάσουν την προσοχή τους, αλλά και στις μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000. Κουράκης, 2004. Feldman, 2001).

Η ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται ότι συνυπάρχει με τις ΔΑΦ σε ένα παιδί, καθώς και οι δύο διαταραχές παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά της ελλειμματικής προσοχής, της υπερκινητικότητας, των προβλημάτων συμπεριφοράς, και των ελλিপών κοινωνικών δεξιοτήτων. Σε γενετικό επίπεδο, οι ανωμαλίες στα χρωμοσώματα 2, 3, 6 και 15 συνδέονται με ΔΕΠ-Υ και αυτισμό. Οι απόψεις σχετικά με αυτή την συνύπαρξη δίστανται. Από την μία υποστηρίζεται, ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις δύο διαταραχές ως προς τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, την αυξημένη ευαισθησία, τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και την εμμονή με αντικείμενα. Από την άλλη υποστηρίζεται, ότι οι διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές είναι σημαντικές. Οι ΔΑΦ περιλαμβάνουν περισσότερα προβλήματα λόγου και επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, στερεότυπου λόγου και κινήσεων, συναισθηματικών εκδηλώσεων και χρήσης αντικειμένων. Στην ΔΕΠ-Υ παρουσιάζεται περισσότερη κινητική δραστηριότητα και λιγότερα αισθητηριακά προβλήματα, καθώς και το ότι η υπερευαισθησία αναφέρεται στο γεγονός, ότι το

παιδί είναι εύθικτο. Ακόμη τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν ικανότητες εστίασης και διατήρησης της προσοχής. Επειδή είναι δύο διαταραχές με παρόμοια χαρακτηριστικά, πρέπει η διάγνωση των παιδιών, να γίνεται με προσοχή (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012).

Όταν συνοδεύεται από διαταραχές συμπεριφοράς, αναφέρεται στην συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική διαταραχή (ΕΠΔ) ή την Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) σε ποσοστά 15-48,3%. Η έντονη αντιδραστικότητα, η απροθυμία συνεργασίας, τα ξεσπάσματα θυμού, η μη συμμόρφωση σε κανόνες και άλλες συμπεριφορές, που έχουν μικρή απόκλιση από την φυσιολογική ανάπτυξη της κοινωνικής συμπεριφοράς, αποτελούν χαρακτηριστικά της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής. Η βία, η επιθετικότητα, η τάση για απάτη και άλλες συμπεριφορές, που έχουν μεγάλη απόκλιση από την φυσιολογική ανάπτυξη της κοινωνικής συμπεριφοράς, αποτελούν χαρακτηριστικά της Διαταραχής Διαγωγής. Η ΕΠΔ εκδηλώνεται στην προσχολική και σχολική ηλικία και έχει ηπιότερα χαρακτηριστικά, ενώ η ΔΔ εκδηλώνεται στις αρχές της εφηβείας και έχει χαρακτηριστικά μεγαλύτερης σοβαρότητας. Η ΕΠΔ μπορεί να συνυπάρχει με την ΔΕΠ-Υ ανεξάρτητα από τη ΔΔ, ενώ η ΔΔ σπάνια εκδηλώνεται χωρίς να υπάρχει και η ΕΠΔ. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς κυρίως λόγω της παρορμητικότητας και των δυσκολιών αυτορρύθμισης του συναισθήματος (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012; Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman, Hoekstra, 2007. Ellison, 2004. Hinshaw, 2003. Feldman, 2001).

Η ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται από προβλήματα ύπνου σε ποσοστό 53-64%. Τα παιδιά με προβλήματα ύπνου δεν κοιμούνται εύκολα, ξυπνούν κατά τη διάρκεια του ύπνου και κοιμούνται λιγότερες ώρες. Τα προβλήματα ύπνου σχετίζονται μάλλον με τις διαταραχές που συνοδεύουν την ΔΕΠ-Υ, όπως αυτές της συμπεριφοράς και του άγχους, παρά με τα πρωτογενή συμπτώματα της (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με τον Hinshaw (2003) το 1/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ υποφέρει από αγχώδεις διαταραχές και σύμφωνα με τον Feldman (2001) το ποσοστό κυμαίνεται στο 24-35,7%.

**4.2.4 Αιτιολογία.** Η αιτιολογία της διαταραχής αποτελείται από νευρολογικούς ή νευροψυχολογικούς παράγοντες, γενετικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Στους γενετικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η επίδραση των νευροδιαβιβαστών και η κληρονομικότητα της ΔΕΠ-Υ. Κανένα συγκεκριμένο γονίδιο δεν φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής. Τα γονίδια που έχουν ερευνηθεί περισσότερο σχετικά με την ΔΕΠ-Υ είναι η ντοπαμίνη –συγκεκριμένα το γονίδιο που κωδικοποιεί τον τέταρτο υπότυπο του υποδοχέα της ντοπαμίνης και αυτό που κωδικοποιεί τον μεταφορέα της ντοπαμίνης–, η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη –συγκεκριμένα ο υποδοχέας σεροτονίνης 1B-HTR1B και ο μεταφορέας σεροτονίνης

5-HTT. Λόγω της ανεπάρκειας αυτών των νευροδιαβιβαστών τα ερεθίσματα επεξεργάζονται ελλιπώς στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους με αποτέλεσμα το παιδί, να κατακλύζεται από σημαντικά και ασήμαντα ερεθίσματα ταυτόχρονα. Ακόμη φαίνεται, ότι αυτοί οι νευροδιαβιβαστές επιδρούν αρνητικά σε άλλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα του εγκεφάλου, καθώς και στην ωρίμανση και λειτουργία εγκεφαλικών δομών. Αυτά είναι τα υπογήφια γονίδια που μπορεί να επηρεάσουν την εκδήλωση της διαταραχής. Η ΔΕΠ-Υ αναφέρεται, ότι είναι περισσότερο κληρονομική από την μονοπολική κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια και περίπου το ίδιο με την διπολική διαταραχή της διάθεσης. Εκδηλώνεται με αυξημένη συχνότητα ανάμεσα στα αδέλφια και από τους γονείς στα παιδιά σε ποσοστό 75%. Σε δίδυμα αδέρφια ο κίνδυνος εκτιμάται σε ποσοστό 76% και η εκδήλωση είναι υψηλότερη στους μονοζυγωτικούς, που μοιράζονται το 100% των γονιδίων και χαμηλότερη στους διζυγωτικούς, που μοιράζονται το 50% των γονιδίων. Οι θετοί γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν λιγότερες πιθανότητες, να έχουν την διαταραχή, σε σύγκριση με τους βιολογικούς γονείς. Οι Hooman, Afrooz και Ghoobaribonab (2013) σημειώνουν ότι η οικογενειακή διαταραχή δεν είναι το ίδιο με την γενετική. Μία διαταραχή μπορεί να είναι οικογενειακή αλλά όχι γενετική, γιατί προκαλείται από κοινές περιβαλλοντικές αντιξοότητες (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Biederman, Faraone, 2005. Hinshaw, 2003. Feldman, 2001. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000. Neuhaus, 1998).

Οι νευρολογικοί ή νευροψυχολογικοί παράγοντες αναφέρονται στις βλάβες των δομών του εγκεφάλου, που σχετίζονται με συμπεριφορές του παιδιού. Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής οφείλονται σε ανωμαλίες στους μετωπιαίους λοβούς, στον προμετωπιαίο φλοιό και στις συνδέσεις τους με άλλες περιοχές του εγκεφάλου, όπως τα βασικά γάγγλια, το μεσολόβιο και η παρεγκεφαλίδα. Βλάβες σε αυτές τις περιοχές προκαλούν δυσκολίες στην αναστολή των αντιδράσεων, στον σχεδιασμό και την οργάνωση. Πιο συγκεκριμένα, ο προμετωπιαίος φλοιός και τα βασικά γάγγλια ρυθμίζουν την αναστολή της αντίδρασης. Η παρεγκεφαλίδα συνδέεται με μη κινητικές περιοχές, όπως ο εγκεφαλικός φλοιός και συμβάλλει στις εκτελεστικές λειτουργίες. Τα σημεία εισόδου των βασικών γαγγλίων, που θεωρούνται ο κερκοφόρος πυρήνας και το κέλυφος, δυσλειτουργούν, με τον κερκοφόρο πυρήνα να παρουσιάζει ασυμμετρία και το κέλυφος μειωμένη ροή αίματος, κυρίως στην υπερκινητικότητα. Άλλες ανατομικές διαφορές υπάρχουν σε οπίσθιες περιοχές, όπως στον βρεγματικό λοβό, τον υπόκαμπο και τον θάλαμο. Η σύνδεση του προμετωπιαίου φλοιού με τις οπίσθιες περιοχές παρέχει πληροφορίες για το περιβάλλον και η σύνδεση με το μεταιχμιακό σύστημα παρέχει πληροφορίες για τις εσωτερικές καταστάσεις του σώματος. Βλάβες σε αυτές τις περιοχές προκαλούν υπεραισθησία και δυσκολία στην ρύθμιση των συναισθηματικών αντιδράσεων και των κινήτρων και δυσκολία στον σχεδιασμό της συμπεριφοράς. Γενικά, οι ερευνητές αναφέρουν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μικρότερο όγκο εγκεφάλου, κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς, τον προμετωπιαίο φλοιό και το μεσολόβιο και παρουσιάζουν ασυμμετρία εγκεφαλικών περιοχών. Οι Krain και Castellanos (2006) αναφέρουν, ότι οι περισσότερες έρευνες για τις ανωμαλίες στην δομή του εγκεφάλου



έχουν γίνει σε αγόρια. Στα κορίτσια παρατηρείται γενικότερα μικρότερος εγκεφαλικός όγκος και συγκεκριμένα μικρότερος όγκος στο οπίσθιο κατώτερο λοβίο του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας. Δεν παρατηρείται άλλη εγκεφαλική ανωμαλία από τις προαναφερόμενες, που σχετίζονται περισσότερο με τα αγόρια. Σημειώνουν, όμως, ότι ο μικρότερος όγκος σε περιοχές του εγκεφάλου συνδέεται με μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Οι παραπάνω διαφορές στην δομή του εγκεφάλου των παιδιών με αυτή την διαταραχή δεν πρέπει, να θεωρούνται ως η πρωταρχική αιτία της ΔΕΠ-Υ (Najafi, Sadeghi, Molazade, Goodarzi, Taghavi, 2010. Krain, Castellanos, 2006. Hinshaw, 2003. Feldman, 2001. Neuhaus, 1998).

Στους περιβαλλοντικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες περιλαμβάνονται προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί παράγοντες. Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη είναι η υγεία και η ψυχολογία της μητέρας, καθώς και το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Περιγεννητικοί παράγοντες θεωρούνται η μεγάλη διάρκεια του τοκετού, η δυσφορία του εμβρύου και η αιμορραγία πριν τον τοκετό. Μεταγεννητικοί παράγοντες αφορούν το περιβάλλον, όπου μεγαλώνει το παιδί. Ο τρόπος συμπεριφοράς και διαπαιδαγώγησης του παιδιού είναι σημαντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της διαταραχής. Αν και η εναντιωματική συμπεριφορά του παιδιού προκαλείται σαν αντίδραση προς τους γονείς, η συμπεριφορά των γονέων φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής του παιδιού. Ίσως η ύπαρξη της διαταραχής στους γονείς, να εξηγεί τις αρνητικές αντιδράσεις τους στην συμπεριφορά των γονέων. Τα δευτερογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι όμως δεν αποτελούν τα αίτια εκδήλωσης της. Ο βαθμός επίδρασης των περιβαλλοντικών αιτιών είναι μικρός και δεν οφείλεται για την εκδήλωση της διαταραχής (Hooman, Afrooz, Ghobaribonab 2013. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

#### **4.2.5 Διαγνωστικά κριτήρια για κάθε κατηγορία.**

Α) Έξι ή περισσότερα συμπτώματα από τις ακόλουθες κατηγορίες πρέπει, να εμφανίζονται τουλάχιστον επί 6 μήνες, να προκαλούν δυσπροσαρμοστικότητα και να είναι ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

##### Απροσεξία

- α) Συχνά αποτυγχάνει, να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
- β) Συχνά δυσκολεύεται, να διατηρήσει την προσοχή σε δουλειές ή δραστηριότητες ενός παιχνιδιού.
- γ) Φαίνεται να μην ακούει, όταν του/της απευθύνεται ο λόγος.
- δ) Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες και αποτυγχάνει, να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες.
- ε) Πολλές φορές αποφεύγει, αποστρέφεται ή δεν δείχνει προθυμία, να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια.

- στ) Χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες.
- ζ) Η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
- η) Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.
- θ) Συχνά δυσκολεύεται, να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.

#### Υπερκινητικότητα

- α) Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.
- β) Συχνά σηκώνεται από την θέση του/της στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, όπου πρέπει να παραμείνει στο ίδιο σημείο.
- γ) Τρέχει, σκαρφαλώνει και στριφογυρίζει με ακατάλληλο τρόπο για τις περιστάσεις ή τον χώρο, όπου βρίσκεται.
- δ) Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ήσυχα
- ε) Κινείται διαρκώς.
- στ) Μιλά διαρκώς για πολλή ώρα.

#### Παρορμητικότητα

- α) Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- β) Συχνά δυσκολεύεται, να περιμένει την σειρά του/της.
- γ) Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους, στον ελεύθερο χρόνο.

Β) Μερικά συμπτώματα υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας ή απροσεξίας, που προκάλεσαν την έκπτωση, ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ) Η έκπτωση είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, για παράδειγμα στο σχολείο και στο σπίτι.

Δ) Πρέπει να υπάρχει σαφής απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Ε) Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας μιας Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας, ή άλλης Ψυχοτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή, για παράδειγμα Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Αποσυνδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας» (Παπάνης, Γιαβρίμης, Βίκη, 2007. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000).

Τον Μάιο του 2013 εκδόθηκε το DSM-V με κάποιες αλλαγές για την διαταραχή. Σε αυτή την έκδοση η ΔΕΠ-Υ εντάχθηκε στο κεφάλαιο των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, για να αντανακλά την ανάπτυξη του εγκεφάλου σε αυτή την διαταραχή και για να εξαλειφθεί το κεφάλαιο του DSM-V που περιλαμβάνει όλες τις διαγνώσεις, που γίνονται για πρώτη φορά στην βρεφική και παιδική ηλικία ή στην εφηβεία. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, της Απροσεξίας και της Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας. Τα κριτήρια παραμένουν ίδια για την κάθε κατηγορία αλλά έχουν προστεθεί παραδείγματα συμπεριφορών που εκδηλώνονται, ώστε να βοηθηθούν οι ειδικοί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων.

Τα παιδιά πρέπει να παρουσιάζουν 6 κριτήρια από την κάθε κατηγορία, ενώ η έφηβοι και οι ενήλικες 5 κριτήρια. Τα συμπτώματα σύμφωνα με το DSM-V πρέπει, να παρουσιάζονται πριν την ηλικία των 12 ετών. Η αλλαγή αυτή βασίζεται σε έρευνες, που αναφέρουν, ότι η εκδήλωση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η πορεία εξέλιξης της διαταραχής και η θεραπεία δεν διαφέρουν στην ηλικία των 7 σε σύγκριση με την ηλικία των 12 ετών. Σε αυτή την έκδοση δεν περιλαμβάνονται κριτήρια αποκλεισμού της Διαταραχής του Φάσματος του Αυτισμού, καθώς τα συμπτώματα της με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συνυπάρχουν (American Psychiatric Association, 2013).

Εκτός από το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM υπάρχει και το ICD-10, το οποίο χρησιμοποιείται περισσότερο στην Ευρώπη. Το εγχειρίδιο αυτό περιλαμβάνει την κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία» και τις κωδικοποιεί σύμφωνα με τους εξής τέσσερις τύπους:

F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής

F90.1 Διαταραχή της διαγωγής υπερκινητικού τύπου

F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου

F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη

Η ΔΕΠ-Υ είναι μία διαταραχή τα συμπτώματα της οποίας εύκολα αντιγράφονται από παιδιά, που δεν εκδηλώνουν την διαταραχή. Αυτό συμβαίνει, γιατί τα συμπτώματα της είναι υποκειμενικά και δεν υπάρχουν αντικειμενικά τεστ για την ακριβή διάγνωση της. Μάλιστα μαθητές που υποκρίνονται τα συμπτώματα παρουσιάζουν χειρότερες επιδόσεις από μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Ακόμη, όμως, και ανάμεσα σε αυτά τα παιδιά υπάρχουν κάποιες ποιοτικές διαφορές, που βοηθούν στην διαφοροποίηση των συμπτωμάτων που εκδηλώνουν. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ αδυνατεί να μείνει ήσυχο ακόμη και σε περιστάσεις, που γνωρίζει ότι αυτό επιβάλλεται, ενώ ένα ζωνρό παιδί μπορεί να ελέγχει την κινητικότητα του και να την μειώνει σε τέτοιες περιστάσεις. Όταν, όμως, το παιδί με ΔΕΠ-Υ έχει υψηλό κίνητρο και καταφέρνει να μείνει ήσυχο, τότε καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια με αποτέλεσμα να κοκκινίζει ή να ιδρώνει. Η ποιότητα της κίνησης ανάμεσα σε αυτά τα παιδιά διαφέρει. Ενώ το ζωνρό παιδί μπορεί να είναι εξαιρετικά επιδέξιο, το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά πέφτει, κάνει ζημιές και δυσκολεύεται σε δραστηριότητες. Οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου, που ως επί το πλείστον συνοδεύουν το παιδί με ΔΕΠ-Υ, σε ένα φυσιολογικά αναπτυσσόμενο παιδί δεν εμφανίζονται. Αν και η προσοχή ενός παιδιού σε μία δραστηριότητα επηρεάζεται από το περιβάλλον, στο παιδί με ΔΕΠ-Υ παράγοντες, όπως το υψηλό κίνητρο και η άμεση ανταμοιβή επηρεάζουν την συγκέντρωση της προσοχής του και την απόδοση στην δραστηριότητα. Τέλος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πιο έντονες, προκύπτουν από ασήμαντα

ερεθίσματα, διαρκούν περισσότερο και ηρεμούν δυσκολότερα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2012. Harrison, Edwards, Parker, 2007).

### **4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ / ΔΙΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η δυσλειτουργικότητα ή η δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά χαρακτηρίζει ένα άτομο όταν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι ενέργειές του εμποδίζουν την ικανότητά του να λειτουργήσει τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, το ερώτημα που τίθεται, είναι το κατά πόσον ένα άτομο είναι σε θέση να ικανοποιεί τις απαιτήσεις μιας συνηθισμένης ζωής, όπως το να διατηρεί μια δουλειά, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες μιας οικογένειας, να τακτοποιεί τους λογαριασμούς του έγκαιρα, να έχει φίλους και να σχετίζεται κοινωνικά με άλλους.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς και οι διαταραχές συναισθήματος εντάσσονται στις ψυχικές διαταραχές. Ο όρος ψυχική διαταραχή χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και την επικοινωνία του ανθρώπου με τους άλλους. Πολλές φορές προκαλεί πόνο ή ανικανότητα και δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Η καθιέρωση μιας διαταραχής ως ψυχική εξαρτάται από το βαθμό της σημασίας της και τη διάρκειά της (Σινανίδου, 2013. Wenar, Kerig, 2008).

Η ταξινόμηση και διάγνωση των ψυχικών διαταραχών πραγματοποιείται βάσει των δυο εδραιωμένων συστημάτων ψυχικών διαταραχών:

- ICD – 10: Τμήμα Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών, ΠΟΥ.
- DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition): Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 1994. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992).

### **4.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η μελέτη του άγχους και των φόβων περιγράφεται στη βιβλιογραφία εδώ και πολλές δεκαετίες και η μελέτη περιπτώσεων που αφορούν παιδικές φοβίες αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη τόσο της ψυχαναλυτικής όσο και της συμπεριφορικής θεωρίας.

Στην πρώτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1952) οι φοβίες παρουσιάζονταν ως ψυχονευρωσικές αντιδράσεις, ενώ στο DSM-II (1968), ως φοβικές νευρώσεις. Στο DSM-III 1980, λόγω της αμφισβήτησης του όρου «νεύρωση» από πολλούς επιστήμονες, υιοθετήθηκε ο γενικότερος όρος «διαταραχή». Επιπλέον, οι διαγνωστικές κατηγορίες που προτείνονται στο DSM-III και στο DSM-III-R 1987,

είναι καθαρά περιγραφικές και απαλλαγμένες από αιτιολογικές ανφορές. Είναι επίσης η πρώτη προσπάθεια ταξινόμησης των διαταραχών άγχους στα παιδιά με βάση αναπτυξιακά και αιτιολογικά κριτήρια (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2003). Δυο σημαντικές κατηγορίες συναισθηματικών διαταραχών αποτελούν οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές διάθεσης-κατάθλιψη.

**4.4.1 Αγχώδεις Διαταραχές.** Οι διαταραχές άγχους αποτελούν μια ομάδα διαταραχών οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνια άγχος. Το άγχος προσδιορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή.

Η αποφυγή ορισμένων ερεθισμάτων και καταστάσεων, το κλάμα, η τρεμούλα, η ονυχοφαγία είναι ορισμένες από τις κινητικές αντιδράσεις άγχους. Συναισθήματα τρόμου και αμηχανίας, ο φόβος του θανάτου, η αγωνία για μια επικείμενη απειλή αναφέρονται ως υποκειμενικές αντιδράσεις άγχους. Η ταχυκαρδία, ο πονοκέφαλος, η τάση για εμετό είναι ορισμένες από τις φυσιολογικές αντιδράσεις του άγχους. Το άτομο με τη διαταραχή αυτή κατανοεί ότι το άγχος του στερείται αντικειμενικής αιτιολογίας, έχει πλήρη επαφή με την πραγματικότητα και υποφέρει έντονα από τα συμπτώματά του. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό των διαταραχών άγχους είναι ότι τα συμπτώματά τους συνήθως δεν παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες (Wenar & Kerig, 2000).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ορισμένοι ερευνητές εκτιμούν πως η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών άγχους στο σύνολο του πληθυσμού εκτιμάται μεταξύ 8-9% (Bernstein % Borchardt, 1991).

Στον παιδικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους κυμαίνεται μεταξύ 3-18% (Barlow, 1988). Σε μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι το 17-21% των παιδιών του δείγματος παρουσίαζε ανησυχητικά συμπτώματα άγχους ενώ τα μισά περίπου από αυτά μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «κλινικές περιπτώσεις» (Kashani & Orvaschel, 1990). Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι σε όλο το φάσμα της παιδικής ηλικίας, τα κορίτσια εμφανίζουν συμπτώματα άγχους με μεγαλύτερη συχνότητα σε σύγκριση με τα αγόρια (Kashani & Orvaschel, 1990).

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι αγχώδεις διαταραχές είναι:

- Φοβίες
- Ανησυχία
- Στομαχόπονοι ή ναυτία
- Απόσυρση
- Καταναγκασμοί
- Απόσυρση
- Κατάθλιψη

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα παραπέμπουν σε ένα παιδί που υποφέρει εσωτερικά (Waner & Kerig, 2008. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2008. Herbert, 1998).

Παρακάτω γίνεται μια ευσύνοπτη παρουσίαση της αιτιολογίας των διαταραχών άγχους:

- Νευρώσεις που δημιουργούνται από συγκρούσεις που βιώνει το παιδί μεταξύ των δικών του επιθυμιών και των προσδοκιών των άλλων
- Διαδικασία μίμησης του άγχους
- Μίμηση προτύπου
- Ποιότητα δεσμού με το πρόσωπο φροντίδας
- Προδιαθεσικοί παράγοντες
- Ιδιοσυγκρασία επιρρεπής στο άγχος
- Τραυματική εξάρτηση
- Αποτυχία ελέγχου των φυσιολογικών φόβων
- Υπερπροστατευτικότητα γονέων
- Ανεπαρκής συναισθηματική υποστήριξη

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθούν τα είδη των διαταραχών άγχους που συναντώνται στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων.

**4.4.1.1 Ειδική φοβία.** Πρόκειται για έναν έντονο και επίπονο φόβο, που είναι υπερβολικός και αδικαιολόγητος και προκαλείται από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή μιας κατάστασης. Οι φοβίες είναι δυσπροσαρμοστικές μορφές φόβο οιοποιές δεν εξυπηρετούν κανένα σκοπό. Μάλιστα, ορισμένες από αυτές έχουν ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα. Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί μια άμεση αγχώδη αντίδραση με αποτέλεσμα η φοβική κατάσταση είτε να αποφεύγεται είτε να υπομένεται με έντονη δυσφορία. Σε άτομα κάτω των 18 ετών η συγκεκριμένη διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες.

**4.4.1.2 Διαταραχή του άγχους του αποχωρισμού.** Το παιδί εκφράζει υπερβολικό άγχος σχετικά με τον αποχωρισμό από το σπίτι ή από τα άτομα με τα οποία είναι προσκολλημένο και συνήθως τους γονεία. Το παιδί με διαταραχή άγχους αποχωρισμού εκφράζει έντονη δυσφορία όταν υφίσταται τον αποχωρισμό καθώς και σημαντική ανησυχία για την απώλεια των σημαντικών για αυτό προσώπων. Το παιδί αρνείται να πάει στο σχολείο εξαιτίας του αποχωρισμού και είναι απρόθυμο να μείνει μόνο χωρίς τα πρόσωπα προσκόλλησης στο σπίτι. Επίσης αρνείται να κοιμηθεί χωρίς την παρουσία του προσώπου προσκόλλησης και έχει εφιάλτες σχετικούς με το γεγονός του αποχωρισμού ή της απώλειας. Ακόμη εκφράζει παράπονα για σωματικά συμπτώματα. Η συγκεκριμένη διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 4 εβδομάδες.

**4.4.1.3 Σχολική φοβία.** Το παιδί με σχολική φοβία εκφράζει έντονο φόβο κάποιας πτυχής του σχολικού περιβάλλοντος που συνοδεύεται από φυσιολογικά συμπτώματα πανικού ή άγχους. Συνδέεται με την επίμονη άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, η οποία ξεπερνά την απλή απροθυμία. Η ένταση των αντιδράσεων

της συγκεκριμένης φοβίας είναι δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με την πραγματική αγγογόνο κατάσταση. Πηγές του σχολικού άγχους μπορεί να αποτελούν το μέγεθος του σχολείου ή η αποτυχία στα μαθήματα. Ακόμη το άγχος των εξετάσεων, οι διαταραγμένες σχέσεις με τον δάσκαλο και τους συμμαθητές και ο φόβος του αποχωρισμού για τη μητέρα είναι παράγοντες άγχους για το παιδί που πάσχει από την παρούσα διαταραχή.

#### **4.4.1.4 Καταναγκαστική (ιδεοψυχαναγκαστική) διαταραχή.**

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες, ανεπιθύμητες και παράδεκτες για το άτομο σκέψεις, που συνοδεύονται από δυσφορία και από στερεοτυπικές κινητικές ή νοητικές εκδηλώσεις. Η λογική και τα επιχειρήματα είναι αναποτελεσματικά για την απομάκρυνσή τους. Αν το παιδί με τη συγκεκριμένη διαταραχή προσπαθήσει να αντισταθεί, αυξάνεται τρέμετρα το άγχος του με αποτέλεσμα να ενδίδει και να τις εκτελεί. Πρόκειται για μια χρόνια διαταραχή.

#### **4.4.1.5 Διαταραχή μετατραυματικού στρες.**

Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται όταν το παιδί έχει βιώσει κάποιο τραυματικό συμβάν που περιλαμβάνει θάνατο, τραυματισμό ή απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ίδιου ή άλλων. Χαρακτηρίζεται από επίμονη επαναβίωση του γεγονότος, επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα ή μούδιασμα. Επίσης τα παιδιά με διαταραχή μετατραυματικού στρες παρουσιάζουν επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης όπως θυμό, οξυθυμία, δυσκολία συγκέντρωσης και άλλα. Η διαταραχή αυτή διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα.

#### **4.4.1.6 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.**

Χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και αναξέλεγκτο άγχος που προκαλείται από μια σειρά γεγονότων και δραστηριοτήτων. Η συμπτωματολογία της παρούσας διαταραχής περιλαμβάνει νευρικότητα και αίσθημα αγωνίας, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση και διαταραχή ύπνου. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εκδηλώνεται τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας και για διάστημα έξι μηνών.

### **4.4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Οι διαταραχές διάθεσης χαρακτηρίζονται από μια διαταραχή του συναισθήματος, που κυριαρχεί στην ψυχική ζωή του ασθενούς και είναι υπεύθυνη για την έκπτωση της λειτουργικότητας (Kaplan & Sadock 2007). Το DSM-IV-TR, προσδιορίζει δύο γενικούς τύπους διαταραχών της διάθεσης, εκείνες που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα και εκείνες που χαρακτηρίζονται από μανιακά συμπτώματα (διπολικές διαταραχές). Οι καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στις: μείζων καταθλιπτική διαταραχή και δυσθυμική διαταραχή. Ενώ οι διπολικές διαταραχές διακρίνονται σε, διπολική I, διπολική II και κυκλοθυμική διαταραχή. Οι διαταραχές της διάθεσης είναι σε ένα βαθμό ετερογενείς, δηλαδή άτομα που έχουν διαγνωσθεί με την ίδια διαταραχή μπορεί να παρουσιάσουν πολύ διαφορετικά συμπτώματα. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR η МКΔ, η διπολική I και η διπολική II διαταραχή ορίζονται ως εποχικού τύπου, εάν τα επεισόδια συμβαίνουν συστηματικά

σε συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου. Η θεραπεία για τις «καταθλίψεις του χειμώνα», περιλαμβάνει την έκθεση των ασθενών σε λαμπρό λευκό φως. Η διπολική I και η διπολική II διαταραχή ορίζονται ως διαταραχές με ταχεία εναλλαγή φάσεων, εάν το άτομο έχει βιώσει τουλάχιστον τέσσερα επεισόδια μέσα στον προηγούμενο χρόνο (Kring et al., 2010).

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001, 2003), η κατάθλιψη ήταν η τέταρτη στη σειρά των νοσημάτων που συνεισέφεραν στην επιβάρυνση από νοσήματα το 1990 και αναμένεται να είναι η δεύτερη μέχρι το 2020 (με πρώτη την ισχαιμική καρδιακή νόσο).

Η αιτιολογία των διαταραχών διάθεσης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Βιολογικοί – γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα)
- Οικογενειακές εμπειρίες (ανασφαλής προσκόλληση, οικογενειακές αντιξοότητες, κακαομεταχείριση παιδιών, γονεϊκή απώλεια)
- Γνωστικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων (χαμηλή αυτοξία, μαθημένη αβοηθσία, απόδοση του αιτίου στο άτομο και όχι σε εξωτερικούς παράγοντες)
- Διαπροσωπικές σχέσεις με συνομηλίκους (απόρριψη από συνομηλίκους, μοναξιά, έλλειψη κοινωνικής ικανότητας)
- Σχολικές και άλλες δεξιότητες (φτώχη σχολική επίδοση, ελλειπείς διαπροσωπικές δεξιότητες, επιθετικότητα)
- Στρεσογόνα γεγονότα

**4.4.2.1 Δυσθυμική διαταραχή.** Αποτελεί τη λιγότερο σοβαρή μορφή κατάθλιψης που συνήθως οφείλεται σε κάποιο ταυτοποιήσιμο γεγονός ή απώλεια (καλείται επίσης καταθλιπτική νευρώση). Οι πάσχοντες συνήθως έχουν περιόδους ημερών ή εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων αναφέρουν οι ίδιοι ότι αισθάνονται καλά, αν και το περισσότερο καιρό (συχνά για μήνες) νιώθουν κουρασμένοι και καταθλιπτικοί. Είναι περισσότερο συχνή και χρονιότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Συχνά συνυπάρχει με άλλες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή). Η έναρξη συνήθως παρατηρείται στις ηλικίες των 20 με 35 ετών, αν και μια μορφή πρώιμης έναρξης εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 21 ετών (Kaplan & Sadock 2007).

Η συμπτωματολογία που παρουσιάζει το άτομο με δυσθυμική διαταραχή συνοψίζεται ως εξής:

- Απώλεια ευχαρίστησης σε δραστηριότητες
- Αίσθημα αναξιοσύνης
- Κόπωση
- Οξυθυμία
- Έλλειψη όρεξης ή υπερκατανάλωση τροφής



- Αϋπνία ή υπεραϋπνία
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων
- Συναισθήματα απόγνωσης

(Wenar, Kerig, 2008).

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη δυσθυμική διαταραχή:

Θλιμμένη διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου, για ένα διάστημα δύο ετών. Κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος εμφανίζονται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω

- ❖ Μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- ❖ Υπερυπνία ή έλλειψη ύπνου
- ❖ Μειωμένη ενέργεια
- ❖ Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- ❖ Δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων
- ❖ Απελπισία

Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά. Κατά τα δύο πρώτα χρόνια των συμπτωμάτων δεν παρουσιάστηκε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

**4.4.2.2 Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή.** Αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Για τη διάγνωσή της απαιτείται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Στα συμπτώματα αυτά πρέπει να συμπεριλαμβάνεται είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης. Η ΜΚΔ αποκαλείται επεισοδιακή διαταραχή, επειδή τα συμπτώματα τείνουν να παρουσιάζονται για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά εξαφανίζονται. Το καταθλιπτικό επεισόδιο τείνει να υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου, αλλά ένα επεισόδιο που δε θα αντιμετωπιστεί θεραπευτικά μπορεί να έχει διάρκεια πέντε ή και περισσότερων μηνών. Σε μικρό ποσοστό ατόμων η κατάθλιψη γίνεται χρόνια. Ακόμη και εκείνοι που βελτιώνονται αρκετά ώστε να μην πληρούν πλέον τα κριτήρια για διάγνωση ΜΚΔ, μπορεί να εμφανίσουν υποκλινική κατάθλιψη για χρόνια. Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια τείνουν να επανέρχονται. Από τη στιγμή που λήγει κάποιο συγκεκριμένο επεισόδιο, το άτομο είναι πιθανόν να βιώσει ένα επόμενο επεισόδιο. Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων που έχουν περάσει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα βιώσουν τουλάχιστον άλλο ένα κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Solomon et, al., 2000). Ο μέσος αριθμός επεισοδίων είναι περίπου τέσσερα. (Judd, 1997).

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή:

Θλιμμένη διάθεση ή απώλεια της ευχαρίστησης σε συνηθισμένες δραστηριότητες. Τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω:

- ❖ Δυσκολίες στον ύπνο, δυσκολία του ατόμου να αποκοιμηθεί, αδυναμία του ατόμου να ξανακοιμηθεί αφού ξυπνήσει κατά τη διάρκεια της νύχτας, πολύ πρώιμο ξύπνημα ή παρατεταμένη διάρκεια του ύπνου.
- ❖ Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση
- ❖ Απώλεια της όρεξης και απώλεια του βάρους, ή αύξηση της όρεξης και αύξηση του βάρους
- ❖ Απώλεια της ενέργειας
- ❖ Αισθήματα αναξιότητας
- ❖ Δυσκολία στη συγκέντρωση, στη σκέψη, ή στη λήψη αποφάσεων
- ❖ Επανελημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

Τα συμπτώματα είναι παρόντα σχεδόν καθημερινά, για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου, και δεν οφείλονται σε φυσιολογικό πένθος (Kring, et.al 2010).

**4.4.2.3 Διπολικές διαταραχές.** Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επανελημμένα επεισόδια, κατά τη διάρκεια των οποίων η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας του ασθενούς διαταράσσονται σημαντικά. Η διαταραχή συνίσταται σε πολλές περιπτώσεις σε υπερθυμία και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (μανία ή υπομανία) και σε άλλες περιπτώσεις σε πτώση τη διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη).

Το DSM-IV-TR προσδιορίζει τρεις τύπους διπολικών διαταραχών, τη διπολική I, τη διπολική II και τη κυκλοθυμική διαταραχή. Τα συμπτώματα της μανίας αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα των τριών αυτών διαταραχών. Οι διπολικές διαταραχές διαφοροποιούνται με βάση τη βαρύτητα και τη διάρκεια των μανιακών συμπτωμάτων. Αποκαλούνται «διπολικές» επειδή τα περισσότερα άτομα που βιώνουν συμπτώματα μανίας θα βιώσουν και συμπτώματα κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής τους (η μανία και η κατάθλιψη θεωρούνται αντίθετοι πόλοι).

Μανιακό επεισόδιο, χαρακτηρίζεται από επίμονα ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Παρατηρείται αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα και συχνά εκσημασμένα συναισθήματα ευεξίας και σωματικής και ψυχοδιανοητικής αποδοτικότητας (συνεχώς επί μερικές μέρες). Παρατηρούνται συχνά αυξημένη κοινωνικότητα, ομιλητικότητα, οικειότητα, σεξουαλική ενεργητικότητα και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Η συγκέντρωση και η προσοχή μπορεί να είναι διαταραγμένες μειώνοντας την ικανότητα για σοβαρή εργασία. Βαριά μορφή μανίας είναι η μανία με ψυχωσικά συμπτώματα. Η διογκωμένη αυτοεκτίμηση και οι ιδέες μεγαλείου εξελίσσονται σε παραληρητικές ιδέες. Η έντονη και παρατεταμένη σωματική δραστηριότητα και η διέγερση είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε επιθετικότητα ή βιαιοπραγίες σε παραμέληση της διατροφής και της πόσης υγρών, ενώ η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις αφυδάτωσης και παραμέλησης του εαυτού. (ICD-10) Τα μανιακά επεισόδια έχουν συνήθως απότομη έναρξη και η διάρκεια τους είναι μεταξύ 2 εβδομάδων και 4-5 μηνών.

**4.4.2.4 Διπολική I διαταραχή.** Παλαιότερα ήταν γνωστή ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Στο DSM-IV-TR τα κριτήρια για τη διάγνωση της περιλαμβάνουν ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή μοναδικό μεικτό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Κάποιος που λαμβάνει τέτοια διάγνωση ενδέχεται να βιώνει ή όχι συμπτώματα της μανίας τη συγκεκριμένη περίοδο. Στην πραγματικότητα ακόμη και αν κάποιος βίωσε μανιακά συμπτώματα διάρκειας μιας εβδομάδας πριν από πολλά χρόνια, διαγιγνώσκεται και πάλι με διπολική I διαταραχή. Τα επεισόδια στις διπολικές διαταραχές τείνουν να εμφανίζονται σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό από ότι αυτά που χαρακτηρίζουν τη ΜΚΔ.

**4.4.2.5 Διπολική II διαταραχή.** Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει επίσης μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής, που ονομάζεται διπολική II διαταραχή. Για να λάβει κάποιος διάγνωση διπολικής II διαταραχής, πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο.

**4.4.2.6 Κυκλοθυμική διαταραχή.** Αποκαλείται και δυσθυμία και είναι μια δεύτερη χρόνια διαταραχή της διάθεσης. Εξίσου συνηθισμένη στους άνδρες και τις γυναίκες. Εκδηλώνεται στην όψιμη εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή. Στην κυκλοθυμική διαταραχή το άτομο έχει συχνά αλλά ήπια συμπτώματα κατάθλιψης που εναλλάσσονται με ήπια συμπτώματα μανίας. Αν και τα συμπτώματα δε γτάνουν τη βαρύτητα ενός μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου, τα άτομα με τη διαταραχή και οι οικείοι τους συνήθως παρατηρούν τα «σκαμπανεβάσματα» της διάθεσης. Όταν κανείς είναι «στα κάτω του», μπορεί να είναι θλιμμένος να αισθάνεται ανεπαρκής, να αποσύρεται από τους άλλους και να κοιμάται για 10 ώρες κάθε βράδυ. Όταν κανείς είναι «στα πάνω του», ενδέχεται να είναι εύθυμος, με υπερβολική αυτοπεποίθηση, κοινωνικός, χωρίς αναστολές και να έχει ελάχιστη ανάγκη για ύπνο. (Kring, et, al, 2010).

Κριτήρια του DSM-IV-TR για τη κυκλοθυμική διαταραχή: Τουλάχιστον δύο χρόνια

- ❖ Πολυάριθμα διαστήματα με υπομανιακά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για μανιακό επεισόδιο
- ❖ Πολυάριθμα διαστήματα με καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο

Τα συμπτώματα δεν απουσιάζουν για περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά. Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

## **4.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΓΩΓΗΣ/ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Οι διαταραχές διαγωγής/συμπεριφοράς ορίζονται ως ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο συμπεριφοράς, το οποίο παραβιάζει είτε βασικά δικαιώματα άλλων είτε σημαντικά κοινωνικά πρότυπα και κανόνες σχετικά με το τι θεωρείται κατάλληλο για τη συγκεκριμένη ηλικία (Bennett, 2010. Wenar, Kerig, 2008).

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς (ICD-10), τα βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών της διαγωγής είναι η επαναλαμβανόμενη και επίμονη δυσκοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή, η οποία στις πλέον ακραίες μορφές της, συνεπάγεται πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του παιδιού παρεκτροπές. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει κανείς στις ψυχολογικές διαταραχές των παιδιών πηγάζουν από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας: τα παιδιά βρίσκονται σε ένα στάδιο συνεχούς αλλαγής, ενώ συχνά υπάρχει διαφορά μεταξύ της χρονολογικής τους ηλικίας και των γνωστικών και συναισθηματικών σταδίων που διανύουν.

Εξετάζοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών με διαταραγμένη συμπεριφορά διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Τα παιδιά έχουν στη διάθεσή τους και ενεργοποιούν λιγότερες εναλλακτικές λύσεις όταν αντιμετωπίζουν διαπροσωπικά προβλήματα
- ✓ Εστιάζουν την προσοχή τους στο αποτέλεσμα ή στους στόχους και όχι στην ενδιάμεση προσπάθεια
- ✓ Δεν αναγνωρίζουν τις «επιπτώσεις» ως αποτέλεσμα της δικής τους συμπεριφοράς
- ✓ Δεν κατανοούν τα κίνητρα στη συμπεριφορά των άλλων
- ✓ Φαίνεται να έχουν μειωμένη συναισθηματική εμπλοκή στις διαπροσωπικές συγκρούσεις (Ronner, 2000)

Προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν:

- Η επιθετικότητα εναντίον των άλλων
- Η καταστροφή ιδιοκτησίας
- Η εξαπάτηση ή η κλοπή
- Οι σοβαρές παραβιάσεις κανόνων
- Η αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής
- Η παρορμητικότητα
- Η χαμηλή σχολική επίδοση
- Η χρήση βίας (Bennett, 2010. Wenar, Kerig, 2008)

Μεταξύ των ατόμων με αντικοινωνική συμπεριφορά, υπάρχει ένα υποσύνολο που εμφανίζουν ψυχοπαθητικά γνωρίσματα προσωπικότητας. Τα γνωρίσματα αυτά είναι:

- Σκληρότητα
- Εγωκεντρισμός
- Επιφανειακή γοητεία
- Παρορμητικότητα
- Ρηχά συναισθήματα
- Χειριστικότητα
- Απουσία σημαντικών σχέσεων

Οι ψυχοπαθείς είναι άτομα που διαπράττουν αντικοινωνικές πράξεις εναντίον άλλων, επειδή αντλούν ευχαρίστηση από το να βλάπτουν ή να χειρίζονται άλλους ανθρώπους (Bennett, 2010. Wenar, Kerig, 2008).

Οι εκτιμήσεις για τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους κυμαίνονται μεταξύ 1-10% (Zoccolillo, 1993). Ωστόσο εκτιμάται ότι το 1/3 έως το 1/2 των παιδιών που παραπέμπονται στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες εκδηλώνουν τη διαταραχή συμπεριφοράς, ενώ το ποσοστό αυτό για τους εφήβους αγγίζει το 70% (Kazdin, 1995).

Τα αίτια των διαταραχών διαγωγής/συμπεριφοράς συνοψίζονται ως εξής:

- Γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα)
- Βιολογικοί παράγοντες (βιολογικό υπόστρωμα)
- Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες
  1. Φτώχη γειτονιά και φτωχό σχολικό περιβάλλον
  2. Εγκληματική υποκουλτούρα
  3. Χαμηλή σχολική επίδοση
  4. Μειωμένο ενδιαφέρον για την εκπαίδευση
  5. Απόρριψη από τους συνομηλίκους
  6. Εμπλοκή με αποκλίνοντες συνομηλίκους
  7. Φτωχές κοινωνικές δεξιότητες
  8. Μ.Μ.Ε.
- Οιογενειακοί παράγοντες
  1. Ανασφαλής προσκόλληση
  2. Οικογενειακή βία – παιδική κακαοποίηση
  3. Διαζύγιο
  4. Αυστηροί μέθοδοι διαπαιδαγώγησης γονέων
  5. Οικογενειακό στρες
  6. Γονεϊκή ασυνέπεια
  7. Θετική ενίσχυση επιθετικής συμπεριφοράς
  8. Μίμηση προτύπου
  9. Αυστηρή τιμωρία

#### **4.6 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ**

Όσον αφορά στις ομάδες των συνομηλίκων – η ένταξη στις οποίες θεωρείται βασική κατάκτηση στο στάδιο της σχολικής ηλικίας – αποτελούν τη γέφυρα που θα οδηγήσει το παιδί από τον χώρο της οικογένειας στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Μειώνουν ένα μέρος της ανασφάλειας που προκαλεί στο παιδί η απομάκρυνσή του από το σπίτι και το βοηθούν να μην αισθάνεται μόνο όταν καλείται να αντιμετωπίσει τις εθύνες που συνεπάγεται η απομάκρυνση αυτή καθώς επίσης και να ανταποκριθεί στη σχολική εργασία (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006).

Οι σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη και εξέλιξη, καθώς και σε καίριες αναπτυξιακές συμπεριφορές που υιοθετούν τα παιδιά (Parker & Asher, 1987).

Οι εμπειρίες των παιδιών στις αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους τους μπορεί να οδηγήσουν σε δύο εκ διαμέτρου αντίθετα αποτελέσματα: στην αποδοχή και στην απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων. Αυτές οι δύο καταστάσεις σχετίζονται με τις θετικές και αρνητικές σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους είναι αποτέλεσμα μιας ομάδας χαρακτηριστικών, όπου το καθένα επηρεάζει το παιδί ώστε να συναλλάσσεται με κοινωνικά μη αποδεκτούς τρόπους (Cole & Cole, 2001).

Οι θετικές και αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών συνδέονται με το κοινωνικό στάτους που έχουν αυτά στην ομάδα των συνομηλίκων, και η σύνδεση αυτή είναι διπλής κατεύθυνσης και μακροχρόνια (Zimmer - Gembeck, Geiger & Crick, 2005). Η αποδοχή και η απόρριψη των παιδιών από τους συνομηλίκους τους συνδέεται στενά με την έννοια της *δημοτικότητας - δημοφιλίας*. Σύμφωνα με τους Parkhurst και Horrmeyer (1998), η δημοτικότητα μπορεί να διαχωριστεί σε δύο είδη: κοινωνιομετρική δημοτικότητα (το να είναι κάποιος αρεστός από τα άλλα άτομα) και αντιλαμβανόμενη δημοτικότητα (κοινωνική επικράτηση, επιρροή και κύρος στην ομάδα των συνομηλίκων).

Ένα από τα επικρατέστερα συστήματα ταξινόμησης των παιδιών σε ομάδες ανάλογα με τη δημοτικότητά τους είναι των Asher και Coie (στο Cole & Cole, 2001): *Δημοφιλή* παιδιά είναι εκείνα που ονομάζονται πιο συχνά ως επιθυμητά από τα άλλα μέλη της ομάδας ή που δέχονται την υψηλότερη κατάταξη από τους φίλους τους· *απορριπτόμενα* είναι τα παιδιά που ονομάζονται σπανιότερα ως επιθυμητά και πολύ συχνά ως ανεπιθύμητα από τους συνομηλίκους τους, δηλαδή τα αντιπαθούν ενεργά· *παραμελημένα* είναι εκείνα που το όνομά τους εμφανίζεται σπανίως είτε θετικά είτε αρνητικά, δηλαδή οι συνομηλικοί μάλλον τα αγνοούν παρά τα αντιπαθούν· τέλος, υπάρχουν τα *αμφιλεγόμενα* παιδιά, εκείνα, δηλαδή, που κατονομάζονται εξίσου ως επιθυμητά και ως ανεπιθύμητα.

Πολλοί ερευνητές έχουν εξετάσει μια ορισμένη μορφή που μπορεί να λάβουν οι σχέσεις με τους συνομηλίκους: τις παιδικές φιλίες και τη σημασία τους. Οι φιλικές σχέσεις επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία, την ακαδημαϊκή επίδοση και την αυτοεκτίμηση των παιδιών (Vandell & Hembree, 1994). Χαρακτηρίζονται, μάλιστα, από μεγάλη οικειότητα, η οποία φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα του παιδιού και στη γενικότερη προσαρμογή του (Buhrmester, 1990).

Κατά τους Pellegrini και Blatchford (2000) (στο Αναγνωστάκη, 2008), η σημασία των φιλικών σχέσεων των παιδιών στα πλαίσια του σχολείου έγκειται στα εξής σημεία: Τα παιδιά αποκτούν κοινωνικές δεξιότητες, μαθαίνουν ευκολότερα και γίνονται περισσότερο δημιουργικά μέσω της συνεργασίας και της αλληλοβοήθειας. Επομένως, η φιλία επιδρά θετικά και στη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών. Επιπλέον, οι φίλοι αποτελούν πηγή συναισθηματικής στήριξης απέναντι σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Τέλος, οι φιλικές σχέσεις συμβάλλουν στην ακαδημαϊκή και κοινωνική προσαρμογή στο σχολείο, αλλά και αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία

θα αναπτυχθούν οι μετέπειτα σχέσεις των παιδιών και λειτουργούν ως πρότυπο για αυτές. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά στη σημασία που έχει η ποιότητα των φιλικών σχέσεων των παιδιών. Σύμφωνα με τους Parker και Asher (1983), η «κακής ποιότητας» φιλικές σχέσεις στην παιδική ηλικία συνοδεύονται από συναισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής δυσαρέσκειας. Επίσης, η κακή ποιότητα των φιλικών σχέσεων των παιδιών επηρεάζει τη σχολική τους προσαρμογή. Όπως αναφέρει η Αναγνωστάκη (2008), τα παιδιά με κακή ποιότητα φιλικών σχέσεων επενδύουν λιγότερο στη σχολική μάθηση και παρουσιάζουν περισσότερες διαταρακτικές συμπεριφορές.

Συμπερασματικά, οι φιλίες και οι θετικές σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες απέναντι στα προβλήματα και τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Παρακάτω γίνεται επισκόπηση των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν το ρόλο της κοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών στη γενικότερη προσαρμογή τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ**

Είναι εδώ και καιρό αποδεκτό ότι η κοινωνικότητα των παιδιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική και εκπαιδευτική τους προσαρμογή (Kohlberg, LaCrosse & Ricks, 1972. Havighurst, Bowman, Liddle, Mathews & Pierce, 1962). Για παράδειγμα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι τα παιδιά που εμφανίζουν συνεργατική, φιλική και κοινωνική συμπεριφορά είναι αποδεκτά από τους συνομηλίκους και τους ενήλικες και επιτυγχάνουν κατά την ακαδημαϊκή τους πορεία σχολείο (Wentzel, 1991. Rubin & Daniels-Beimess, 1983). Σε αντίθεση, τα παιδιά που εμφανίζουν κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές, όπως επιθετικότητα, συχνά απορρίπτονται από τους άλλους και βασανίζονται από άλλες δυσκολίες κοινωνικο-συναισθηματικής προσαρμογής (Rubin, Chen & Hymel, 1993. Kupersmidt, Coie & Dodge, 1990. Green, Forehand, Beck & Vosk, 1980). Μεγαλύτερης σημασίας είναι η διαπίστωση ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται με μεταγενέστερη κοινωνική και συναισθηματική αδυναμία προσαρμογής (Farrington, 1991. Caspi, Elder & Bem, 1987) και με την ακαδημαϊκή αποτυχία (Morison & Masten, 1991. Parker & Asher, 1987).

Αυτά τα ευρήματα φαίνεται να άπτονται όλων των πολιτισμών. Για παράδειγμα, οι Chen και Rubin ανέφεραν πρόσφατα ότι θετική κοινωνική και φιλική συμπεριφορά συνδέεται θετικά με την αποδοχή από τους συνομηλίκους, ενώ η επιθετικότητα συσχετίζεται θετικά με την απόρριψη από τους συνομηλίκους σε δείγματα παιδιών ηλικίας 6 έως 10 ετών που κατοικούν στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας (Chen & Rubin, 1992. Chen, Rubin & Sun, 1992). Παρόμοια ευρήματα προέρχονται από ερευνητικά προγράμματα στη Βόρεια και Νότια Ευρώπη (Dekovic & Janssens, 1991. Fonzi & Menesini, 1991 Cillessen & Ferguson, 1989).

Κάποιες άλλες ερευνητικές προσπάθειες οδηγούνται από έναν αριθμό θεωρητικών μοντέλων που αφορούν τις διαδικασίες με τις οποίες οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον γενικότερα μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές συμπεριφορές και ικανότητες των παιδιών (Chen & Rubin, 2013, Conger, Elder, Lorenz, Conger, Simons, Whitbeck, Huck & Melby, 1990).

Αυτά τα θεωρητικά μοντέλα υποστηρίζονται από εμπειρικά ευρήματα. Για παράδειγμα, οι ερευνητές έχουν δείξει ότι (α) η θετική γονεϊκή συμπεριφορά, συνδέεται με την συνεργατική συμπεριφορά των παιδιών (π.χ., Bryant & Crockenberg, 1981; Feshback, 1978) και (β) η γονεϊκή εχθρότητα και η παραμέληση προβλέπει δυσπροσαρμοστικές, δυσλειτουργικές συμπεριφορές, όπως την επιθετικότητα (Vuchinich, Bank & Patterson, 1992. Patterson, Capaldi & Bank, 1991. Dishion, 1990. Olweus, 1980). Η βιβλιογραφία σχετικά με τις κοινωνικοποιητικές συμπεριφορές και την ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού έχει επίσης αποδείξει ότι οι εμπειρίες της ζωής μπορεί να αποτελέσει ένα στήριγμα ή ένα εμπόδιο στη θετική άσκηση του γονεϊκού ρόλου. Για παράδειγμα η κακή οικονομική κατάσταση αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα που επηρεάζει τη γονεϊκή συμπεριφορά (Weiss, Dodge, Bates & Pettit, 1992. Lempers, Clark-Lempers & Simons, 1989. Elder, Nguyen & Caspi, 1985. Elder, 1974). Παρόλο που υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο στον πολιτισμό όσο και στην οικογενειακή δομή των πολιτών της Κίνας σε σχέση με πολίτες του Δυτικού κόσμου (η περισσότερες οικογένειες στην Κίνα δεν έχουν πάνω από ένα παιδί) αποδεικνύεται ότι και σε αυτό το πλαίσιο ο παράγοντας της οικονομικής κατάστασης και πιο συγκεκριμένα τα ζητήματα στέγασης επηρεάζουν αρνητικά τους Κινέζους γονείς (Chen & Rubin, 2013).

Επιπλέον, ένα στοιχείο που επηρεάζει τη συμπεριφορά των γονέων είναι τα συστήματα υποστήριξης που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία καθώς και η ποιότητα της συζυγικής σχέσης (Jennings, Stagg & Connors, 1991. Cox, Owen, Lewis & Henderson, 1989. Jouriles, Pfiffner & O'Leary, 1988. Goldberg & Easterbrooks, 1984. Conger, McCarty, Young, Lahey & Kropp, 1984).

Όσον αφορά συγκεκριμένα τη γονεϊκή αποδοχή ή απόρριψη έχει αποδειχτεί ότι τα παιδιά που βιώνουν την απόρριψη από τους γονείς τους αναμένεται να αναπτύξουν μια αρνητική κοσμοθεωρία. Ειδικότερα, πρόσφατες και παλαιότερες έρευνες συνδέουν την γονεϊκή απόρριψη κατά την παιδική ηλικία με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την χαμηλή αυτοεπάρκεια στην ενήλικη ζωή (Ansari & Qureshi 2013. Khaleque & Rohner, 2011. Hewitt, 2009, Hetherington & Parke, 1986, Rohner, 1986). Ακόμη με βάση τα αποτελέσματα ερευνών σε έναν πληθυσμό παιδιών αμερικανικής και κορεατικής καταγωγής φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο στην γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη παίζει το επάγγελμα της μητέρας τους και η κοινωνική τάξη, αφού τα παιδιά που προέρχονται από μεσαία κοινωνικά στρώματα αποδείχθηκαν πιο αποδεκτά από τις μητέρες τους σε σχέση με τα παιδιά εργατικών και χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Σε άμεση συνάρτηση με βρίσκονται τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στην Κολομβία. Εκεί τα παιδιά που προέρχονται από κατώτερα κοινωνικά στρώματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς και στοιχεία παραβατικότητας, κυρίως λόγω της φτώχειας και της έντονης εγκληματικότητας που χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο μέρος. Ωστόσο η γονεϊκή αγάπη, φροντίδα και γενικά η αποδοχή λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την κατεύθυνση των παιδιών προς τη μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Lila, Garcia & Garcia, 2007).



Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθούν τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στο Κουβέιτ το 2008 σε ενήλικο πληθυσμό. Η έρευνα αφορά την αντίληψη της συζυγικής αποδοχής-απόρριψης τόσο από τους άντρες όσο και από τις γυναίκες. Το Κουβέιτ είναι μια περιοχή με χαρακτηριστικά ερήμου, δηλαδή πολύ υψηλές θερμοκρασίες και λίγες βροχές. Ακόμη πρόκειται για ένα ισλαμικό κράτος, όπου η γυναίκα κατέχει υποδεέστερη θέση και παρά το ότι έχουν γίνει βήματα προόδου πρόκειται για ένα συντηρητικό καθεστώς με τεράστιες πολιτιστικές και πολιτισμικές αποστάσεις από τις χώρες του δυτικού κόσμου. Ωστόσο, τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες του δείγματος που λαμβάνουν τη συζυγική αποδοχή δηλώνουν πως στην παιδική τους ηλικία γίνονταν επίσης αποδεκτοί και από τους γονείς τους. Βιώνοντας λοιπόν την αποδοχή ως παιδιά αλλά και ως ενήλικες η ψυχολογική τους προσαρμογή είναι ομαλότερη. Αντίθετως, οι άνδρες και οι γυναίκες που γίνονται αντικείμενα απόρριψης από τους συζύγους τους παρουσιάζονται πιο αγχώδεις, λυπημένοι και σε γενικές γραμμές δυστυχημένοι (Rohner & Melendez, 2008. Parmar, Imbrahim, Rohner, 2008. Parmar & Rohner 2005).

Παρά τις ποικίλες πολιτισμικές διαφορές, πλήθος ερευνών ανά τον κόσμο έχει δείξει ότι η γονεϊκή αποδοχή έχει θετική επίδραση στην ανάπτυξη των παιδιών (Rohner, 2009. Wu & Chao, 2005. Rohner & Rohner, 1981). Αντίθετα, η γονεϊκή απόρριψη φαίνεται να έχει μια παγκόσμιου χαρακτήρα αρνητική σύνδεση με την κακή ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών (Rohner, Khaleque, & Cournoyer, 2009. Khaleque & Rohner, 2002a). Από την άλλη μεριά ο έλεγχος της συμπεριφοράς των παιδιών από τους γονείς δεν έχει τα ίδια αποτελέσματα. Έρευνες δείχνουν ότι η ανεκτικότητα ή η αυστηρότητα των γονέων οδηγεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά και προβλήματα συμπεριφοράς (Aunola & Nurmi, 2005. Steinberg, 2005. Barber & Olsen, 1997). Άλλες φορές πάλι ο έλεγχος από τους γονείς εκλαμβάνεται ως απόρριψη από τα παιδιά και τους εφήβους (Rohner & Khaleque, 2005).

Η δύναμη της αποδοχής και της απόρριψης φαίνεται και από στοιχεία ερευνών που πραγματεύονται την αποδοχή-απόρριψη από τους εκπαιδευτικούς. Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι η αντίληψη της αποδοχής από τους εκπαιδευτικούς οδηγεί στην ανάπτυξη μεγαλύτερου ενδιαφέροντος για τα σχολικά θέματα, δίνει θετικά κίνητρα για καλή σχολική πορεία και συντελεί στην καλά αυτοεικόνα των παιδιών και ιδιαίτερα στις πιο μικρές ηλικίες (Garcia-Reid, 2007. Harter, 1996. Roeser, Midgley, & Urban, 1996. Wentzel, 1994, 1997). Σημαντικά όμως είναι τα ευρήματα έρευνας που συγκρίνει την αντίληψη της αποδοχής-απόρριψης από τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς από τα παιδιά. Η έρευνα έδειξε ότι η πλειοψηφία των παιδιών που αισθάνονται αποδεκτά από τους γονείς τους έχει την ίδια εικόνα και για τους εκπαιδευτικούς (Tulviste & Rohner, 2010). Η συγκεκριμένη έρευνα έλαβε χώρα στην Εσθονία, όπου κατά γενική ομολογία ο έλεγχος της συμπεριφοράς από της μητέρες είναι αυστηρός και αντίστοιχα η σχολική διαδικασία χαρακτηρίζεται δασκαλοκενρική με αυστηρό πρόγραμμα. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι τα αγόρια από την Εσθονία στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι απορρίπτονται τόσο από τους γονείς όσο και από τους εκπαιδευτικούς τους, γεγονός που συνδέεται με το μεγάλο τους ποσοστό σε χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Αντίθετα τα κορίτσια αισθάνονται αποδεκτά από γονείς και εκπαιδευτικούς και έχουν καλύτερη σχολική πορεία (Tulviste & Rohner, 2010). Αυτή η διαφορά που αφορά το φύλο των νέων ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κορίτσια δίνουν μεγαλύτερη σημασία και εκτιμούν περισσότερο τα άτομα με τα οποία έχουν στενές σχέσεις (Roche, Ahmed, & Blum, 2008. McDermott et al., 1983).

Ξεχωριστή θέση στην παραβατικότητα κατέχει η κατάχρηση ουσιών. Η γονεϊκή απόρριψη –όπως προβλέπει η Θεωρία Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης- μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους και τους νέους στην εξάρτηση από ουσίες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κατάχρηση ουσιών λειτουργεί ως «αμυντικός μηχανισμός» που ανακουφίζει τους χρήστες από αισθήματα κατάθλιψης, μοναξιάς, χαμηλής αυτοεκτίμησης και γονεϊκής απόρριψης (Brook, Whiteman, Brook & Gordon, 1981. Kandel, Kessler & Marguiles, 1978. Hirsh & Imhof, 1975. Baer & Corado, 1974). Σε άλλες έρευνες αναφέρεται ότι οι νέοι που προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες χρεώνουν τη γονεϊκή απόρριψη στον εαυτό τους ως προσωπική αποτυχία και οδηγούνται στη χρήση ουσιών (Melody, 1988. Marcus & Tisne, 1987. Baasel, 1986. Botvin, 1986). Χαρακτηριστικά σε έρευνα που έγινε σε νεαρούς συστηματικούς χρήστες ουσιών οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κατά την παιδική τους ηλικία οι μητέρες τους ήταν ψυχρές, ανεύθυνες και μη προστατευτικές και οι πατεράδες τους επιθετικοί, βίαιοι και εχθρικοί (Shedler & Block, 1990).

Έρευνα που διεξήχθη σε Έλληνες της Κύπρου συμβαδίζει επίσης με τα προβλεπόμενα της Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης. Η συντριπτική πλειοψηφία (98%) των παιδιών ηλικίας 9 έως 16 ετών στην Κύπρο φαίνεται ότι βιώνει αγάπη, φροντίδα και γενικότερα αποδοχή από τους γονείς τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη θετική ψυχολογική και κοινωνική τους προσαρμογή καθώς εμφανίζουν υψηλή αυτοεκτίμηση και θετική κοσμοθεωρία. Όσον αφορά τους ενήλικες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ένα ποσοστό Κύπριων ανδρών φάνηκε να έχει τάση προς την επιθετικότητα/εχθρότητα. Σημαντικό είναι πως αυτοί οι άνδρες απάντησαν θετικά σε ερωτήσεις που αφορούσαν με την απόρριψη κατά την παιδική τους ηλικία (α. Καταστάσεις κατά τις οποίες το παιδί νιώθει ότι οι γονείς του είναι κακοί, εχθρικοί ή θυμωμένοι απέναντί του και β. Καταστάσεις κατά τις οποίες το παιδί αισθάνεται ότι οι γονείς του έχουν την πρόθεση να το βλάψουν –σωματικά ή λεκτικά). Σε γενικές γραμμές όμως ο πληθυσμός της Κύπρου βρίσκεται στο έδαφος της αποδοχής (Demetriou & Christodoulides, 2011).

Όταν ο Λακάν περιγράφει το “σύμπλεγμα της παρείσφρησης”, αναφέρεται “στην εμπειρία που βιώνει το υποκείμενο, όταν βλέπει έναν ή περισσότερους από τους ομοίους του να συμμετέχουν στην οικιακή σχέση, ή για να το πούμε διαφορετικά, όταν γνωρίζει αδελφούς”. Ο Λακάν επίσης, παραθέτει ένα πολύ ενδιαφέρον απόσπασμα από τις “Εξομολογήσεις” του Αγ. Αυγουστίνου σχετικά με την παιδική ζήλια: “είδα με τα μάτια μου, λέει ο Αγ. Αυγουστίνος, και παρατήρησα καλά έναν μικρό, θύμα της ζήλιας. Δεν μιλούσε ακόμα και δεν κατάφερνε παρά να ωχριά μπροστά στο πικρό θέαμα του μικρού αδελφού” (Lacan, 2001).

Οι αδελφικές σχέσεις παρέχουν ένα σημαντικό πλαίσιο για την κατανόηση της ανάπτυξης του κοινωνικού, συναισθηματικού, ηθικού και γνωστικού κόσμου των παιδιών (Volling, Kennedy, Jackey, 2010. Howe, Petrakos, Rinaldi, LeFebvre, 2005). Ειδικότερα, τα αδέλφια παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατανόησης του νου των άλλων, δηλαδή την κατανόηση των συναισθημάτων, των σκέψεων, των προθέσεων και των απόψεων (Howe, Ross, Recchia, 2011. Dunn, 2002).

Ειδικότερα, η παρούσα κατανόηση αποκαλύπτεται κατά τη διάρκεια επεισοδίων με πειράγματα, του παιχνιδιού ρόλων, την επίλυση συγκρούσεων, τη διδασκαλία, καθώς και μέσω της χρήσης της συναισθηματικής και ψυχικής γλώσσας κατά τη διάρκεια συζητήσεων (Kramer, 2014. Howe, Ross, Recchia, 2011. Hughes, Fujisawa, Ensor, Lecce, Marfleet, 2006. Dunn, 2002). Τα αδέρφια που επιδίδονται συχνά σε παιχνίδια ρόλων επιδεικνύουν μεγαλύτερη κατανόηση των συναισθημάτων και της σκέψης των άλλων, παρουσιάζουν ενδείξεις δημιουργικότητας σε θέματα παιχνιδιού και χρήσης αντικειμένων και είναι πιο πιθανό να κατασκευάσουν κοινές έννοιες στο παιχνίδι (Cutting, Dunn, 2006. Howe, Petrakos, Rinaldi, LeFebvre, 2005. Howe, Petrakos, Rinaldi, 1998). Ατομικές διαφορές στα παιχνίδια ρόλων και τη διαχείριση των συγκρούσεων είναι δυνατό να προβλέψουν την κοινωνική αντίληψη των παιδιών στην πάροδο του χρόνου (Kramer, 2014. Youngblade, Dunn, 1995. Corter, Abramovitch, Pepler, 1983), τις δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων στην ηλικία των έξι (Herrera, Dunn, 1997) και την προσαρμογή στην πρώτη σχολική ηλικία (Donelan-McCall, Dunn, 1998).

Ένας σημαντικός τομέας της έρευνας σχετίζεται με τις αδελφικές συγκρούσεις και τους καλύτερους τρόπους παρέμβασης των γονέων όταν τα παιδιά διαφωνούν. Οι αδελφικές συγκρούσεις μπορεί να είναι συχνές (Ross, Filyer, Lollis, Perlman, Martin, 1994. Dunn, Munn, 1986), να επιλύονται με κακό τρόπο (Siddiqui, Ross, 1999. Vuchinich, 1987) και μερικές φορές πολύ επιθετικές (Abramovitch, Corter, Pepler, Stanhope, 1986), βίαιες (Steinmetz, 1987) ή ακόμα και κακοποιητικές (Wiehe, 1997). Οι αδελφικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία συνδέονται επίσης με τη φτωχότερη προσαρμογή τόσο στο παιδικό παρόν (Buist, Dekovic, Prinzie, 2013) αλλά και αργότερα στη ζωή. Για παράδειγμα, τα ακραία επίπεδα αδελφικών συγκρούσεων στην παιδική ηλικία σχετίζονται με μετέπειτα βίαιες τάσεις στην ενήλικη ζωή (Gully, Dengerink, Pepping, Bergstrom, 1981). Τα υψηλά επίπεδα της σύγκρουσης μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματικά όταν συνοδεύονται από μια απουσία αδελφικής ζεστασιάς (McGuire, McHale, Updegraff, 1996). Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα ευρήματα, δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι οι αδελφικές συγκρούσεις συνιστούν πηγή ανησυχίας για τους γονείς (Kramer, Baron, 1995) κυρίως όσον αφορά τον καλύτερο τρόπο παρέμβασης. Από την μία, η επίλυση των συγκρούσεων μπορεί να στερήσει από τα παιδιά την ευκαιρία να αναπτύξουν στρατηγικές για την επίλυση των συγκρούσεων και μπορεί να κάνει πραγματικά τις συγκρούσεις χειρότερες (Brody, Stoneman, 1987. Felson, 1983). Από την άλλη πλευρά, η παρέμβαση μπορεί μερικές φορές να βοηθήσει στο να γίνουν οι συγκρούσεις λιγότερο έντονες και να οδηγήσει σε μια πιο εποικοδομητική επίλυση (Recchia, Howe, 2009. Perlman, Ross, 1997). Αν και οι περισσότεροι γονείς παρεμβαίνουν με το να αποφασίζουν ποιος έχει δίκιο και ποιος άδικο (Ross, Martin, Perlman, Smith, Blackmore, Hunter, 1997), ορισμένες πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι είναι προτιμότερο οι γονείς να λειτουργούν ως διαμεσολαβητές στους αδελφικούς καυγάδες και να μην παίρνουν θέση υπέρ του ενός ή του άλλου (Ross, 2014. Siddiqui, Ross, 2004). Μέσω της διαδικασίας διαπραγμάτευσης και ακόμη αφήνοντας το τελικό ψήφισμα στα χέρια των ίδιων των παιδιών, οι παρεμβάσεις αυτές προτείνουν έναν πολλά υποσχόμενο τρόπο για την

βελτίωση των αποτελεσμάτων των συγκρούσεων, ενώ ταυτόχρονα βοηθούν τα παιδιά να κατανοήσουν ο ένας τον άλλο και να αναπτύξουν πιο επικοινωνιακές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Όταν οι γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους με διαφορετικό τρόπο απ' ευθείας επηρεάζουν, την ανταπόκριση, τον έλεγχο, την πειθαρχία και την παρεμβατικότητα στα δύο παιδιά. Οι αδελφικές σχέσεις είναι πιθανό να γίνουν πιο συγκρουσιακές και λιγότερο φιλικές (Meunier, Roskam, Stievenart, Van, Browne, Wade, 2012. Brody, 1998. Volling, 1997. Volling, Belsky, 1992), αλλά μόνο αν τα παιδιά δουν τις διαφορές αυτές στην αντιμετώπιση των γονέων ως άδικες (Kowal, Kramer, Krull, Crick, 2002. Kowal, Kramer, 1997). Γενικότερα, η αδελφική ζήλια στην προσχολική ηλικία συνδέεται με χαμηλότερη ποιότητα στις αδελφικές σχέσεις αργότερα στη παιδική ηλικία (Kolak, Volling, 2011).

Τα πρωτότοκα αδέλφια ασχολούνται με την ηγεσία, τη διδασκαλία, τη φροντίδα, και βοηθούν στην κατανομή ρόλων, ενώ τα δευτερότοκα αδέλφια είναι πιο πιθανό να μιμηθούν, να ακολουθούν, να έχουν τον ρόλο του μαθητή, και να αποζητούν τη φροντίδα και τη βοήθεια (White, Ensor, Marks, Jacobs, Hughes, 2014. Klein, Feldman, Zarur, 2002. Azmitia, Hesser, 1993. Abramovitch, Corter, Pepler, Stanhope, 1986). Τα νεότερα αδέλφια συχνά μιμούνται τη γλώσσα και τις δράσεις του μεγαλύτερου παιδιού κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγής, η οποία είναι ένας τρόπος για να καθορίσει κοινές έννοιες σχετικά με την πορεία του αδελφικού παιχνιδιού (Barr, Hayne, 2003. Abramovitch, Corter, Pepler, Stanhope, 1986. Dunn, Kendrick, 1982) αποδεικνύει την ικανότητά του να διδάξουν ο ένας τον άλλον κατά τη διάρκεια της ημι-δομημένης εργασίας, αλλά και κατά τη διάρκεια της εν εξελίξει αλληλεπίδρασης ενώ παίζουν μαζί στο σπίτι (Prime, Perlman, Tackett, Jenkins, 2014. Howe, Della Porta, Recchia, Funamoto, Ross, 2013. Howe, Recchia, DellaPorta, Funamoto, 2012. Howe, Recchia, 2009. Klein, Feldman, Zarur, 2002), λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τη γνώση και κατανόηση του αδελφού. Κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, τα αδέλφια μπορούν να λειτουργήσουν ως πηγές υποστήριξης κατά τη διάρκεια της φύλαξης από άλλους όταν η μητέρα είναι απύσχα για σύντομο χρονικό διάστημα 8,92 και στη μέση της παιδικής ηλικίας τα αδέλφια μπορεί να παρέχουν υποστήριξη κατά τη διάρκεια αγχωτικών οικογενειακών εμπειριών (Gass, Jenkins, Dunn, 2007. Jenkins, 1992). Οι φυσικές διαφορές δύναμης που προκύπτουν από τη διαφορά ηλικίας μεταξύ των αδελφών σημαίνει ότι τα δύο παιδιά είναι πιθανό να έχουν διαφορετικές εμπειρίες στην οικογένεια. Για παράδειγμα, τα δευτερότοκα παιδιά έχουν το πλεονέκτημα της μάθησης από τα μεγαλύτερα αδέλφια, γεγονός που μερικές φορές οδηγεί στην πρώιμη ανάπτυξη των παιδιών που έχουν έρθει δεύτερα στην ζωή σε κάποιες περιοχές (Perner, Ruffman, Leekam, 1994).

Αν και οι μεγαλύτερες αδελφές είναι πιο πιθανό να εμπλακούν στη φύλαξη και στη φροντίδα του σπιτιού από ό, τι οι μεγαλύτεροι αδελφοί (White, Ensor, Marks, Jacobs, Hughes, 2014. Garner, Jones, Miner, 1994), υπάρχουν λίγες συνέπειες από τις

διαφορές του φύλου ή τη διαφορά ηλικίας στις αδελφικές σχέσεις στην πρώιμη παιδική ηλικία. Καθώς τα δευτερότοκα αδέλφια γίνονται πιο κατανοητά ως προς το λόγο ή τη σκέψη τους και κοινωνικά αρμόδια κατά τα πρώτα χρόνια, αρχίζουν να λαμβάνουν πιο ενεργό ρόλο στις αδελφικές αλληλεπιδράσεις, για παράδειγμα στην έναρξη περισσότερων παιχνιδιών (Dunn, Creps, 1996). Έτσι, η προηγούμενη ανισότητα δύναμης που υπάρχει μεταξύ των αδελφών φαίνεται να έχει μικρότερη σημασία καθώς τα αδέλφια μεγαλώνουν και οι αλληλεπιδράσεις γίνονται περισσότερο δίκαιες (Harrist, Achacoso, John, Pettit, Bates, Dodge, 2014. Volling, Kennedy, Jackey, 2010. Volling, 2003).

Υπάρχει συνέχεια στην ποιότητα των αδελφικών σχέσεων κατά τα πρώτα παιδικά χρόνια και από την πρώτη στη μέση παιδική ηλικία και από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και ιδιαίτερα από την εφηβεία στην ενηλικίωση (Gamble, Yu, 2014. Howe, Fiorentino, Gariepy, 2003. Dunn, Slomkowski, Beardsall, 1994. Stillwell, Dunn, 1985). Ωστόσο, οι μεγάλες ατομικές διαφορές στην ποιότητα των αδελφικών σχέσεων έχουν τεκμηριωθεί σε πολλές μελέτες που αναφέρονται εδώ, οι οποίες μπορεί επίσης να επηρεαστούν από άλλους παράγοντες, όπως την ιδιοσυγκρασία ή το προφίλ των παιδιών (Dunn, 2002. Brody, 1998. Youngblade, Dunn, 1995).

Η ευαισθησία στην ανατροφή των παιδιών προϋποθέτει ότι οι ενήλικες χρησιμοποιούν αναπτυξιακά κατάλληλες στρατηγικές για τα παιδιά διαφορετικών ηλικιών. Οι γονεϊκές στρατηγικές για τη διαχείριση των αδελφικών συγκρούσεων, ιδιαίτερα την προώθηση της εποικοδομητικής (π.χ., διαπραγμάτευση και δίκαιες αποφάσεις) έναντι καταστροφικές (π.χ., χρήση της δύναμης και της επιθετικότητας) στρατηγικές, είναι ζωτικής σημασίας για την εκμάθηση ενός παιδιού στο πώς να τα συνυπάρχει ομαλά και θετικά με τους άλλους. Οι επιπτώσεις των υπηρεσιών και της πολιτικής δείχνουν ότι ορισμένοι γονείς μπορεί να χρειαστούν βοήθεια με αυτά τα θέματα και υπάρχει ανάγκη για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης τόσο για τους γονείς όσο και για τα αδέλφια (Kramer, 2014. Kramer, 2004). Σίγουρα γνωρίζουμε από έρευνες ότι οι παρεμβάσεις για την εκπαίδευση των γονέων πάνω στη μεσολάβηση των αδελφικών καυγάδων μπορεί να είναι επιτυχής (Siddiqui, Ross, 2004. Smith, 2004), αλλά η μείωση των συγκρούσεων γενικά δεν συνδέεται με την αύξηση των προκοινωνικών αδελφικών αλληλεπιδράσεων (Kramer, 2004). Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους γονείς να αναπτύξουν καλύτερες στρατηγικές κατευθυντήριες γραμμές, αλλά δεν είναι άμεσα στοχευμένες στις αδελφικές σχέσεις. Ωστόσο, ένα πολλά υποσχόμενο πρόγραμμα παρέμβασης κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο την αύξηση θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παιδιών είχε ως αποτέλεσμα την επιτυχή βελτίωση της ποιότητας των αδελφικών σχέσεων και τη ρύθμιση συγκινησιακών δεξιοτήτων (Kramer, 2010. Kramer, 2004. Kramer, 1997). Είναι σαφές, ωστόσο, ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση αδελφικών σχέσεων είναι ένας τομέας για μελλοντικές εργασίες τόσο από τις υπηρεσίες όσο και από την πολιτική προοπτική.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1. Μεθοδολογία

##### 1.1. Σκοπός και σπουδαιότητα της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην ανίχνευση της γονεϊκής αποδοχής στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία και πώς αυτή επηρεάζει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους. Η γονεϊκή αποδοχή με τα αίτια και τις επιδράσεις της αποτελούν ερευνητικό ζητούμενο από τη δεκαετία του 1960 μέχρι και έχουν διερευνηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο ώστε να καλύπτονται οι διαφορές των εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικών πλαισίων στα οποία εντάσσεται κάθε φορά η οικογένεια. Από την άλλη μεριά οι ψυχοκοινωνικές δυνατότητες και αδυναμίες στις ευαίσθητες ηλικίες της παιδικής και εφηβικής περιόδου αποτελούν διαχρονικό προβληματισμό των ερευνητών με την ανάδειξη ολοένα αυξανόμενων προβλημάτων συναισθήματος και νέων ζητημάτων διαγωγής (π.χ. bullying).

Εντούτοις, δεν έχει γίνει καμία έρευνα σχετική με τη γονεϊκή αποδοχή σε πληθυσμό που να αφορά την αναπηρία, δηλαδή δεν υπάρχει συμπερασματολογία για τα άτομα που έχουν άμεση επαφή και πόσο μάλλον στενή συγγένεια με άτομο με αναπηρία και πως το ζήτημα αυτό επηρεάζει τη ζωή τους. Επίσης, οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες συσχετίζουν την γονεϊκή αποδοχή με μια συγκεκριμένη παράμετρο κοινωνικής συμπεριφοράς και όχι με ένα σύνολο κατηγοριών που μπορεί να εντοπίσουν ή να αποκλίσουν την υποψία παθολογίας σε παιδιά και εφήβους.

Επιπλέον, είναι ενδιαφέρον να εξετάσει κανείς συγκριτικά τις ομοιότητες και τις διαφορές των δυο προαναφερθέντων παραγόντων (γονεϊκή αποδοχή-κοινωνικές δυνατότητες και αδυναμίες) ανάμεσα στα αδέρφια παιδιών με διάφορα είδη αναπηρίας. Ειδικότερα στην παρούσα ερευνητική εργασία έχουν επιλεγθεί οι ακόλουθες ομάδες αδελφών παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση, με οπτική αναπηρία, με ακουστική αναπηρία. Αφού μελετηθεί κάθε ομάδα ξεχωριστά στην συνέχεια ακολουθεί σύγκριση ανάμεσα στις ομάδες αναπηρίας αλλά και ανάμεσα στις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία και αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών.

Τέλος, εξετάζεται ο ρόλος ορισμένων ακόμα παραγόντων όπως είναι το φύλο, η ηλικία των αδελφών παιδιών με αναπηρία, η ύπαρξη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά άλλων αδελφών, η ομιλητική και κινητική ικανότητα του ανάπηρου αδελφού, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασία της μητέρας, η οικογενειακή κατάσταση των συζύγων και η συμβίωση με έμμεσους συγγενείς, η παρακολούθηση και οι ώρες αφιέρωσης σε αυτήν ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και θεραπειών από το παιδί με αναπηρία, η προσφερόμενη βοήθεια και ο χρόνος παιχνιδιού μόνο του αλλά και μαζί με φίλους από τον τυπικώς αναπτυσσόμενο

αδελφό προς τον ανάπηρο αδελφό. Συγκεκριμένα παρουσιάζει ενδιαφέρον να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε προαναφερόμενος παράγοντας επιδρά στην αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής από τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία και στις δυνατότητες και αδυναμίες τους.

## 1.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

- Σε ποιο βαθμό η ύπαρξη ενός ανάπηρου αδελφού επηρεάζει την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής των παιδιών και τις κοινωνικές τους δυνατότητες και δυσκολίες;
- Υπάρχει διαφορά στην επίδραση που ασκείται στα αδέλφια από τα διαφορετικά είδη αναπηρίας;
- Σε ποιο βαθμό το φύλο και η ηλικία του τυπικώς αναπτυσσόμενου αδελφού επηρεάζει την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής;
- Σε ποιο βαθμό η ύπαρξη, το φύλο και η ηλικία άλλων αδελφών επηρεάζει τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονται συμπεριφορά των γονιών τους;
- Η λεκτική επικοινωνία και η κινητική ανεξαρτησία των παιδιών με αναπηρία αποτελούν παράγοντες επίδρασης στις δυνατότητες και τις δυσκολίες των αδελφών τους;
- Η λεκτική επικοινωνία και η κινητική ανεξαρτησία των παιδιών με αναπηρία επηρεάζουν την αντίληψη των αδελφών τους σχετικά με τη γονεϊκή αποδοχή;
- Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του επαγγέλματος της μητέρας με την γονεϊκή αποδοχή που λαμβάνουν τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία και πώς αυτές οι παράμετροι επιδρούν στις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών;
- Η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων/θεραπειών από τα παιδιά με αναπηρία και οι ώρες που απαιτούνται για την πραγμάτωσή τους αποτελούν παράγοντα επίδρασης για την γονεϊκή αποδοχή των αδελφών παιδιών με αναπηρία;
- Η συμβίωση και με τους δυο γονείς επηρεάζει την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής και τις δυνατότητες των αδελφών παιδιών με αναπηρία;
- Σε ποιο βαθμό η συγκατοίκηση με έμμεσους συγγενείς (γιαγιά, παππούς, θείοι κ.τ.λ) επηρεάζει τη γονεϊκή αποδοχή και τις δυνατότητες των αδελφών παιδιών με αναπηρία;
- Η προσφορά βοήθειας στο παιδί με αναπηρία επηρεάζει τη γονεϊκή αποδοχή;
- Ο χρόνος παιχνιδιού μεταξύ του παιδιού με αναπηρία και του τυπικώς αναπτυσσόμενου αδελφού επηρεάζουν τη γονεϊκή αποδοχή;

- Το παιχνίδι του παιδιού με αναπηρία μαζί με τον τυπικώς αναπτυσσόμενο αδελφό του και τους φίλους του επιδρούν στη γονεϊκή αποδοχή;
- Ποιος είναι ο ρόλος της γονεϊκής αποδοχής στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων και των δυσκολιών των αδελφών παιδιών με αναπηρία;

### 1.3. Ερευνητικό εργαλείο

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) σταθμισμένα ερωτηματολόγια:

A) Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης για παιδιά [Children Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (Child PARQ) – preliminary]

B) Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών για παιδιά και εφήβους (την έκδοση που συμπληρώνουν τα παιδιά/οι έφηβοι)

Επίσης οι εξεταζόμενοι συμπλήρωσαν ερωτήσεις σχετικές με το φύλο, την ηλικία, το είδος της αναπηρίας του αδελφού/ής, την ύπαρξη άλλου/ης αδελφού/ής, το φύλο και την ηλικία του/της, την ικανότητα του ανάπηρου αδελφού στην ομιλία, την ικανότητα του ανάπηρου αδελφού στην κίνηση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, την εργασία της μητέρας, τη συνύπαρξη και των δύο γονέων, τη συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς, την απασχόληση του ανάπηρου αδελφού με θεραπείες και προγράμματα, τις ώρες που αφιερώνονται σε αυτά, το αν και κατά πόσο βοηθά, παίζει και μοιράζεται την παρέα του με τον άναπηρο αδελφό του.

Για την αξιολόγηση της αντίληψης της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης από τα παιδιά χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης για παιδιά (Child PARQ) (Ronald P. Rohner, 1976, revised, 2005. Δημητρίου & Χριστοδουλίδης 2006). Αποτελείται από 60 ερωτήσεις οι οποίες κατανέμονται σε 4 κλίμακες: (1) κλίμακα γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (warmth/affection), που περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις, (2) κλίμακα γονεϊκής επιθετικότητας/εχρικότητας (aggression/hostility), που περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις, (3) κλίμακα γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (neglect/indifference), που περιλαμβάνει επίσης 15 ερωτήσεις και (4) κλίμακα απόρριψης (rejection) που περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις.

Το άτομο καλείται να απαντήσει τα ερωτήματα αναλογιζόμενο τη συμπεριφορά της μητέρας τους απέναντί του (όπου μητέρα τοποθετείται ο εκάστοτε κύριος φροντιστής του παιδιού/εφήβου). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1-2-3-4) η οποία αντιστοιχεί στις απαντήσεις «σχεδόν πάντα», «μερικές φορές», «σπάνια», «σχεδόν ποτέ».

Για την αξιολόγηση των δυνατοτήτων και δυσκολιών κοινωνικής φύσης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών. Συγκεκριμένα



επιλέχθηκε η έκδοση για παιδιά και εφήβους, καθώς υπάρχει και έκδοση για γονείς και εκπαιδευτικούς. Αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες ταξινομούνται σε 5 κλίμακες: (1) Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά, (2) Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής, (3) Διαταραχές Συναισθήματος, (4) Σχέσεις με τους συνομηλίκους και (5) Διαταραχές Διαγωγής. Η κάθε κλίμακα αποτελείται από 5 ερωτήσεις.

Το άτομο καλείται να απαντήσει τα ερωτήματα-προτάσεις αναλογιζόμενο τη δική του συμπεριφορά, στάση, σκέψεις και συναισθήματα. Περισσότερο πρόκειται για πιο στοχευμένο τρόπο διερεύνησης των ανησυχιών που αφορούν στο παιδί/έφηβο και μια αφορμή για συγκεκριμένη αξιολόγηση και κατανόηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών τους.

#### **1.4. Επιλογή δείγματος - Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων**

Προκειμένου να μελετηθεί και να διερευνηθεί η γονεϊκή αποδοχή και οι κοινωνικές δυνατότητες και δυσκολίες των αδελφιών παιδιών με αναπηρία, πραγματοποιήθηκε εμπειρική μελέτη κατά το έτος 2016. Στην έρευνα συμμετείχαν αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ως ομάδα ελέγχου. Τα αδέρφια που συμμετείχαν στην έρευνα εντοπίστηκαν κυρίως μέσω συλλόγων, οργανωμένων φορέων, φροντιστηρίων και ειδικών εκπαιδευτηρίων αλλά και μέσω ειδικών σχολείων στην περιοχή των Ιωαννίνων καθώς και στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Άρτα και την Ηγουμενίτσα.

Αρχικά οι γονείς των παιδιών ενημερώνονταν σχετικά με το σκοπό της έρευνας και εφόσον ανταποκρίνονταν θετικά και δινόταν η συγκατάθεσή τους ενημερώνονταν και τα αδέρφια. Χορηγούνταν ένα ανώνυμο, γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωναν είτε επί τόπου είτε στο σπίτι. Κατά τη συλλογή των δεδομένων διασφαλιζόταν για ακόμα μια φορά στις οικογένειες η ανωνυμία τους και η ενημέρωσή τους για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η διαδικασία συλλογής του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε κατά το έτος 2016. Ειδικότερα από τον Ιανουάριο του 2016 διανεμήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο σε αδέρφια παιδιών με αναπηρία και σε αδέρφια παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2016. Συγκεκριμένα, από ένα αρχικό δείγμα διακοσίων (200) ερωτηματολογίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα εκατόν πενήντα (150) ερωτηματολόγια. Κατόπιν έγινε ταξινόμηση και συστηματική καταγραφή με βάση τις πέντε ομάδες αδελφιών (αδέρφια παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση, με τύφλωση, με κώφωση, με τυπική ανάπτυξη), καθώς και με βάση δημογραφικές μεταβλητές. Εκτός από το φύλο και την ηλικία εξετάζονται επίσης το είδος της αναπηρίας και η ηλικία του ανάπηρου αδελφού, η ύπαρξη, η ηλικία και το φύλο άλλου αδελφού στην οικογένεια, οι ικανότητες των ανάπηρων αδελφών στην ομιλία και την κίνηση, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα της μητέρας (ή του κύριου φροντιστή του παιδιού), το αν οι δυο γονείς μένουν μαζί ή αν

υπάρχει συγκατοίκηση με έμμεσους συγγενείς (γιαγιά, παππούς, θείοι-ες κ.τ.λ.), οι θεραπείες / τα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα / εξωσχολικές δραστηριότητες και οι ώρες που αφιερώνονται σ' αυτές από τον αδελφό με αναπηρία καθώς και το αν τα αδέρφια βοηθούν τον αδελφό με αναπηρία, αν παίζουν μαζί του και αν είναι επιθυμητός στην παρέα τους.

### 1.5. Δείγμα

Η έρευνα είχε ως υποκείμενα εκατόν πενήντα (150) παιδιά και εφήβους (αγόρια και κορίτσια) από διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Το δείγμα περιέλαβε εκατόν είκοσι (120) παιδιά και εφήβους που είχαν αδέρφια με αναπηρία (30 αδέρφια παιδιών με αυτισμό, 30 αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, 30 αδέρφια παιδιών με οπτική αναπηρία, 30 αδέρφια παιδιών με ακουστική αναπηρία) και τριάντα (30) αδέρφια παιδιών με τυπική ανάπτυξη, τα οποία αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν κατ' ιδίαν από τα παιδιά, μετά από συνεννόηση με τους υπεύθυνους του εκάστοτε φορέα ή κατόπιν προσωπικής επικοινωνίας της ερευνήτριας με τις οικογένειες και τα ίδια τα παιδιά.

### 1.6. Δομή Δείγματος

Η δομή του δείγματος των αδελφών παιδιών με αναπηρία περιλαμβάνει τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό (30), τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση (30), τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση (30), τα αδέρφια παιδιών με κώφωση (30) και αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία που αποτελούν την ομάδα ελέγχου (30). Ακόμα περιλαμβάνουν: το φύλο, την ηλικία, την ηλικία του ανάπηρου αδελφού, την ύπαρξη, το φύλο και την ηλικία άλλων αδελφών, την κινητική ανεξαρτησία του παιδιού με αναπηρία, την καθαρότητα του λόγου του παιδιού με αναπηρία, το μορφωτικό επίπεδο και την εργασία της μητέρας, τη διαμονή και με τους δυο γονείς ή και με άλλους συγγενείς, την παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα παιδιά με αναπηρία και την παρακολούθηση εξωσχολικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης καθώς και τις ώρες που αφιερώνονται σ' αυτά, τη βοήθεια προς τον αδελφό, το παιχνίδι με τον αδελφό και το παιχνίδι με τον αδελφό και φίλους μαζί.

Αναλυτικά όσον αφορά τα αδέρφια παιδιών με **αυτισμό** μοιράζονται σε 12 αγόρια και 18 κορίτσια. Ως προς την ηλικία τους 1 είναι ηλικίας 8-10 ετών, 12 είναι ηλικίας 11-13 ετών, 6 είναι 14-16 ετών και 11 είναι 17-18 ετών. Αναφορικά με την ηλικία του παιδιού με αυτισμό στις ηλιακές κατηγορίες 0-3 και 16-22 δεν περιλαμβάνεται κανείς. 6 ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 4-7, και 12 στις ομάδες 8-11 και 12-15. Στην ύπαρξη άλλων αδελφών 5 απάντησαν Ναι, 24 Όχι και 1 δεν απάντησε. Από τα πέντε αδέρφια αυτιστικών παιδιών που δήλωσαν ότι είχαν και άλλα αδέρφια τα 2 είναι αγόρια και τα τρία κορίτσια ηλικίας όλα 0-3 ετών. Ως προς την κίνηση 12 είναι ανεξάρτητοι και 18 εν μέρει ανεξάρτητοι. Ως προς την ομιλία 12 μιλάν καθαρά, 4 δεν

τα καταλαβαίνουν όλα και 14 δεν καταλαβαίνουν τίποτα. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας 2 ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 16 Λυκείου και 12 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Όσον αφορά στην εργασία της μητέρας 24 από αυτές είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, 3 Ιδιωτικοί Υπάλληλοι και 3 Άνεργες. Στην ερώτηση για τη διαμονή και με τους δυο γόνεις τα 25 αδέρφια παιδιών με αυτισμό απάντησαν Ναι και τα υπόλοιπα 5 Όχι. Στο αν συγκατοικούν και με άλλους συγγενείς 8 από τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό απάντησαν Ναι και 22 Όχι. Όλα τα παιδιά με αυτισμό παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα/θεραπείες (30) εκ των οποίων 4 από αυτά 1-2 ώρες την εβδομάδα, 21 3-4 ώρες και 5 5-6 ώρες. Στο κατά πόσο βοηθούν τα αδέρφια τους με αυτισμό 3 παιδιά απάντησαν Καθόλου, 13 Λίγο, 3 Πολύ και 4 Πάρα Πολύ. Στο κατά πόσο παίζουν με τα αδέρφια τους με αυτισμό 7 παιδιά απάντησαν Λίγο, 8 Πολύ και 15 Πάρα Πολύ.

Τα αδέρφια παιδιών με **νοητική υστέρηση** χωρίζονται σε 15 αγόρια και 15 κορίτσια. 8 από αυτά έχουν ηλικία 8-10, άλλα 8 11-13, 7 από αυτά είναι ηλικίας 14-16 και τα τελευταία 7 17-18. Όσον αφορά την ηλικία των παιδιού με νοητική υστέρηση 7 από αυτά είναι 4-7 ετών, 9 είναι ηλικίας 12-15 και 14 ηλικίας 16-22. Από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση 7 από αυτά δήλωσαν ότι έχουν και άλλα αδέρφια και 23 από αυτά ότι δεν έχουν. Από αυτά τα 3 είναι αγόρια και 4 κορίτσια. Ηλικιακά αυτά τα παιδιά ανήκουν και τα 7 στην ηλικιακή κατηγορία των 8-11 ετών. Αναφορικά με την κινητική ικανότητα των παιδιών με νοητική υστέρηση 7 από αυτά είναι κινητικά ανεξάρτητα, 8 εν μέρει ανεξάρτητα και 15 κινητικά εξαρτημένα. Ως προς την ομιλία τους τα παιδιά με νοητική υστέρηση κατατάσσονται ως εξής: 1 μιλάει καθαρά, 25 μιλάν σχεδόν καθαρά και 4 έχουν ακατάληπτο ή καθόλου λόγο. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας χωρίζεται σε 11 μητέρες αποφοίτους Γυμνασίου, 12 Λυκείου και 7 ΑΕΙ/ΤΕΙ. η εργασία της μητέρας των αδελφών παιδιών με νοητική υστέρηση μοιράζεται σε 8 Δημόσιους Υπαλλήλους, 6 Ιδιωτικούς υπαλλήλους και 16 Άνεργες. Από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα 21 ζουν και με τους δυο γονείς τους ενώ τα 9 όχι. Επίσης 16 από αυτά μένουν και με άλλους συγγενείς ενώ 14 όχι. Όλα τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση δήλωσαν πως τα αδέρφια τους παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα/θεραπείες (30). 4 από αυτά αφιερώνουν 1-2 ώρες εβδομαδιαία, τα 21 αφιερώνουν 3-4 ώρες και 5 από αυτά 5-6 ώρες. Ακόμη στην ερώτηση σχετικά με τη βοήθεια προς τον αδελφό με νοητική υστέρηση 24 παιδιά δήλωσαν ότι βοηθούν τα αδέρφια τους Πολύ και 6 Πάρα Πολύ.. επιπλέον, 14 από αυτά δήλωσαν πως παίζουν λίγο με τον αδελφό τους και 16 ότι παίζουν πού.

Αναφορικά με τα αδέρφια παιδιών με **τύφλωση** 12 από αυτά είναι αγόρια και 18 κορίτσια. Από αυτά τα 12 είναι ηλικίας 8-10 ετών, τα 7 είναι 11-13 ετών, τα 5 είναι 14-16 ετών και τα 6 είναι 17-18 ετών. Αναφορικά με τα παιδιά με τύφλωση 5 είναι ηλικίας 8-10 ετών, 12 είναι 12-15 ετών και 13 είναι 16-22 ετών. Όλα τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση (30) δήλωσαν ότι δεν έχουν άλλα αδέρφια. Επίσης όλα τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση (30) δήλωσαν πως τα αδέρφια τους είναι κινητικά εν μέρει ανεξάρτητα και ότι έχουν καθαρή ομιλία. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο

της μητέρας 6 από αυτές έχουν απολυτήριο Γυμνασίου, 6 έχουν απολυτήριο Λυκείου και 18 έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ. από αυτές επίσης οι 21 είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, οι 6 είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι και οι 3 Άνεργες. Όλα τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση (30) ζουν με και με τους δυο γονείς τους και μόνο 1 δήλωσε ότι μένει και με άλλους συγγενείς ενώ οι άλλοι 29 απάντησαν όχι. Αναφορικά με τα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα τα 29 παιδιά δήλωσαν ότι ο αδελφός τους με τύφλωση παρακολουθεί ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα/θεραπίες και 1 όχι. Οι ώρες που αφιερώνονται σε αυτά είναι 1-2 για τα 19 παιδιά και 3-4 για τα υπόλοιπα 10. Από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα 6 δήλωσαν ότι βοηθούν τον αδελφό τους Λίγο και τα 23 Πολύ. Επίσης 7 παιδιά δήλωσαν ότι παίζουν Λίγο με τον αδελφό τους και τα 23 Πολύ. Τέλος, 7 από τα αδέρφια δήλωσαν ότι δεν παίζουν Καθόλου με τον αδελφό τους και τους φίλους τους μαζί, 16 Λίγο και άλλοι 7 Πολύ.

Τα αδέρφια παιδιών με **κώφωση** μοιράζονται σε 14 αγόρια και 16 κορίτσια. 6 από αυτά είναι ηλικίας 8-10 ετών, τα 7 είναι 11-13 ετών, τα 10 είναι 14-16 ετών και τα 7 είναι 17-18 ετών. Τα παιδιά με τύφλωση μοιράζονται σε 3 ηλικίας 0-3 ετών, 3 ηλικίας 4-7 ετών, 10 ηλικίας 8-11 ετών και 14 ηλικίας 12-15 ετών. Από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα 5 έχουν και άλλα αδέρφια και τα 25 δεν έχουν. Από αυτά τα 4 είναι κορίτσια και το 1 αγόρι. Και τα 5 ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 4-7 ετών. Αναφορικά με την κίνηση των παιδιών με κώφωση τα 27 είναι κινητικά ανεξάρτητα και 3 κινητικά εν μέρει ανεξάρτητα. Ως προς την ομιλία τους τα 14 αδέρφια δήλωσαν ότι δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο αδελφός τους ενώ τα 16 δεν καταλαβαίνει τίποτα. Στο μορφωτικό επίπεδο των μητέρων οι 23 έχουν απολυτήριο Λυκείου και οι 7 έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ. Και οι 30 μητέρες εργάζονται ως Δημόσιοι Υπάλληλοι. Επίσης, όλα τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία (30) δήλωσαν ότι μένουν και με τους δυο γονείς τους ενώ κανένα από αυτά δε συγκατοικεί με άλλους συγγενείς. 23 από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση δήλωσαν ότι τα αδέρφια τους ακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα/θεραπίες ενώ τα 7 όχι. Από αυτά και τα 23 αφιερώνουν σ' αυτού του είδους τα προγράμματα 3-4 την εβδομάδα. Από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα 2 δήλωσαν πως δε βοηθούν Καθόλου τον αδελφό τους, τα 11 Λίγο, τα 13 Πολύ και τα 4 Πάρα Πολύ. Όσο για το κατά πόσο παίζουν με τον αδελφό τους με κώφωση 3 παιδιά δήλωσαν ότι δεν παίζουν Καθόλου, 9 Λίγο, 13 Πολύ και 5 Πάρα Πολύ. Αναφορικά με το παιχνίδι με τον αδελφό με κώφωση μαζί με φίλους 7 παιδιά είπαν πως δεν παίζουν Καθόλου, 13 παίζουν Λίγο, 4 παίζουν Πολύ και 6 Πάρα Πολύ.

Τα αδέρφια παιδιών **χωρίς αναπηρία** που αποτελούν την **ομάδα ελέγχου** έχουν τα εξής χαρακτηριστικά. Ως προς το φύλο χωρίζονται σε 10 αγόρια και 20 κορίτσια. Τα 4 είναι ηλικίας 8-10 ετών, τα 6 είναι ηλικίας 11-13 ετών, τα 8 είναι ηλικίας 14-16 ετών και τα 12 17-18 ετών. Από αυτά τα 19 δήλωσαν πως έχουν περισσότερα από ένα αδελφό και τα 11 ότι δεν έχουν άλλα αδέρφια. Από αυτά 11 είναι αγόρια και τα 6 κορίτσια. Χωρίζονται σε ηλικιακές ομάδες ως εξής: 2 ηλικίας 4-7 ετών, 1 ηλικίας 8-11 ετών, 8 ηλικίας 12-15 ετών και 8 ηλικίας 16-22 ετών. Ως προς την κίνηση των αδελφών τους τα 29 παιδιά δήλωσαν ότι τα αδέρφια τους είναι κινητικά ανεξάρτητα και 1 ότι έχει κινητά εξαρτώμενο αδελφό. Ως προς την ομιλία, τα 29 παιδιά δήλωσαν

ότι καταλαβαίνουν όλα όσα λένε τα αδέρφια και 1 ότι δεν καταλαβαίνει όλα όσα λέει. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας χωρίζεται σε 1 που έχει τελειώσει το Γυμνάσιο, σε 4 που έχουν τελειώσει το Λύκειο και σε 24 που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. επίσης, 16 από τις μητέρες είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, 11 είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι και 3 Ανεργες. Η πλειοψηφία των παιδιών της ομάδας ελέγχου (27) μένουν και με τους δυο γονείς τους ενώ μόλις 3 δε μένουν και με τους δυο γονείς τους. Απο αυτούς αντίστοιχα οι 27 συγκατοικούν και με άλλους συγγενείς ενώ οι 3 όχι. 23 παιδιά από την ομάδα ελέγχου είπαν ότι τα αδέρφια τους παρακολουθούν εξωσχολικά προγράμματα/δραστηριότητες ενώ τα 3 όχι. Από αυτούς που παρακολουθούν οι 5 αφιερώνουν 1-2 ώρες εβδομαδιαία, οι 4 3-4 ώρες, οι 3 5-6 ώρες και οι 11 7-8 ώρες. Ακόμη ως προς την βοήθεια προς τον αδελφό, 2 παιδιά δήλωσαν ότι δε βοηθούν Καθόλου τον αδελφό τους, οι 11 είπαν ότι βοηθούν Λίγο, οι 13 Πολύ και οι 5 Πάρα Πολύ. Επίσης, 3 από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου είπαν ότι δεν παίζουν Καθόλου με τον αδελφό τους, οι 9 είπαν ότι παίζουν Λίγο, οι 13 είπαν ότι παίζουν Πολύ και οι 5 Πάρα Πολύ. Τέλος, αναφορικά με το παιχνίδι με τον αδελφό μαζί με φίλους τα παιδιά της ομάδας ελέγχου δήλωσαν οι 7 Καθόλου, οι 13 Λίγο, οι 4 Πολύ και οι 6 Πάρα Πολύ.

<b>Πίνακας 1α: Δομή δείγματος</b>						
		<b>Αυτισμός</b>	<b>Νοητική Υστέρηση</b>	<b>Τύφλωση</b>	<b>Κώφωση</b>	<b>Χωρίς αναπηρία</b>
		N	N	N	N	N
Φύλο	Αγόρι	12	15	12	14	10
	Κορίτσι	18	15	18	16	20
Ηλικία	8-10	1	8	12	6	4
	11-13	12	8	7	7	6
	14-16	6	7	5	10	8
	17-18	11	7	6	7	12
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	0	0	3	0
	4-7	6	7	0	3	4
	8-11	12	0	5	10	8
	12-15	12	9	12	14	7
	16-22	0	14	13	0	11
Άλλα Αδέρφια	Ναι	5	7	0	5	19
	Όχι	24	23	30	25	11
	3,00	1	0	0	0	0
Φύλο Άλλων Αδερφών	Αγόρι	2	3	0	1	11
	Κορίτσι	3	4	0	4	6
	3	0	0	0	0	2
Ηλικία Άλλων Αδερφών	0-3	5	0	0	0	0
	4-7	0	0	0	5	2
	8-11	0	7	0	0	1
	12-15	0	0	0	0	8
	16-22	0	0	0	0	8
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	12	7	0	27	29
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	18	8	30	3	0
	Κινητικά εξαρτώμενος από άλλους	0	15	0	0	1
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	12	1	30	0	29
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	4	25	0	14	1

Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	14	4	0	16	0
-------------------------------------	----	---	---	----	---

Πίνακας 1β: Δομή δείγματος						
		Αυτισμός	Νοητική Υστέρηση	Τύφλωση	Κώφωση	Χωρίς αναπηρία
		N	N	N	N	N
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	0	0	0	0
	Γυμνάσιο	2	11	6	0	1
	Λύκειο	16	12	6	23	4
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12	7	18	7	25
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	24	8	21	30	16
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	6	6	0	11
	Ανεργη	3	16	3	0	3
Διαμονή με δύο γονείς	Ναι	25	21	30	30	27
	Όχι	5	9	0	0	3
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	8	16	1	0	3
	Όχι	22	14	29	30	27
Εξωσχολικά Προγράμματα	Ναι					23
	Όχι					7
Ειδικά Εκπ. Προγρ. Θεραπείες	Ναι	30	21	29	23	
	Όχι	0	9	1	7	
Ώρες Παρακολούθησης	1-2	4	6	19	0	5
	3-4	21	7	10	23	4
	5-6	5	8	0	0	3
	7-8	0	0	0	0	11
Βοήθεια	Καθόλου	3	0	0	0	2
	Λίγο	13	0	6	7	11
	Πολύ	3	24	11	23	13
	Πάρα πολύ	11	6	13	0	4
Παιχνίδι	Καθόλου	0	0	6	0	3
	Λίγο	7	14	0	7	9
	Πολύ	8	16	11	23	13

	Πάρα πολύ	15	0	13	0	5
Παιχνίδι και με Φίλους	Καθόλου	6	15	6	7	7
	Λίγο	2	8	5	16	13
	Πολύ	18	7	6	7	4
	Πάρα πολύ	4	0	13	0	6

### 1.7. Στατιστική επεξεργασία

Για τη Στατιστική Επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το SPSS for Windows, version 21.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach  $\alpha$  ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας και υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951). Αλλιώς ονομάζεται και δείκτης εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient). Ο δείκτης αυτός μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσε να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό σύνολο θεμάτων τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Θεωρητικά μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα). Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας είναι οι παρακάτω:

- < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο
- 0.7 επαρκές
- 0.8 καλύτερο
- 0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Για την ανάλυση των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής, υπολογίζοντας τα περιγραφικά στοιχεία μέσος όρος, τυπική απόκλιση και εύρος τιμών.

Στηρίζομενοι στο Κεντρικό Οριακό Θεώρημα της Στατιστικής θεωρίας, δεχόμαστε ότι επειδή το δείγμα κάθε ομάδας παιδιών είναι ίσο με 30, η τιμή της μέσης τιμής θα ακολουθεί την κανονική κατανομή. Συνεπώς, στις συνεχείς μεταβλητές, για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσων μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Στην περίπτωση που οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova). Για να προβλέψουμε την τιμή μιας εξαρτημένης μεταβλητής με βάση τις τιμές ενός συνόλου ανεξάρτητων μεταβλητών, εφαρμόστηκε μια σειρά από αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης κατά βήματα.



Το επίπεδο σημαντικότητας  $p$  του ελέγχου ορίστηκε στις τιμές 0.05, 0.01 και 0.001. Οι τιμές του στατιστικού ελέγχου οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας  $p$  ονομάζονται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη διαφοράς ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας  $p$  μικρότερο των κρίσιμων τιμών προϋποθέτει ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο πιο στατιστικά σημαντική διαφορά υποδεικνύεται.

## Κεφάλαιο 2: Αποτελέσματα

### 2.1. Διερεύνηση δυνατοτήτων και δυσκολιών

Προκειμένου να διερευνηθούν οι δυνατότητες και οι δυσκολίες των συμμετεχόντων υπολογίστηκαν οι πέντε υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών καθώς και ο συνολικός δείκτης δυνατοτήτων και δυσκολιών ο οποίος προκύπτει από το σύνολο των τεσσάρων υποκλιμάκων που αναφέρονται στην Υπερκινητικότητα - Διάσπαση Προσοχής, στις Διαταραχές Συναισθήματος, στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους και στις Διαταραχές Διαγωγής.

Αρχικά, εκτιμήθηκε η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου βάσει του δείκτη  $\alpha$  του Cronbach. Συγκεκριμένα, ο δείκτης  $\alpha$  του Cronbach προέκυψε από πολύ έως πολύ υψηλός τόσο στην υποκλίμακα Θετικής Κοινωνικής Συμπεριφοράς όσο και στον Συνολικό δείκτη Δυνατοτήτων και Δυσκολιών σε κάθε ομάδα δείγματος. (Πίνακας 2)

**Πίνακας 2:** Συνοχή δεδομένων υποκλιμάκων ερωτηματολογίου δυνατοτήτων και δυσκολιών σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach  $\alpha$

	Αυτισμός	Νοητική	Κώφωση	Τύφλωσ η	Χωρίς Αναπηρί α	Αριθμός Ερωτήσε ων
	<b>Cronbach alpha</b>					
<b>Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά</b>	,853	,921	,846	,966	,792	5
<b>Συνολικός δείκτης Δυνατοτήτων και Δυσκολιών</b>	,955	,936	,902	,944	,793	20

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία μέσος όρος ( $M$ ) και τυπική απόκλιση ( $TA$ ) κάθε υποκλίμακας δυνατοτήτων και δυσκολιών σε κάθε ομάδα δείγματος ενώ ταυτόχρονα εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές στους μέσους όρους. Οι μέσοι όροι των υποκλιμάκων Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά,

Υπερκινητικότητα - Διάσπαση Προσοχής, Διαταραχές Συναισθήματος, Σχέσεις με τους Συνομηλίκους και Διαταραχές Διαγωγής έχουν ελάχιστη τιμή το 5 και μέγιστη το 15 καθώς προκύπτουν από το άθροισμα πέντε ερωτήσεων οι οποίες είναι σε τριβάθμια κλίμακα Likert. Ο μέσος όρος του Συνολικού Δείκτη ΕΔΔ έχει ελάχιστη τιμή το 20 και μέγιστη το 60 καθώς προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων υποκλιμάκων Υπερκινητικότητα - Διάσπαση Προσοχής, Διαταραχές Συναισθήματος, Σχέσεις με τους Συνομηλίκους και Διαταραχές Διαγωγής.

Από την Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) διαπιστώθηκε ότι το είδος αναπηρίας του αδερφού/ής επηρεάζει στατιστικά σημαντικά κάθε υποκλίμακα δυνατοτήτων και δυσκολιών και ειδικότερα τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,002<,01$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,001<,01$ ) και τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ ( $p=,001<,01$ ) (Πίνακας 3).

Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές που προέκυψαν μεταξύ των πέντε ομάδων του δείγματος, εφαρμόστηκε η μέθοδος πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni (Πίνακας 4). Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι: α) Η Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 13,27$  ,  $TA=2,07$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M = 11,23$  ,  $TA=2,80$ ), με νοητική υστέρηση ( $M = 9,67$  ,  $TA=2,48$ ), με τύφλωση ( $M = 9,67$  ,  $TA=2,44$ ) και με κώφωση ( $M = 9,93$  ,  $TA=2,32$ ). β) Η Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M = 10,23$  ,  $TA=2,96$ ) από την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M = 7,67$  ,  $TA=3,68$ ) και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 7,37$  ,  $TA=1,56$ ). γ) Οι Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 7,50$  ,  $TA=2,35$ ) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες από τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M = 8,97$  ,  $TA=1,65$ ), στα αδέρφια παιδιών με Νοητική Υστέρηση ( $M = 9,20$  ,  $TA=1,27$ ) και στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M = 9,60$  ,  $TA=1,04$ ). Επίσης, οι Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M = 9,60$  ,  $TA=1,04$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερες από τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M = 8,23$  ,  $TA=1,07$ ). δ) Οι Σχέσεις με τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M = 6,77$  ,  $TA=1,07$ ) και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 6,37$  ,  $TA=1,88$ ) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες από τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M = 8,27$  ,  $TA=2,13$ ) και στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M = 8,37$  ,  $TA=2,50$ ). ε) Οι Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M = 8,50$  ,  $TA=2,08$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερες από τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M = 6,60$  ,  $TA=1,77$ ) και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 7,03$  ,  $TA=1,56$ ). στ) Ο Συνολικός Δείκτης δυνατοτήτων και δυσκολιών στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M = 28,27$  ,  $TA=5,38$ ) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος από τον Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και

δυσκολιών στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση (M = 35,30 , TA=7,47) και στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση (M = 34,00 , TA=7,50).

**Πίνακας 3:** Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων δυνατοτήτων και δυσκολιών ανά ομάδα δείγματος και Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova).

	Είδος Αναπηρίας Αδερφού/ής										One way Anova	
	Αυτισμός		Νοητική Υστέρηση		Τύφλωση		Κώφωση		Χωρίς αναπηρία			
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	F	p
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	11,23	2,80	9,67	2,48	9,67	2,44	9,93	2,32	13,27	2,07	<b>12,138</b>	<b>,000</b>
Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής	7,67	3,68	9,33	2,90	8,60	3,65	10,23	2,96	7,37	1,56	<b>4,507</b>	<b>,002</b>
Διαταραχές Συναισθήματος	8,97	1,65	9,20	1,27	9,60	1,04	8,23	1,07	7,50	2,35	<b>8,670</b>	<b>,000</b>
Σχέσεις με τους Συνομηλίκους	7,23	1,59	8,27	2,13	8,37	2,50	6,77	1,07	6,37	1,88	<b>6,623</b>	<b>,000</b>
Διαταραχές Διαγωγής	6,60	1,77	8,50	2,08	7,43	1,50	7,77	1,76	7,03	1,56	<b>5,157</b>	<b>,001</b>
Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ	30,47	8,35	35,30	7,47	34,00	7,50	33,00	6,54	28,27	5,38	<b>4,726</b>	<b>,001</b>

**Πίνακας 4:** Αποτελέσματα πολλαπλών συγκρίσεων κάθε υποκλίμακας δυνατοτήτων και δυσκολιών με τη μέθοδο Bonferroni

	Είδος Αναπηρίας Αδερφού				
	Αυτισμός	Νοητική Υστέρηση	Τύφλωση	Κώφωση	Χωρίς αναπηρία
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά					A B C D
Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής				A E	
Διαταραχές Συναισθήματος	E	E	D E		
Σχέσεις με τους Συνομηλίκους		D E	D E		
Διαταραχές Διαγωγής		A E			
Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ		E	E		

Results are based on two-sided tests assuming equal variances with significance level ,05. For each significant pair, the key of the smaller category appears under the category with larger mean.

a. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

## 2.2. Διερεύνηση δυνατοτήτων και δυσκολιών ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Για τη διερεύνηση των δυνατοτήτων και δυσκολιών των συμμετεχόντων ανά δημογραφικό τους χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων όπου οι κατηγορίες των δημογραφικών χαρακτηριστικών είναι δύο. Στην περίπτωση που οι κατηγορίες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova). Ειδικότερα, στην Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα, όπου η κρίσιμη τιμή  $p$  είναι μικρότερη του .05 χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni για να διαπιστωθεί ποιες κατηγορίες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, όπου η τυπική απόκλιση όλων των μέσων όρων είναι μηδέν χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά κριτήρια (Kruskal Wallis) για τον εντοπισμό των διαφορών.

Τα αποτελέσματα λοιπόν που προέκυψαν ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό είναι τα ακόλουθα.

**Το φύλο**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,004<,01$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,003<,01$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αγόρια ( $M=8,17$ ,  $TA=1,03$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα κορίτσια ( $M=13,28$ ,  $TA=1,27$ ) ενώ παρουσιάζουν σε σχέση με τα κορίτσια σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=10,33$ ,  $TA=4,12$  και  $M=5,89$ ,  $TA=1,94$  αντίστοιχα), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=10,25$ ,  $TA=1,54$  και  $M=8,11$ ,  $TA=1,08$  αντίστοιχα), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=8,25$ ,  $TA=1,54$  και  $M=6,56$ ,  $TA=1,25$  αντίστοιχα), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=8,25$ ,  $TA=1,54$  και  $M=5,50$ ,  $TA=,79$  αντίστοιχα) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=37,08$ ,  $TA=8,75$  και  $M=26,06$ ,  $TA=4,24$  αντίστοιχα). (Πίνακας 5α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το φύλο επηρεάζει σχεδόν όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους πέραν της Υπερκινητικότητας-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,134>,05$ ). Δηλαδή στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,002<,01$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,001<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,019<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,004<,01$ ). Συγκεκριμένα, σε αντίθεση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα κορίτσια ( $M=8,33$ ,  $TA=,49$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αγόρια ( $M=11,00$ ,  $TA=2,95$ ) ενώ παρουσιάζουν σε σχέση με τα αγόρια σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=8,40$ ,  $TA=1,40$  αντίστοιχα), σημαντικά

υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,73$ ,  $TA=1,28$  και  $M=6,80$ ,  $TA=1,78$  αντίστοιχα), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,40$ ,  $TA=,91$  και  $M=7,60$ ,  $TA=2,53$  αντίστοιχα) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=39,27$ ,  $TA=,46$  και  $M=31,33$ ,  $TA=9,04$  αντίστοιχα). (Πίνακας 6α)

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 7α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,016<,05$ ) και την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,001<,01$ ). Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αγόρια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ( $M=11,00$ ,  $TA=3,11$ ) Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα κορίτσια ( $M=9,00$ ,  $TA=,00$ ) και σημαντικά χαμηλότερη ( $M=8,50$ ,  $TA=3,63$ ) Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής από ότι τα κορίτσια ( $M=11,75$ ,  $TA=,45$ ) (Πίνακας 8α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9α).

**Ως προς την ηλικία**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα προκύπτει ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 14 έως 16 ετών ( $M=7,50$ ,  $TA=1,22$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=10,67$ ,  $TA=2,06$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=14,00$ ,  $TA=,00$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 14 έως 16 ετών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=14,67$ ,  $TA=,82$ ) από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=6,58$ ,  $TA=,51$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=8,58$ ,  $TA=,51$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=6,17$ ,  $TA=1,03$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=7,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,67$ ,  $TA=0,82$ ) από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=6,58$ ,  $TA=,51$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό Δείκτη Δυνατοτήτων και Δυσκολιών ( $M=46,33$ ,  $TA=1,63$ ) από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=27,92$ ,  $TA=2,57$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=25,00$ ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 5α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, όπως και στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, η ηλικία προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=14,00$ ,  $TA=0,52$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,63$ ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=8,38$ ,  $TA=,74$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 17 έως 18 ετών παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=11,63$ ,  $TA=,52$ ) και 8 έως 10 ετών ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=9,63$ ,  $TA=,52$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,63$ ,  $TA=,52$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=8,38$ ,  $TA=,52$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=11,00$ ,  $TA=,00$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,88$ ,  $TA=,99$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=9,88$ ,  $TA=,35$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) και σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό Δείκτη Δυνατοτήτων και Δυσκολιών ( $M=22,00$ ,  $TA=,00$ ) από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=39,50$ ,  $TA=,53$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=39,50$ ,  $TA=,53$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=39,00$ ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 6α).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, όπως και στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και με νοητική υστέρηση, η ηλικία προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που είναι ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=13,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,08$ ,  $TA=2,57$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=9,00$ ,  $TA=,00$ ). Τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=10,50$ ,  $TA=3,83$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα - Διάσπαση Προσοχής από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=6,00$ ,  $TA=,00$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ). Τα

αδέλφια παιδιών με τύφλωση που είναι ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=10,33$ ,  $TA=,89$ ) και 11 έως 13 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 14 έως 16 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ). Αναφορικά με τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=,5,00$   $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα μικρότερης ηλικίας αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 14 έως 16 ετών( $M=7,00$ ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ) και 8 έως 10 ετών ( $M=10,83$ ,  $TA=1,64$ ). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 10 ετών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από όλα τα μεγαλύτερης ηλικίας αδέλφια παιδιών με τύφλωση. Ως προς τις Διαταραχές Διαγωγής τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,17$ ,  $TA=1,99$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής από τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=6,00$ ,  $TA=,00$ ). Τέλος, τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=39,83$ ,  $TA=7,79$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=31,00$ ,  $TA=,00$ ) και 17 έως 18 ετών ( $M=25,00$ ,  $TA=,00$ ). Επιπλέον, τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=25,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 14 έως 16 ετών ( $M=35,00$ ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 7α).

Στα αδέλφια παιδιών με κώφωση, όπως και στις υπόλοιπες ομάδες παιδιών, η ηλικία τους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Ειδικότερα, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=14,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=9,00$ ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=9,00$ ,  $TA=,00$ ). Επίσης, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής από τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=11,60$ ,  $TA=,52$ ). Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=7,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ). Επιπρόσθετα, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ). Ως προς τις Διαταραχές Διαγωγής τα αδέλφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$ )

παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ) .Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 17 έως 18 ετών ( $M=22,00$ , $TA=,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών ( $M=35,00$  ,  $TA=,00$ ), 11 έως 13 ετών ( $M=40,00$ ,  $TA=,00$ ) και 14 έως 16 ετών ( $M=34,60$ ,  $TA=,52$ ) (Πίνακας 8α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ηλικία δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9α).

**Ως προς την ηλικία του αδερφού/ης με αναπηρία**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Ειδικότερα παρατηρείται ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο/η αδελφός/ή με αυτισμό είναι ηλικίας 4 έως 7 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο/η αδελφός/ή με αυτισμό είναι ηλικίας 8 έως 11 ετών και 12 έως 15 ετών σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=7,50$  ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=13,67$  ,  $TA=1,15$  και  $M=10,67$  ,  $TA=2,06$ ), σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα ( $M=13,83$  ,  $TA=2,86$  έναντι  $M=5,67$  ,  $TA=2,31$  και  $M=6,58$  ,  $TA=,51$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=11,00$  ,  $TA=2,45$  έναντι  $M=8,33$  ,  $TA=1,15$  και  $M=8,58$  ,  $TA=,51$ ), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,33$  ,  $TA=1,63$  έναντι  $M=7,25$  ,  $TA=,87$  και  $M=6,17$  ,  $TA=1,03$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,33$  ,  $TA=1,63$  έναντι  $M=5,25$  ,  $TA=,87$  και  $M=6,58$  ,  $TA=,51$ ) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=43,50$  ,  $TA=8,57$  έναντι  $M=26,50$  ,  $TA=5,20$  και  $M=27,92$  ,  $TA=2,57$ ) (Πίνακας 5α).

Η ηλικία του παιδιού με νοητική υστέρηση προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών των αδελφών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 12 έως 15 ετών ( $M=12,89$ ,  $TA=2,20$ ) παρουσιάζουν σημαντική υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=8,43$ ,  $TA=,65$ ). Επίσης τα αδέρφια παιδιού με νοητική υστέρηση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=11,79$ ,  $TA=,43$ ) παρουσιάζουν σημαντική υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση προσοχής από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ) και 12 έως 15 ετών ( $M=6,56$ ,  $TA=3,09$ ). Ακόμη τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας



12 έως 15 ετών ( $M=7,67$ ,  $TA=1,32$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=9,79$ ,  $TA=,43$ ). Αντίστοιχα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 12 έως 15 ετών ( $M=5,89$ ,  $TA=1,76$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=11,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=8,43$ ,  $TA=,51$ ), σημαντικά χαμηλότερες ( $M=5,67$ ,  $TA=1,32$ ) Διαταραχές Διαγωγής από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=9,57$ ,  $TA=,76$ ) και σημαντικά χαμηλότερο ( $M=25,78$ ,  $TA=7,50$ ) Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 4 έως 7 ετών ( $M=39,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=39,57$ ,  $TA=,51$ ) (Πίνακας 6α).

Η ηλικία του παιδιού με τύφλωση προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών των αδελφών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=11,38$ ,  $TA=1,56$ ) παρουσιάζουν σημαντική υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 11 ετών ( $M=9,00$ ,  $TA=,00$ ) και 12 έως 15 ετών ( $M=8,08$ ,  $TA=2,57$ ). Επίσης τα αδέρφια παιδιού με τύφλωση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=5,54$ ,  $TA=,52$ ) παρουσιάζουν σημαντική χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση προσοχής από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 11 ετών ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$ ) και 12 έως 15 ετών ( $M=10,50$ ,  $TA=3,83$ ). Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος προκύπτει ότι διαφέρουν σημαντικά μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων των παιδιών με τύφλωση. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 12 έως 15 ετών ( $M=10,33$ ,  $TA=,89$ ) παρουσιάζουν τις υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος, ακολουθούν με σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=9,54$ ,  $TA=,52$ ) και τέλος τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 11 ετών ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$ ). Αντίστοιχα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 12 έως 15 ετών ( $M=10,83$ ,  $TA=1,64$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 8 έως 11 ετών ( $M=7,00$ ,  $TA=,00$ ) και 16 έως 22 ετών ( $M=6,62$ ,  $TA=1,56$ ). Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 12 έως 15 ετών παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες ( $M=8,17$ ,  $TA=1,99$ ) Διαταραχές Διαγωγής από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=6,54$ ,  $TA=,52$ ) και σημαντικά χαμηλότερο ( $M=39,83$ ,  $TA=7,79$ ) Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 16 έως 22 ετών ( $M=28,23$ ,  $TA=3,11$ ) (Πίνακας 7α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση η ηλικία του παιδιού με κώφωση προκύπτει ότι επηρεάζει σημαντικά μόνο την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής

( $p=,019<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιού με κώφωση ηλικίας 8 έως 11 ετών ( $M=11,60$ ,  $TA=,52$ ) παρουσιάζουν σημαντική υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση προσοχής από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ηλικίας 12 έως 15 ετών ( $M=8,50$ ,  $TA=3,63$ ) (Πίνακας 8α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ηλικία του παιδιού χωρίς αναπηρία δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9α).

**Η ύπαρξη άλλων αδελφών** στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,001<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που έχουν κι άλλα αδέρφια παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=7,60$ ,  $TA=1,34$  έναντι  $M=11,96$ ,  $TA=2,42$ ), σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=14,60$ ,  $TA=,89$  έναντι  $M=6,28$ ,  $TA=,51$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=12,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,36$ ,  $TA=,99$ ), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=6,68$ ,  $TA=1,07$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,60$ ,  $TA=,89$  έναντι  $M=6,00$ ,  $TA=1,19$ ) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=46,20$ ,  $TA=1,79$  έναντι  $M=27,32$ ,  $TA=4,68$ ) (Πίνακας 5α).

Ομοίως, και στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση η ύπαρξη άλλων αδελφών στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,001<,01$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,017<,05$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,001<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,001<,01$ ). Ειδικότερα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που έχουν κι άλλα αδέρφια παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,17$ ,  $TA=2,64$ ), σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=8,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,74$ ,  $TA=3,22$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,96$ ,  $TA=1,36$ ), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=11,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,43$ ,  $TA=1,70$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=10,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,04$ ,  $TA=2,18$ ) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=39,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=34,17$ ,  $TA=8,24$ ) (Πίνακας 6α).

Από τα συμμετέχοντα αδέρφια παιδιών με τύφλωση κανένα δεν έχει άλλα αδέρφια (Πίνακας 7α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση η ύπαρξη άλλων αδελφών προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,035<,05$ ) και την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,008<,01$ ). Ειδικότερα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που έχουν κι άλλα αδέρφια παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=9,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,12$  ,  $TA=2,51$  ) και σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=11,80$  ,  $TA=,45$  έναντι  $M=9,92$  ,  $TA=3,15$  ) (Πίνακας 8α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ύπαρξη άλλων αδελφών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,047<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που έχουν κι άλλα αδέρφια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=6,79$  ,  $TA=2,23$  έναντι  $M=5,64$  ,  $TA=,67$  ) (Πίνακας 9α).

Το φύλο όπως και η ηλικία των άλλων αδελφών, όπου υπάρχουν, δεν προέκυψε ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ( $p>,05$ ) καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών σε καμία από τις ομάδες του δείγματος.

**Η κινητική κατάσταση** του παιδιού με αναπηρία, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προέκυψε ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις Σχέσεις με τους συνομηλίκους ( $p=,001<,01$ ). Στην περίπτωση που τα παιδιά με αυτισμό είναι εν μέρει ανεξάρτητα τα αδέρφια τους παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που είναι κινητικά ανεξάρτητα ( $M=7,94$  ,  $TA=1,51$  έναντι  $M=6,17$  ,  $TA=1,03$  ).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η κινητική κατάσταση του παιδιού με νοητική υστέρηση προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια κινητικών ανεξάρτητων παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια εν μέρει κινητικών ανεξάρτητων παιδιών με νοητική υστέρηση και με τα αδέρφια κινητικά εξαρτώμενων παιδιών με νοητική υστέρηση σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M= 14,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,25$  ,  $TA=,71$  και  $M=8,40$  ,  $TA=,51$  ), σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,38$  ,  $TA=1,06$  και  $M=11,87$  ,  $TA=,35$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,88$  ,  $TA=,35$  και  $M=9,87$  ,  $TA=,35$  ), σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M= 5,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,75$  ,  $TA=,71$  και  $M=8,47$  ,  $TA=,52$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,00$  ,  $TA=,00$  ) και σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=39,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=39,53$  ,  $TA=,52$ ) (Πίνακας 6α)

Στην παρούσα έρευνα όλα τα παιδιά με τύφλωση δηλώθηκε από τα αδέρφια τους ότι είναι κινητικά ανεξάρτητα (Πίνακας 7α). Αντίστοιχα και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία σχεδόν όλα τα παιδιά χωρίς αναπηρία δηλώθηκε από τα αδέρφια τους ότι είναι κινητικά ανεξάρτητα (Πίνακας 9α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση η κινητική κατάσταση των παιδιών με κώφωση δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p>,05$ ) (Πίνακας 8α).

**Ως προς την ομιλία** του παιδιού με ή χωρίς αναπηρία, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όπου δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδελφός/η με αυτισμό παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που μιλάνε καθαρά και σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όπου δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όσα λέει ο/η αδελφός/η με αυτισμό: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=7,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,67$  ,  $TA=2,06$  και  $M=12,93$  ,  $TA=2,23$  ), σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=15,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=6,58$  ,  $TA=,51$  και  $M=6,50$  ,  $TA=3,30$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=12,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,58$  ,  $TA=,51$  και  $M=8,43$  ,  $TA=1,60$  ), σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=6,17$  ,  $TA=1,03$  και  $M=7,36$  ,  $TA=1,15$ ), σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=6,58$  ,  $TA=,51$  και  $M=5,64$  ,  $TA=1,50$  ) και σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=47,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=27,92$  ,  $TA=2,57$  και  $M=27,93$  ,  $TA=7,28$ ) (Πίνακας 5α).

Στην ομάδα του δείγματος που αφορά τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, στην πλειοψηφία τους δηλώθηκε ότι δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδελφός/η με νοητική υστέρηση. Επίσης, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικά διαφορά ( $p>,05$ ) στις δυνατότητες και δυσκολίες τους σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική τα οποία δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όλα λέει ο/η αδελφός/η με νοητική υστέρηση (Πίνακας 6α).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ομιλία είναι καθαρή στο σύνολο των αδερφών των συμμετεχόντων (Πίνακες 7α και 9α).

Τέλος , τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδελφός/η με κώφωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όσα λέει ο/η αδελφός/η με κώφωση σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=11,00$  ,  $TA=3,11$  έναντι

M=9,00 , TA=,00) και σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής (M=8,50 , TA=3,63 έναντι M=11,75 , TA=,45) (Πίνακας 8α).

**Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας** παρατηρείται ότι επηρεάζει σημαντικά τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των περισσότερων συμμετεχόντων.

Στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,009<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,026<,05$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,002<,01$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=13,67 , TA=1,15) παρουσιάζουν την υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ενώ ακολουθούν με στατιστικά σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=9,94, TA=2,29) και τέλος με την χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=7,00 , TA=,00). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=5,67 , TA=2,31) παρουσιάζουν την χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ενώ ακολουθούν με στατιστικά σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=8,25 , TA=3,40) και τέλος με την υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=15,00 , TA=,00). Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=8,33 , TA=1,15) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=9,06 , TA=1,65) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=12,00 , TA=,00). Στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=6,88 , TA=1,78) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M= 10,00, TA=,00). Στις Διαταραχές Διαγωγής, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=5,25 , TA=,87) παρουσιάζουν τις χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ενώ ακολουθούν με στατιστικά σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=7,19 , TA=1,47) και τέλος με τις υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=10,00 , TA=,00). Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=47,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=26,50 ,

TA=5,20) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=31,38 , TA=8,07) (Πίνακας 5β).

Αντίστοιχα, και στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=14,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=8,25 , TA=,45) και από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=8,45 , TA=,69). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=5,00 , TA=,00) παρουσιάζουν την χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ενώ ακολουθούν με στατιστικά σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=9,36 , TA=1,91) και τέλος με την υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=11,83 , TA=,39). Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=7,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=9,83 , TA=,39) και από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=9,91 , TA=,30). Στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=5,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ενώ ακολουθούν με στατιστικά σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=8,33 , TA=,49) και τέλος με την υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=10,27 , TA=1,01). Στις Διαταραχές Διαγωγής, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=5,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=9,67 , TA=,65) και από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=9,45 , TA=,93). Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M=22,00 , TA=,00) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό Δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου (M=39,67 , TA=,49) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου (M=39,00 , TA=,00) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,001<,01$ ). Ειδικότερα, προκύπτει ότι τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου ( $M=8,33$  ,  $TA=,82$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $M= 9,89$ ,  $TA=,96$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=14,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,70$  ,  $TA=,47$  ), σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=11,83$  ,  $TA=,39$  ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,61$  ,  $TA=,94$  ), σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,30$  ,  $TA=,47$  ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,61$  ,  $TA=,94$  ) και σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=36,35$  ,  $TA=2,50$  ) (Πίνακας 8β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9β).

**Η εργασία της μητέρας**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Ειδικότερα, παρατηρείται ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι Ιδιωτικός Υπάλληλος και σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι Άνεργη: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=12,17$  ,  $TA=2,24$  έναντι  $M=8,00$  ,  $TA=1,73$  και  $M=7,00$  ,  $TA=,00$  ), σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,92$  ,  $TA=,97$  έναντι  $M=14,33$  ,  $TA=1,15$  και  $M=15,00$  ,  $TA=,00$ ), σημαντικά

χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=8,21$  ,  $TA=,66$  έναντι  $M=12,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=12,00$  ,  $TA=,00$  ), σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=6,54$  ,  $TA=,83$  έναντι  $M=10,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,83$  ,  $TA=,87$  έναντι  $M=9,33$  ,  $TA=1,15$  και  $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ) και σημαντικά χαμηλότερες Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=26,50$  ,  $TA=2,30$  έναντι  $M=45,67$  ,  $TA=2,31$  και  $M=47,00$  ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 5β).

Ανάλογη εικόνα παρουσιάζουν και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση στα οποία επίσης η εργασία της μητέρας τους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι Ιδιωτικός Υπάλληλος και σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι Άνεργη παρουσιάζουν: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=13,25$  ,  $TA=2,12$  έναντι  $M=8,17$  ,  $TA=,41$  και  $M=8,44$  ,  $TA=,63$  ), σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,38$  ,  $TA=1,06$  έναντι  $M=11,83$  ,  $TA=,41$  και  $M=10,38$  ,  $TA=1,93$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,38$  ,  $TA=1,06$  έναντι  $M=9,83$  ,  $TA=,41$  και  $M=9,88$  ,  $TA=,34$  ), σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M= 5,75$ ,  $TA=,41$  έναντι  $M=8,17$  ,  $TA=,41$  και  $M=9,56$  ,  $TA=1,21$ ), σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,63$  ,  $TA=,41$  έναντι  $M=9,83$  ,  $TA=,41$  και  $M=9,44$  ,  $TA=,89$  ) και σημαντικά χαμηλότερες Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=24,13$  ,  $TA=6,01$  έναντι  $M=39,67$  ,  $TA=,52$  και  $M=39,25$  ,  $TA=,45$ ) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση η εργασία της μητέρας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση όλες οι μητέρες είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, συνεπώς δεν υπάρχουν στοιχεία για να διευκρινιστεί πώς η εργασία της μητέρας επηρεάζει τις δυνατότητες και δυσκολίες τους (Πίνακας 8β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η εργασία της μητέρας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9β).

**Η διαμονή και με τους δύο γονείς**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές



Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που μένουν και με τους δύο γονείς σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που δεν μένουν και με τους δύο γονείς παρουσιάζουν: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=12,08$  ,  $TA=2,23$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=6,20$  ,  $TA=1,71$  έναντι  $M=15,00$  ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=8,36$  ,  $TA=,99$  έναντι  $M=12,00$  ,  $TA=,00$  ), δ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=6,68$  ,  $TA=1,07$  έναντι  $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ), ε) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,92$  ,  $TA=,95$  έναντι  $M=10,00$  ,  $TA=,00$  ) και στ) σημαντικά χαμηλότερες Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=27,16$  ,  $TA=4,00$  έναντι  $M=47,00$  ,  $TA=,00$  ) (Πίνακας 5β).

Στα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση η διαμονή και με τους δύο γονείς προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ) και τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που μένουν και με τους δύο γονείς σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δεν μένουν και με τους δύο γονείς παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=8,24$  ,  $TA=2,83$  έναντι  $M=11,89$  ,  $TA=,33$ ) και σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=8,90$  ,  $TA=1,41$  έναντι  $M=9,89$  ,  $TA=,33$  ) και σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=33,52$  ,  $TA=8,36$  έναντι  $M=39,44$  ,  $TA=,53$  ) (Πίνακας 6β).

Στα αδέλφια παιδιών με τύφλωση και με κώφωση δεν προκύπτει θέμα επιρροής της διαμονής και με τους δύο γονείς καθώς όλοι οι συμμετέχοντες μένουν και με τους δύο γονείς. (Πίνακας 7β και 8β).

Στα αδέλφια παιδιών χωρίς αναπηρία η διαμονή και με τους δύο γονείς δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 9β).

**Η διαμονή και με άλλους συγγενείς**, στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,005<,01$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,004<,01$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,001<,01$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,003<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που δεν μένουν και με άλλους συγγενείς σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που μένουν και με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=12,50$  ,  $TA=2,04$  έναντι  $M=7,75$  ,  $TA=1,04$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=6,09$  ,  $TA=1,80$  έναντι  $M=12,00$  ,  $TA=4,14$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος

( $M=8,27$  ,  $TA=1,03$  έναντι  $M=10,88$  ,  $TA=1,55$  ), δ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=6,64$  ,  $TA=1,14$  έναντι  $M=8,88$  ,  $TA=1,55$ ), ε) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,77$  ,  $TA=,92$  έναντι  $M=8,88$  ,  $TA=1,55$  ) και στ) σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=26,77$  ,  $TA=4,12$  έναντι  $M=40,63$  ,  $TA=8,80$  ) (Πίνακας 5β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση η διαμονή και με άλλους συγγενείς προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά σχεδόν όλες (εκτός την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,100<,05$ )) τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,007<,01$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,001<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,012<,05$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,004<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δεν μένουν και με άλλους συγγενείς σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που μένουν και με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=11,07$  ,  $TA=3,05$  έναντι  $M=8,44$  ,  $TA=,63$ ), β) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=8,36$  ,  $TA=1,45$  έναντι  $M=9,94$  ,  $TA=,25$  ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M= 6,64$ ,  $TA=1,74$  έναντι  $M=9,69$  ,  $TA=1,25$ ), δ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=7,43$  ,  $TA=2,53$  έναντι  $M=9,44$  ,  $TA=,89$  ) και ε) σημαντικά χαμηλότερες Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=30,79$  ,  $TA=,45$  έναντι  $M=39,25$  ,  $TA=,45$  ) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, με κώφωση και χωρίς αναπηρία δεν προκύπτει ότι η διαμονή και με άλλους συγγενείς επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών. Το αποτέλεσμα ωστόσο αυτό προκύπτει κυρίως λόγω ότι σχεδόν στο σύνολο τους οι συμμετέχοντες αυτών των ομάδων δεν μένουν και με άλλους συγγενείς (Πίνακες 7β, 8β και 9β).

**Ως προς την παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων**, όλα τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και σχεδόν όλα τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση δήλωσαν ότι ο/η αδερφός/η με αυτισμό και με τύφλωση αντίστοιχα παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες. (Πίνακες 5β και 7β αντίστοιχα).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση προκύπτει ότι η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων από τα παιδιά με νοητική υστέρηση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδερφών τους ( $p=,017<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα οποία παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες ( $M=8,52$  ,  $TA=2,79$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα οποία δεν παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες ( $M=11,22$  ,  $TA=2,33$ ) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση προκύπτει ότι η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων από τα παιδιά με κώφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,035<,05$ ) και την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδελφών τους ( $p=,011<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία δεν παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=10,22$  ,  $TA=2,59$  έναντι  $M=9,00$  ,  $TA=,00$  ) και σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=9,78$  ,  $TA=3,25$  έναντι  $M=11,71$  ,  $TA=,49$  ) (Πίνακας 8β).

Αναφορικά με την παρακολούθηση εξωσχολικών προγραμμάτων από τα παιδιά χωρίς αναπηρία προκύπτει ότι δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δυνατότητες και δυσκολίες των συμμετεχόντων αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 9β).

**Οι ώρες που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες τα παιδιά με αυτισμό** προκύπτει ότι στα αδέρφια τους επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,022<,05$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,002<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,013<,05$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,006<,01$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,009<,01$ ). Συγκεκριμένα, όπου τα παιδιά με αυτισμό παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες από 1 έως 2 ώρες τα αδέρφια τους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα οποία παρακολουθούν αντίστοιχα 3 έως 4 ώρες και 5 έως 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M= 7,75$ ,  $TA=1,50$  έναντι  $M=11,76$  ,  $TA=2,61$  και  $M=11,80$  ,  $TA=2,68$ ), β) σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=13,25$  ,  $TA=3,50$  έναντι  $M=6,57$  ,  $TA=2,66$  και  $M=7,80$  ,  $TA=4,02$ ), γ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,00$  ,  $TA=2,00$  έναντι  $M=7,19$  ,  $TA=1,03$  και  $M=6,00$  ,  $TA=2,24$ ), δ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,00$  ,  $TA=2,00$  έναντι  $M=6,10$  ,  $TA=1,37$  και  $M=6,80$  ,  $TA=1,79$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=41,75$  ,  $TA=10,50$  έναντι  $M=28,57$  ,  $TA=5,98$  και  $M=29,40$  ,  $TA=9,84$ ) (Πίνακας 5β).

Οι ώρες που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες τα παιδιά με νοητική υστέρηση προκύπτει ότι στα αδέρφια τους επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα προκύπτει ότι όπου τα παιδιά με νοητική υστέρηση παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες από 3 έως 4 ώρες τα αδέρφια τους

παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα οποία παρακολουθούν αντίστοιχα 1 έως 2 ώρες και 5 έως 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=13,14$ ,  $TA=2,27$  έναντι  $M=8,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=8,38$ ,  $TA=,74$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,43$ ,  $TA=1,13$  έναντι  $M=8,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=11,63$ ,  $TA=,52$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,43$ ,  $TA=1,13$  έναντι  $M=10,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=9,63$ ,  $TA=,52$ ), δ) ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=5,86$ ,  $TA=2,27$  έναντι  $M=11,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=8,38$ ,  $TA=,52$ ), ε) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,71$ ,  $TA=1,89$  έναντι  $M=10,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=9,88$ ,  $TA=,35$ ) στ) και σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=24,43$ ,  $TA=6,43$  έναντι  $M=39,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=39,50$ ,  $TA=,53$ ) (Πίνακας 6β).

Οι ώρες που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες τα παιδιά με τύφλωση προκύπτει ότι στα αδέρφια τους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο/η αδερφός/ή με κώφωση παρακολουθεί ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες από 3 έως 4 ώρες (Πίνακας 8β).

Οι ώρες που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες τα παιδιά χωρίς αναπηρία προκύπτει ότι στα αδέρφια τους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους (Πίνακας 9β).

**Η βοήθεια στον/ην αδερφό/ή**, προκύπτει ότι στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,008<,01$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,026<,05$ ). Συγκεκριμένα τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δήλωσαν ότι βοηθούν πάρα πολύ τον/την αδερφό/ή τους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δήλωσαν ότι βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή τους: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=14,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,46$ ,  $TA=2,60$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,77$ ,  $TA=4,32$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,85$ ,  $TA=1,82$ ) και δ) σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=25,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=35,00$ ,  $TA=10,08$ ) (Πίνακας 5β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση η βοήθεια στον/ην αδερφό/ή, προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,009<,01$ ). Συγκεκριμένα τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δήλωσαν

ότι βοηθούν πάρα πολύ τον/την αδερφό/ή τους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δήλωσαν ότι βοηθούν πολύ τον/την αδερφό/ή τους σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής (M=12,00 , TA=,00 έναντι M=8,67 , TA=2,88) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση η βοήθεια στον/ην αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (p=,000<,001), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής (p=,000<,001), τις Διαταραχές Συναισθήματος (p=,000<,001), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους (p=,000<,001), τις Διαταραχές Διαγωγής (p=,000<,001) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών (p=,000<,001). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δήλωσαν ότι βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δήλωσαν ότι βοηθούν πολύ και πάρα πολύ τον/την αδερφό/ή: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (M=6,00 , TA=,00 έναντι M=9,64 , TA=1,57 και M=11,38 , TA=1,56), β) σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής (M=14,00 , TA=,00 έναντι M=9,27 , TA=2,87 και M=5,54 , TA=,52), γ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος (M=11,00 , TA=,00 έναντι M=8,91 , TA=1,04 και M=9,54 , TA=,52), δ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους (M=12,00 , TA=,00 έναντι M=8,45 , TA=1,81 και M=6,62 , TA=1,56), ε) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής (M=10,00 , TA=,00 έναντι M=7,09 , TA=1,04 και M=6,54 , TA=,52) και στ) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών (M=47,00 , TA=,00 έναντι M=33,73 , TA=2,57 και M=28,23 , TA=3,11) (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση η βοήθεια στον/ην αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (p=,000<,001), τις Διαταραχές Συναισθήματος (p=,000<,001), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους (p=,000<,001), τις Διαταραχές Διαγωγής (p=,000<,001) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών (p=,000<,001). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που δήλωσαν ότι βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που δήλωσαν ότι βοηθούν πολύ τον/την αδερφό/ή: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (M=8,00 , TA=,00 έναντι M=10,52 , TA=2,35), β) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος (M=10,00 , TA=,00 έναντι M=7,70 , TA=,47), γ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους (M=8,00 , TA=,00 έναντι M=6,39 , TA=,94), δ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής (M=10,00 , TA=,00 έναντι M=7,09 , TA=1,41) και ε) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών (M=40,00 , TA=,00 έναντι M=30,87 , TA=6,01) (Πίνακας 8β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία προκύπτει ότι όσα βοηθούν λίγο (M=12,00 , TA=2,65) ή καθόλου (M=12,00 , TA=2,83) τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη (p=0,024<,05) Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία που δήλωσαν ότι βοηθούν πολύ (M=14,15 , TA=,80) ή πάρα πολύ (M=14,50 , TA=,58) τον/την αδερφό/ή τους (Πίνακας 9β).

**Το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή ( $M=13,73$  ,  $TA=,46$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο ( $M=8,29$  ,  $TA=2,36$ ) ή πολύ ( $M=9,13$  ,  $TA=,35$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ και πάρα πολύ: α) σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=13,43$  ,  $TA=3,36$  έναντι  $M=7,13$  ,  $TA=,35$  και  $M=5,27$  ,  $TA=,46$ ), β) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=11,43$  ,  $TA=1,51$  έναντι  $M=8,63$  ,  $TA=1,06$  και  $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ) γ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,29$  ,  $TA=1,89$  έναντι  $M=6,88$  ,  $TA=,35$  και  $M=6,47$  ,  $TA=,92$ ), δ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,14$  ,  $TA=1,57$  έναντι  $M=6,88$  ,  $TA=,35$  και  $M=5,27$  ,  $TA=,46$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=43,29$  ,  $TA=8,20$  έναντι  $M=29,50$  ,  $TA=1,41$  και  $M=25,00$  ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 5β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,006<,01$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,004<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν πολύ: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=8,07$  ,  $TA=,27$  έναντι  $M=11,06$  ,  $TA=2,72$ ), β) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=9,86$  ,  $TA=,36$  έναντι  $M=8,63$  ,  $TA=1,50$ ) γ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,64$  ,  $TA=1,45$  έναντι  $M=7,06$  ,  $TA=1,91$  ), δ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,93$  ,  $TA=,27$  έναντι  $M=7,25$  ,  $TA=2,18$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=39,29$  ,  $TA=,47$  έναντι  $M=31,81$  ,  $TA=8,95$ ) (Πίνακας 6β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν

παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ και πάρα πολύ: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=6,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,64$  ,  $TA=1,57$  και  $M=11,38$  ,  $TA=1,56$ ), β) σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=14,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,27$  ,  $TA=2,87$  και  $M=5,54$  ,  $TA=,52$ ), γ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=11,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,91$  ,  $TA=1,04$  και  $M=9,54$  ,  $TA=,52$ ) δ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=12,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,45$  ,  $TA=1,81$  και  $M=6,62$  ,  $TA=1,56$ ), ε) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,09$  ,  $TA=1,04$  και  $M=6,54$  ,  $TA=,52$ ) και στ) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=47,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=33,73$  ,  $TA=2,57$  και  $M=28,23$  ,  $TA=3,11$ ) (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,52$  ,  $TA=2,35$ ), β) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,70$  ,  $TA=,47$ ), γ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=6,39$  ,  $TA=,94$ ), δ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,09$  ,  $TA=1,41$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=40,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=30,87$  ,  $TA=6,01$ ) (Πίνακας 8β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους (Πίνακας 9β).

Τέλος, **το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,001<,01$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο, πολύ και πάρα πολύ: α) σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=7,50$  ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=11,50$  ,  $TA=2,12$  ,  $M=12,06$  ,  $TA=2,51$  και  $M=13,00$  ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=14,67$  ,  $TA=,82$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=1,41$  ,  $M=5,78$  ,  $TA=1,00$  και  $M=6,00$  ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά

υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=12,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=1,41$  ,  $M=8,39$  ,  $TA=,50$  και  $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ) δ) σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=5,50$  ,  $TA=,71$  ,  $M=7,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=5,00$  ,  $TA=,00$ ), ε) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=9,67$  ,  $TA=,82$  έναντι  $M=6,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=5,78$  ,  $TA=1,00$  και  $M=6,00$  ,  $TA=,00$ ) και στ) σημαντικά υψηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=46,33$  ,  $TA=1,63$  έναντι  $M=25,50$  ,  $TA=,71$  ,  $M=26,94$  ,  $TA=2,51$  και  $M=25,00$  ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 5β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν λίγο και καθόλου : α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=14,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,25$  ,  $TA=,71$  και  $M=8,40$  ,  $TA=,51$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,38$  ,  $TA=1,06$  , και  $M=11,87$  ,  $TA=,35$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος ( $M=7,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,88$  ,  $TA=,35$  και  $M=9,87$  ,  $TA=,35$ ) δ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,75$  ,  $TA=,71$  και  $M=8,47$  ,  $TA=,52$ ), ε) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=10,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=9,33$  ,  $TA=,90$ ) και στ) σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=39,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=39,53$  ,  $TA=,52$ ) (Πίνακας 6β).

Το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους, στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,01$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο, πολύ και πάρα πολύ σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=6,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=10,17$  ,  $TA=2,04$  και  $M=11,38$  ,  $TA=1,56$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο ( $M=9,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πάρα πολύ ( $M=11,38$  ,  $TA=1,56$ ) με τον/την αδερφό/ή σημαντικά χαμηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά. Ως προς την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής προκύπτει ότι



όλες οι επιλογές των συμμετεχόντων διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Ειδικότερα, σημαντικά υψηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής παρουσιάζουν τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου ( $M=14,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, ακολουθούν με σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο ( $M=12,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ ( $M=7,00$  ,  $TA=1,67$ ) με τον/την αδερφό/ή και τέλος τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πάρα πολύ ( $M=5,54$  ,  $TA=,52$ ) με τον/την αδερφό/ή. Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ ( $M=9,67$  ,  $TA=,82$ ) με τον/την αδερφό/ή και τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πάρα πολύ ( $M=9,54$  ,  $TA=,52$ ) με τον/την αδερφό/ή παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου ( $M=11,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή και σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή. Τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο, πολύ και πάρα πολύ σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=12,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=9,67$  ,  $TA=1,63$  και  $M=6,62$  ,  $TA=1,56$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο και πάρα πολύ σημαντικά υψηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=9,76$  ,  $TA=1,63$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=6,62$  ,  $TA=1,56$ ). Ως προς τις Διαταραχές Διαγωγής προκύπτει ότι σχεδόν όλες οι επιλογές των συμμετεχόντων διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Ειδικότερα, σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Διαγωγής παρουσιάζουν τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, ακολουθούν με σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, και με τις πιο χαμηλές τιμές τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πάρα πολύ ( $M=6,54$  ,  $TA=1,67$ ) με τον/την αδερφό/ή και τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ ( $M=6,33$  ,  $TA=,82$ ) με τον/την αδερφό/ή. Ως προς τον Συνολικό Δείκτη Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, σημαντικά υψηλότερη τιμή παρουσιάζουν τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου ( $M=47,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, ακολουθούν με σημαντική διαφορά τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο ( $M=35,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ ( $M=32,67$  ,  $TA=3,20$ ) με τον/την αδερφό/ή και τέλος με σημαντικά χαμηλότερη τιμή τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πάρα πολύ ( $M=28,23$  ,  $TA=3,11$ ) με τον/την αδερφό/ή (Πίνακας 7β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους δηλαδή, τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=,000<,001$ ), την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $p=,000<,001$ ), τις Διαταραχές Συναισθήματος ( $p=,000<,001$ ), τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $p=,000<,001$ ), τις

Διαταραχές Διαγωγής ( $p=,000<,001$ ) και τον Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν λίγο και καθόλου: α) σημαντικά υψηλότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $M=14,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=9,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=11,75$  ,  $TA=,45$  , και  $M=12,00$  ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=7,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ), δ) σημαντικά χαμηλότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $M=5,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=8,00$  ,  $TA=,00$  και  $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ) και στ) σημαντικά χαμηλότερο Συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=34,75$  ,  $TA=,45$  και  $M=40,00$  ,  $TA=,00$ ). Ως προς τις Διαταραχές Συναισθήματος τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που δεν παίζουν καθόλου ( $M=10,00$  ,  $TA=,00$ ) με τον/την αδερφό/ή και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν λίγο ( $M=8,00$  ,  $TA=,00$ ) και πολύ ( $M=7,00$  ,  $TA=,00$ ) σημαντικά υψηλότερες Διαταραχές Συναισθήματος (Πίνακας 8β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών τους (Πίνακας 9β).

Πίνακας 5α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό																										
		Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά					Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Φύλο	Αγόρι	12	8,17	1,03	11,759	,000	10,33	4,12	3,489	,004	10,25	1,54	4,476	,000	8,25	1,54	3,314	,003	8,25	1,54	6,441	,000	37,08	8,75	4,622	,000
	Κορίτσι	18	13,28	1,27			5,89	1,94			8,11	1,08			6,56	1,25			5,50	,79			26,06	4,24		
Ηλικία	8-10	1	10,00	.	41,490	,000	8,00	.	803,508	,000	6,00	.	298,385	,000	6,00	.	66,998	,000	6,00	.	175,921	,000	26,00	.	288,875	,000
	11-13	12	10,67	2,06			6,58	,51			8,58	,51			6,17	1,03			6,58	,51			27,92	2,57		
	14-16	6	7,50	1,22			14,67	,82			12,00	,00			10,00	,00			9,67	,82			46,33	1,63		
	17-18	11	14,00	,00			5,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			25,00	,00		
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	31,092	,000	.	.	38,259	,000	.	.	8,904	,001	.	.	16,288	,000	.	.	36,753	,000	.	.	23,544	,000
	4-7	6	7,50	1,22			13,83	2,86			11,00	2,45			9,33	1,63			9,33	1,63			43,50	8,57		
	8-11	12	13,67	1,15			5,67	2,31			8,33	1,15			7,25	,87			5,25	,87			26,50	5,20		
	12-15	12	10,67	2,06			6,58	,51			8,58	,51			6,17	1,03			6,58	,51			27,92	2,57		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Άλλα αδέρφια	Ναι	5	7,60	1,34	3,869	,001	14,60	,89	8,802	,000	12,00	,00	8,066	,000	10,00	,00	6,846	,000	9,60	,89	6,375	,000	46,20	1,79	8,790	,000
	Όχι	25	11,96	2,42			6,28	2,05			8,36	,99			6,68	1,07			6,00	1,19			27,32	4,68		
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	2	8,50	2,12	1,342	,272	14,00	1,41	1,342	,272	12,00	,00	-	-	10,00	,00	-	-	9,00	1,41	1,342	,272	45,00	2,83	1,342	,272
	Κορίτσι	3	7,00	,00			15,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			10,00	,00			47,00	,00		
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	5	7,60	1,34	-	-	14,60	,89	-	-	12,00	,00	-	-	10,00	,00	-	-	9,60	,89	-	-	46,20	1,79	-	-
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	12	10,67	2,06	,814	,375	6,58	,51	1,780	,193	8,58	,51	1,082	,307	6,17	1,03	12,589	,001	6,58	,51	,002	,967	27,92	2,57	1,923	,176
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	18	11,61	3,20			8,39	4,64			9,22	2,07			7,94	1,51			6,61	2,28			32,17	10,35		
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	12	10,67	2,06	14,005	,000	6,58	,51	23,206	,000	8,58	,51	15,831	,000	6,17	1,03	20,794	,000	6,58	,51	24,818	,000	27,92	2,57	22,356	,000
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	4	7,00	,00			15,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			10,00	,00			47,00	,00		
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	14	12,93	2,23			6,50	3,30			8,43	1,60			7,36	1,15			5,64	1,50			27,93	7,28		

<b>Πίνακας 5β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό</b>																										
		Θετική Συμπεριφορά				Κοινωνική Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Γυμνάσιο	2	7,00	,00	<b>19,292,000</b>		15,00	,00	<b>9,382</b>	<b>,000</b>	12,00	,00	<b>5,672</b>	<b>,009</b>	10,00	,00	<b>4,187</b>	<b>,026</b>	10,00	,00	<b>16,760,000</b>		47,00	,00	<b>7,929</b>	<b>,002</b>
	Λύκειο	16	9,94	2,29			8,25	3,40			9,06	1,65			6,88	1,78			7,19	1,47			31,38	8,07		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12	13,67	1,15			5,67	2,31			8,33	1,15			7,25	,87			5,25	,87			26,50	5,20		
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	24	12,17	2,24			5,92	,97			8,21	,66			6,54	,83			5,83	,87			26,50	2,30		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	8,00	1,73	<b>11,798,000</b>		14,33	1,15	<b>202,867,000</b>		12,00	,00	<b>93,551</b>	<b>,000</b>	10,00	,00	<b>48,565</b>	<b>,000</b>	9,33	1,15	<b>48,060,000</b>		45,67	2,31	<b>192,406,000</b>		
Άνεργη	3	7,00	,00			15,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			10,00	,00			47,00	,00			
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	25	12,08	2,23	<b>5,012</b>	<b>,000</b>	6,20	1,71	<b>11,361</b>	<b>,000</b>	8,36	,99	<b>8,066</b>	<b>,000</b>	6,68	1,07	<b>6,846</b>	<b>,000</b>	5,92	,95	<b>9,430</b>	<b>,000</b>	27,16	4,00	<b>10,945</b>	<b>,000</b>
	Όχι	5	7,00	,00			15,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			10,00	,00			47,00	,00		
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	8	7,75	1,04	<b>8,354</b>	<b>,000</b>	12,00	4,14	<b>3,905</b>	<b>,005</b>	10,88	1,55	<b>4,400</b>	<b>,000</b>	8,88	1,55	<b>3,731</b>	<b>,004</b>	8,88	1,55	<b>5,320</b>	<b>,001</b>	40,63	8,80	<b>4,286</b>	<b>,003</b>
	Όχι	22	12,50	2,04			6,09	1,80			8,27	1,03			6,64	1,14			5,77	,92			26,77	4,12		
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	30	11,23	2,80			7,67	3,68			8,97	1,65			7,23	1,59			6,60	1,77	30,47	8,35				
	Όχι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.	.	.				
Ωρες παρακολούθησης	1-2	4	7,75	1,50	<b>28,004,022</b>		13,25	3,50	<b>8,342</b>	<b>,002</b>	10,50	3,00	2,157	,135	9,00	2,00	<b>5,104</b>	<b>,013</b>	9,00	2,00	<b>6,165</b>	<b>,006</b>	41,75	10,50	<b>5,561</b>	<b>,009</b>
	3-4	21	11,76	2,61			6,57	2,66			8,71	1,19			7,19	1,03			6,10	1,37			28,57	5,98		
	5-6	5	11,80	2,68			7,80	4,02			8,80	1,79			6,00	2,24			6,80	1,79			29,40	9,84		
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Βοήθεια στον/ην αδερφό/ή αυτισμό	Καθόλου	3	9,00	,00	<b>13,923,000</b>		7,00	,00	<b>4,929</b>	<b>,008</b>	9,00	,00	3,060	,046	7,00	,00	,260	,854	7,00	,00	<b>9,923</b>	<b>,000</b>	30,00	,00	<b>3,643</b>	<b>,026</b>
	Λίγο	13	9,46	2,60			9,77	4,32			9,85	1,82			7,54	2,18			7,85	1,82			35,00	10,08		
	Πολύ	3	11,00	1,73			9,00	3,61			8,67	3,06			7,00	2,65			6,67	1,15			31,33	10,12		
	Πάρα πολύ	11	14,00	,00			5,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			25,00	,00		
Παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή	Καθόλου	0	.	.	<b>68,930,000</b>		.	.	<b>60,616</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>35,879</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>15,599</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>52,461,000</b>		43,29	8,20	<b>51,941</b>	<b>,000</b>
	Λίγο	7	8,29	2,36			13,43	3,36			11,43	1,51			9,29	1,89			9,14	1,57			29,50	1,41		
	Πολύ	8	9,13	,35			7,13	,35			8,63	1,06			6,88	,35			6,88	,35			25,00	,00		
	Πάρα πολύ	15	13,73	,46			5,27	,46			8,00	,00			6,47	,92			5,27	,46			25,00	,00		
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή και τους φίλους	Καθόλου	6	7,50	1,22	<b>7,900</b>	<b>,001</b>	14,67	,82	<b>142,957,000</b>		12,00	,00	<b>100,349,000</b>		10,00	,00	<b>263,022,000</b>		9,67	,82	<b>29,994,000</b>		46,33	1,63	<b>136,531,000</b>	
	Λίγο	2	11,50	2,12			7,00	1,41			7,00	1,41			5,50	,71			6,00	,00			25,50	,71		
	Πολύ	18	12,06	2,51			5,78	1,00			8,39	,50			7,00	,00			5,78	1,00			26,94	2,51		
	Πάρα πολύ	4	13,00	,00			6,00	,00			8,00	,00			5,00	,00			6,00	,00			25,00	,00		

**Πίνακας 6β:** Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

		Θετική Συμπεριφορά					Κοινωνική Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Φύλο	Αγόρι	15	11,00	2,95	3,452	,002	8,53	3,44	1,544	,134	8,40	1,40	4,413	,001	6,80	1,78	5,180	,000	7,60	2,53	2,593	,019	31,33	9,04	3,393	,004
	Κορίτσι	15	8,33	,49			10,13	2,07			10,00	,00			9,73	1,28			9,40	,91			39,27	,46		
Ηλικία	8-10	8	8,63	,52	260,628	,000	12,00	,00	1122,237	,000	10,00	,00	207,653	,000	8,63	,52	296,092	,000	8,88	,99	131,677	,000	39,50	,53	3501,983	,000
	11-13	8	8,38	,74			11,63	,52			9,63	,52			8,38	,52			9,88	,35			39,50	,53		
	14-16	7	8,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			11,00	,00			10,00	,00			39,00	,00		
	17-18	7	14,00	,00			5,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			5,00	,00			22,00	,00		
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	40,926	,000	.	.	28,534	,000	.	.	25,125	,000	.	.	49,366	,000	.	.	65,565	,000	.	.	34,789	,000
	4-7	7	8,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			11,00	,00			10,00	,00			39,00	,00		
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	12-15	9	12,89	2,20			6,56	3,09			7,67	1,32			5,89	1,76			5,67	1,32			25,78	7,50		
	16-22	14	8,43	,65			11,79	,43			9,79	,43			8,43	,51			9,57	,76			39,57	,51		
Άλλα αδέρφια	Ναι	7	8,00	,00	3,949	,001	8,00	,00	2,588	,017	10,00	,00	3,668	,001	11,00	,00	10,052	,000	10,00	,00	4,296	,000	39,00	,00	2,807	,010
	Όχι	23	10,17	2,64			9,74	3,22			8,96	1,36			7,43	1,70			8,04	2,18			34,17	8,24		
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	3	8,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			11,00	,00			10,00	,00			39,00	,00		
	Κορίτσι	4	8,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			11,00	,00			10,00	,00			39,00	,00		
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.			
	8-11	7	8,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			11,00	,00			10,00	,00			39,00	,00		
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	7	14,00	,00	326,218	,000	5,00	,00	330,264	,000	7,00	,00	228,724	,000	5,00	,00	232,611	,000	5,00	,00	135,993	,000	22,00	,00	5845,621	,000
	Έν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	8	8,25	,71			8,38	1,06			9,88	,35			10,75	,71			10,00	,00			39,00	,00		
	Κινητικά εξαρτώμενος	15	8,40	,51			11,87	,35			9,87	,35			8,47	,52			9,33	,90			39,53	,52		
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	1	14,00	.	1,678	,206	5,00	.	2,901	,072	7,00	.	2,004	,154	5,00	.	1,455	,251	5,00	.	1,525	,236	22,00	.	2,253	,124
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	25	9,56	2,57			9,12	2,89			9,20	1,29			8,28	2,23			8,64	2,14			35,24	7,61		
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	4	9,25	,50			11,75	,50			9,75	,50			9,00	,00			8,50	1,00			39,00	,00		

		Θετική Συμπεριφορά				Κοινωνική Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΛΔ					
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Γυμνάσιο	11	8,45	,69	<b>332,194</b>	<b>,000</b>	9,36	1,91	<b>72,939</b>	<b>,000</b>	9,91	,30	<b>231,787</b>	<b>,000</b>	10,27	1,01	<b>125,053</b>	<b>,000</b>	9,45	,93	<b>112,994</b>	<b>,000</b>	39,00	,00	<b>8189,269</b>	<b>,000</b>	
	Λύκειο	12	8,25	,45			11,83	,39			9,83	,39			8,33	,49			9,67	,65			39,67	,49			
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	14,00	,00			5,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			5,00	,00			22,00	,00			
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	8	13,25	2,12	<b>49,524</b>	<b>,000</b>	5,38	1,06	<b>37,742</b>	<b>,000</b>	7,38	1,06	<b>46,911</b>	<b>,000</b>	5,75	2,12	<b>19,302</b>	<b>,000</b>	5,63	1,77	<b>35,402</b>	<b>,000</b>	24,13	6,01	<b>71,544</b>	<b>,000</b>	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	6	8,17	,41			11,83	,41			9,83	,41			8,17	,41			9,83	,41			39,67	,52			
	Άνεργη	16	8,44	,63			10,38	1,93			9,88	,34			9,56	1,21			9,44	,89			39,25	,45			
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	21	10,05	2,87	1,910	,068	8,24	2,83	<b>5,825</b>	<b>,000</b>	8,90	1,41	<b>3,007</b>	<b>,006</b>	8,10	2,53	,992	,332	8,29	2,39	1,154	,258	33,52	8,36	<b>3,231</b>	<b>,004</b>	
	Όχι	9	8,78	,67			11,89	,33			9,89	,33			8,67	,50			9,00	1,00			39,44	,53			
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	16	8,44	,63	<b>3,173</b>	<b>,007</b>	10,19	2,01	1,724	,100	9,94	,25	<b>4,035</b>	<b>,001</b>	9,69	1,25	<b>5,441</b>	<b>,000</b>	9,44	,89	<b>2,818</b>	<b>,012</b>	39,25	,45	<b>3,467</b>	<b>,004</b>	
	Όχι	14	11,07	3,05			8,36	3,50			8,36	1,45			6,64	1,74			7,43	2,53			30,79	9,12			
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	21	9,86	2,73	,635	,530	8,52	2,79	<b>2,542</b>	<b>,017</b>	9,00	1,34	1,335	,193	8,29	2,43	,073	,942	8,52	2,29	,094	,926	34,33	8,00	1,085	,287	
	Όχι	9	9,22	1,86			11,22	2,33			9,67	1,00			8,22	1,30			8,44	1,59			37,56	5,85			
Ωρες παρακολούθησης	1-2	6	8,00	,00	<b>29,499</b>	<b>,000</b>	8,00	,00	<b>136,698</b>	<b>,000</b>	10,00	,00	<b>24,788</b>	<b>,000</b>	11,00	,00	<b>23,524</b>	<b>,000</b>	10,00	,00	<b>33,466</b>	<b>,000</b>	39,00	,00	<b>37,157</b>	<b>,000</b>	
	3-4	7	13,14	2,27			5,43	1,13			7,43	1,13			5,86	2,27			5,71	1,89			24,43	6,43			
	5-6	8	8,38	,74			11,63	,52			9,63	,52			8,38	,52			9,88	,35			39,50	,53			
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.	1,697	,203	.	.	<b>7,805</b>	<b>,009</b>	.	.	3,200	,084	.	.	,087	,770	.	.	,764	,390	.	.	2,711	,111	
	Λίγο	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Πολύ	24	9,96	2,69			8,67	2,88			9,00	1,35			8,21	2,38			8,33	2,26			34,21	8,01			
	Πάρα πολύ	6	8,50	,55			12,00	,00			10,00	,00			8,50	,55			9,17	,98			39,67	,52			
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή	Καθόλου	0	.	.	<b>16,720</b>	<b>,000</b>	.	.	,849	,365	.	.	<b>8,950</b>	<b>,006</b>	.	.	<b>16,944</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>20,854</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>9,703</b>	<b>,004</b>	
	Λίγο	14	8,07	,27			9,86	1,96			9,86	,36			9,64	1,45			9,93	,27			39,29	,47			
	Πολύ	16	11,06	2,72			8,88	3,54			8,63	1,50			7,06	1,91			7,25	2,18			31,81	8,95			
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή και τους φίλους	Καθόλου	15	8,40	,51	<b>326,218</b>	<b>,000</b>	11,87	,35	<b>330,264</b>	<b>,000</b>	9,87	,35	<b>228,724</b>	<b>,000</b>	8,47	,52	<b>232,611</b>	<b>,000</b>	9,33	,90	<b>135,993</b>	<b>,000</b>	39,53	,52	<b>5845,621</b>	<b>,000</b>	
	Λίγο	8	8,25	,71			8,38	1,06			9,88	,35			10,75	,71			10,00	,00			39,00	,00			
	Πολύ	7	14,00	,00			5,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			5,00	,00			22,00	,00			
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			

Πίνακας 7α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση																																					
		Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά					Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ														
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p											
Φύλο	Αγόρι	12	9,50	3,66	,254	,804	9,50	4,70	,998	,333	10,00	1,04	1,789	,084	8,50	3,66	,201	,844	8,00	2,09	1,494	,159	36,00	11,49	11,643	,342											
	Κορίτσι	18	9,78	1,22			8,00	2,74			9,33	,97			8,28	1,41			7,06	,80			32,67	2,40													
Ηλικία	8-10	12	8,08	2,57	11,856,000		10,50	3,83	12,176,000		10,33	,89	22,533,000		10,83	1,64	44,200,000		8,17	1,99	4,307,014		39,83	7,79	12,492,000												
	11-13	7	10,00	,00			6,00	,00			10,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			31,00	,00													
	14-16	5	9,00	,00			12,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			35,00	,00													
	17-18	6	13,00	,00			5,00	,00			9,00	,00			5,00	,00			6,00	,00			25,00	,00													
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	9,354,001		.	.	18,328,000		.	.	21,903,000		.	.	28,088,000		.	.	5,317,011		.	.	14,569,000												
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	8-11	5	9,00	,00			12,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			35,00	,00													
	12-15	12	8,08	2,57			10,50	3,83			10,33	,89			10,83	1,64			8,17	1,99			39,83	7,79													
	16-22	13	11,38	1,56			5,54	,52			9,54	,52			6,62	1,56			6,54	,52			28,23	3,11													
Άλλα αδέρφια	Ναι	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-											
	Όχι	30	9,67	2,44			8,60	3,65			9,60	1,04			8,37	2,50			7,43	1,50			34,00	7,50													
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-											
	Κορίτσι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.													
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-											
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-											
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	30	9,67	2,44			8,60	3,65			9,60	1,04			8,37	2,50			7,43	1,50			34,00	7,50													
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	30	9,67	2,44	-	-	8,60	3,65	-	-	9,60	1,04	-	-	8,37	2,50	-	-	7,43	1,50	-	-	34,00	7,50	-	-											
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.														

Πίνακας 7β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση																										
		Θετική Συμπεριφορά				Κοινωνική Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναίσθηματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Γυμνάσιο	6	10,00	,00	,176	,840	6,00	,00	3,254	,054	10,00	,00	8,540	,001	8,00	,00	1,163	,328	7,00	,00	,446	,645	31,00	,00	,596	,558
	Λύκειο	6	9,17	,41			11,00	2,45			8,33	,82			7,17	,41			7,83	,41			34,33	1,63		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	9,72	3,16			8,67	4,07			9,89	,96			8,89	3,12			7,44	1,92			34,89	9,54		
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	21	9,48	2,73			9,43	4,02			9,52	1,17			8,05	2,78			7,81	1,60			34,81	8,74		
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	6	10,17	2,04	,206	,815	7,00	1,67	2,004	,154	9,67	,82	,278	,760	9,67	1,63	1,017	,375	6,33	,82	2,671	,087	32,67	3,20	,440	,649
	Άνεργη	3	10,00	,00			6,00	,00			10,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			31,00	,00		
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	30	9,67	2,44			8,60	3,65			9,60	1,04			8,37	2,50			7,43	1,50			34,00	7,50		
	Όχι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	1	6,00	.	1,566	,129	10,00	.	,384	,704	10,00	.	,386	,702	13,00	.	1,979	,058	6,00	.	,970	,340	39,00	.	,672	,507
	Όχι	29	9,79	2,38			8,55	3,71			9,59	1,05			8,21	2,38			7,48	1,50			33,83	7,57		
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	29	9,69	2,48			8,48	3,66			9,66	1,01	1,612	,118	8,41	2,53	,550	,587	7,41	1,52	,378	,708	33,97	7,63	,133	,895
	Όχι	1	9,00	.	,273	,787	12,00	.	,945	,353	8,00	.			7,00	.			8,00	.			35,00	.		
Ώρες παρακολούθησης	1-2	19	9,74	2,88			8,32	4,03			9,89	,94			8,37	2,87			7,68	1,70			34,26	9,29		
	3-4	10	9,60	1,58			8,80	3,01	,111	,742	9,20	1,03	3,363	,078	8,50	1,84	,017	,897	6,90	,99	1,783	,193	33,40	2,80	,081	,778
	5-6	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Λίγο	6	6,00	,00	29,971	,000	14,00	,00	47,699	,000	11,00	,00	16,288	,000	12,00	,00	26,029	,000	10,00	,00	48,909	,000	47,00	,00	107,082	,000
	Πολύ	11	9,64	1,57			9,27	2,87			8,91	1,04			8,45	1,81			7,09	1,04			33,73	2,57		
	Πάρα πολύ	13	11,38	1,56			5,54	,52			9,54	,52			6,62	1,56			6,54	,52			28,23	3,11		
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή	Καθόλου	6	6,00	,00			14,00	,00			11,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			47,00	,00		
	Λίγο	0	.	.	29,971	,000	.	.	47,699	,000	.	.	16,288	,000	.	.	26,029	,000	.	.	48,909	,000	.	.	107,082	,000
	Πολύ	11	9,64	1,57			9,27	2,87			8,91	1,04			8,45	1,81			7,09	1,04			33,73	2,57		
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή και τους φίλους	Καθόλου	6	6,00	,00			14,00	,00			11,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			47,00	,00		
	Λίγο	5	9,00	,00	21,316	,000	12,00	,00	186,086	,000	8,00	,00	32,527	,000	7,00	,00	28,314	,000	8,00	,00	77,638	,000	35,00	,00	75,601	,000
	Πολύ	6	10,17	2,04			7,00	1,67			9,67	,82			9,67	1,63			6,33	,82			32,67	3,20		
	Πάρα πολύ	13	11,38	1,56			5,54	,52			9,54	,52			6,62	1,56			6,54	,52			28,23	3,11		



Πίνακας 8α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με κόφωση																										
		Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά					Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναίσθηματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Φύλο	Αγόρι	14	11,00	3,11	2,576	,016	8,50	3,63	3,557	,001	8,50	1,56	1,288	,208	6,50	1,56	1,202	,251	7,50	2,59	,773	,446	31,00	9,34	1,608	,119
	Κορίτσι	16	9,00	,00			11,75	,45			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			7,00	,00		
Ηλικία	8-10	6	9,00	,00	29,000	,000	12,00	,00	906,269	,000	8,00	,00	29,000	,000	7,00	,00	29,000	,000	8,00	,00	29,000	,000	35,00	,00	4476,333	,000
	11-13	7	8,00	,00			12,00	,00			10,00	,00			8,00	,00			10,00	,00			40,00	,00		
	14-16	10	9,00	,00			11,60	,52			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			34,60	,52		
	17-18	7	14,00	,00			5,00	,00			7,00	,00			5,00	,00			5,00	,00			22,00	,00		
Ηλικία Αδερφού	0-3	3	9,00	,00	2,054	,131	12,00	,00	3,960	,019	8,00	,00	,514	,677	7,00	,00	,514	,677	8,00	,00	,185	,906	35,00	,00	,805	,502
	4-7	3	9,00	,00			12,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			35,00	,00		
	8-11	10	9,00	,00			11,60	,52			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			34,60	,52		
	12-15	14	11,00	3,11			8,50	3,63			8,50	1,56			6,50	1,56			7,50	2,59			31,00	9,34		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Άλλα αδέρφια	Ναι	5	9,00	,00	2,235	,035	11,80	,45	2,846	,008	8,00	,00	1,193	,244	7,00	,00	,526	,603	8,00	,00	,727	,474	34,80	,45	1,499	,146
	Όχι	25	10,12	2,51			9,92	3,15			8,28	1,17			6,72	1,17			7,72	1,93			32,64	7,13		
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	1	9,00	.	-	-	12,00	.	,447	,685	8,00	.	-	-	7,00	.	-	-	8,00	.	-	-	35,00	.	,447	,685
	Κορίτσι	4	9,00	,00			11,75	,50			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			34,75	,50		
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-
	4-7	5	9,00	,00			11,80	,45			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			34,80	,45		
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	27	10,04	2,43	,532	,472	10,04	3,06	1,199	,283	8,26	1,13	,153	,699	6,74	1,13	,153	,699	7,74	1,85	,057	,813	32,78	6,87	,304	,586
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	3	9,00	,00			12,00	,00			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			35,00	,00		
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	0	.	.	6,637	,016	.	.	12,655	,001	.	.	1,659	,208	.	.	1,659	,208	.	.	,597	,446	.	.	2,586	,119
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	14	11,00	3,11			8,50	3,63			8,50	1,56			6,50	1,56			7,50	2,59			31,00	9,34		
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	16	9,00	,00			11,75	,45			8,00	,00			7,00	,00			8,00	,00			34,75	,45		

Πίνακας 8β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με κώφωση																														
		Θετική Συμπεριφορά				Κοινωνική Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ								
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p				
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
	Γυμνάσιο	0	.	.	868,233	,000	.	.	2118,949	,000	.	.	19,965	,000	.	.	163,858	,000	.	.	100,465	,000	.	.	225,437	,000				
	Λύκειο	23	8,70	,47	.	.	11,83	,39	.	.	8,61	,94	.	.	7,30	,47	.	.	8,61	,94	.	.	36,35	2,50	.	.				
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	14,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	7,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	22,00	,00	.	.				
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	30	9,93	2,32	.	.	10,23	2,96	.	.	8,23	1,07	.	.	6,77	1,07	.	.	7,77	1,76	.	.	33,00	6,54	.	.				
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
	Άνεργη	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	30	9,93	2,32	.	.	10,23	2,96	.	.	8,23	1,07	.	.	6,77	1,07	.	.	7,77	1,76	.	.	33,00	6,54	.	.				
	Όχι	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
	Όχι	30	9,93	2,32	.	.	10,23	2,96	.	.	8,23	1,07	.	.	6,77	1,07	.	.	7,77	1,76	.	.	33,00	6,54	.	.				
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	23	10,22	2,59	2,252	,035	9,78	3,25	2,753	,011	8,30	1,22	1,194	,245	6,70	1,22	,651	,521	7,70	2,01	,726	,475	32,48	7,43	1,434	,165				
	Όχι	7	9,00	,00	.	.	11,71	,49	.	.	8,00	,00	.	.	7,00	,00	.	.	8,00	,00	.	.	34,71	,49	.	.				
Ώρες παρακολούθησης	1-2	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
	3-4	23	10,22	2,59	.	.	9,78	3,25	.	.	8,30	1,22	.	.	6,70	1,22	.	.	7,70	2,01	.	.	32,48	7,43	.	.				
	5-6	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
	7-8	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.	7,849	,000	.	.	3,548	,070	.	.	163,858	,000	.	.	8,00	,00	19,965	,000	.	.	10,00	,00	29,095	,000	40,00	,00	15,765	,000
	Λίγο	7	8,00	,00	.	.	12,00	,00	.	.	10,00	,00	.	.	8,00	,00	.	.	10,00	,00	.	.	30,87	6,01	.	.				
	Πολύ	23	10,52	2,35	.	.	9,70	3,20	.	.	7,70	,47	.	.	6,39	,94	.	.	7,09	1,41	.	.	30,87	6,01	.	.				
	Πάρα πολύ	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή	Καθόλου	0	.	.	7,849	,000	.	.	3,548	,070	.	.	163,858	,000	.	.	8,00	,00	19,965	,000	.	.	10,00	,00	29,095	,000	40,00	,00	15,765	,000
	Λίγο	7	8,00	,00	.	.	12,00	,00	.	.	10,00	,00	.	.	8,00	,00	.	.	10,00	,00	.	.	30,87	6,01	.	.				
	Πολύ	23	10,52	2,35	.	.	9,70	3,20	.	.	7,70	,47	.	.	6,39	,94	.	.	7,09	1,41	.	.	30,87	6,01	.	.				
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή και τους φίλους	Καθόλου	7	8,00	,00	29,000	,000	12,00	,00	1126,650	,000	10,00	,00	29,000	,000	8,00	,00	10,00	,00	8,00	,00	29,000	,000	40,00	,00	34,75	,45	5575,500	,000		
	Λίγο	16	9,00	,00	.	.	11,75	,45	.	.	8,00	,00	.	.	7,00	,00	.	.	8,00	,00	.	.	34,75	,45	.	.				
	Πολύ	7	14,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	7,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	5,00	,00	.	.	22,00	,00	.	.				
	Πάρα πολύ	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.				

Πίνακας 9α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία																										
		Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά					Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναίσθηματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Φύλο	Αγόρι	10	12,80	2,30	,871	,391	8,00	1,49	1,611	,119	6,90	1,66	,991	,330	6,50	2,01	,270	,789	7,60	2,12	1,183	,260	29,00	5,66	,521	,606
	Κορίτσι	20	13,50	1,96			7,05	1,54			7,80	2,61			6,30	1,87			6,75	1,16			27,90	5,35		
Ηλικία	8-10	4	14,25	,50	1,465	,247	6,50	1,29	,796	,508	7,75	2,06	1,350	,280	6,50	,58	,359	,783	6,50	1,29	,395	,758	27,25	2,63	1,026	,397
	11-13	6	14,33	1,21			7,17	1,47			5,83	1,33			5,67	1,21			6,67	,82			25,33	1,86		
	14-16	8	12,38	2,83			7,25	2,25			7,75	2,43			6,38	1,41			7,13	2,64			28,50	7,19		
	17-18	12	13,00	1,95			7,83	1,11			8,08	2,61			6,67	2,64			7,33	,98			29,92	5,65		
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	1,081	,375	.	.	,259	,854	.	.	,353	,787	.	.	,262	,852	.	.	,990	,413	.	.	,328	,805
	4-7	4	14,50	,58			6,75	1,26			6,75	,96			6,00	,82			6,25	,50			25,75	2,06		
	8-11	8	12,88	2,85			7,50	1,69			7,88	2,70			6,88	2,10			6,63	1,30			28,88	5,19		
	12-15	7	12,43	2,64			7,29	2,06			7,00	1,63			6,29	1,11			7,71	2,56			28,29	5,82		
	16-22	11	13,64	1,03			7,55	1,37			7,82	2,89			6,18	2,44			7,18	1,08			28,73	6,36		
Άλλα αδέρφια	Ναι	19	13,00	2,36	,927	,362	7,42	1,80	,246	,807	7,58	2,59	,238	,813	6,79	2,23	2,098	,047	7,32	1,77	1,316	,199	29,11	6,37	1,366	,183
	Όχι	11	13,73	1,42			7,27	1,10			7,36	1,96			5,64	,67			6,55	1,04			26,82	2,71		
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	11	12,91	2,07	,945	,326	7,55	1,86	,967	,349	7,00	2,86	,399	,696	6,91	2,39	,473	,643	7,73	2,05	1,150	,268	29,18	7,29	,615	,548
	Κορίτσι	8	13,13	2,85			7,25	1,83			8,38	2,07			6,63	2,13			6,75	1,16			29,00	5,32		
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	,658	,591	.	.	,893	,468	.	.	,884	,471	.	.	,252	,858	.	.	,305	,821	.	.	,408	,750
	4-7	2	13,00	1,41			6,00	,00			5,50	,71			7,50	,71			8,00	,00			27,00	,00		
	8-11	1	14,00	.			7,00	.			5,00	.			5,00	.			6,00	.			23,00	.		
	12-15	8	12,13	3,09			8,13	1,64			8,00	2,07			6,88	2,10			7,13	,99			30,13	4,97		
	16-22	8	13,75	1,67			7,13	2,10			8,00	3,21			6,75	2,76			7,50	2,56			29,38	8,47		
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	29	13,24	2,10			7,38	1,59			7,48	2,38			6,41	1,90			7,07	1,58			28,34	5,46		
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Κινητικά εξαρτώμενος	1	14,00	.			7,00	.			8,00	.			5,00	.			6,00	.			26,00	.		
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	29	13,38	2,01			7,24	1,43			7,48	2,38			6,31	1,89			6,83	1,10			27,86	4,99		
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	1	10,00	.			11,00	.			8,00	.			8,00	.			13,00	.			40,00	.		
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		

Πίνακας 9β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία																										
		Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά				Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής				Διαταραχές Συναισθήματος				Σχέσεις με τους συνομηλίκους				Διαταραχές Διαγωγής				Συνολικός δείκτης ΕΔΔ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.																						
	Γυμνάσιο	1	14,00	.			8,00	.			7,00	.			5,00	.			8,00	.			28,00	.		
	Λύκειο	4	14,00	,82			7,25	1,26			7,00	,82			5,50	1,00			6,75	,96			26,50	1,73		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	25	13,12	2,22			7,36	1,66			7,60	2,55			6,56	1,98			7,04	1,67			28,56	5,83		
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	16	13,38	2,00			7,44	1,59			8,00	2,56			6,63	2,36			7,31	1,89			29,38	6,43		
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	13,00	2,49			7,55	1,69			7,00	2,19			6,27	1,19			6,91	1,04			27,73	3,85	1,213	,313
	Άνεργη	3	13,67	,58			6,33	,58			6,67	1,53			5,33	,58			6,00	1,00			24,33	1,15		
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	27	13,19	2,15			7,37	1,64			7,48	2,34			6,44	1,97			7,00	1,64			28,30	5,55	,089	,930
	Όχι	3	14,00	1,00			7,33	,58			7,67	2,89			5,67	,58			7,33	,58			28,00	4,36		
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	3	14,00	1,00			7,33	,58			7,67	2,89			5,67	,58			7,33	,58			28,00	4,36		
	Όχι	27	13,19	2,15			7,37	1,64			7,48	2,34			6,44	1,97			7,00	1,64			28,30	5,55	,089	,930
Παρακολούθηση Εξωσχολικών Προγραμμάτων	Ναι	23	13,09	2,31			7,43	1,65			7,17	1,95			6,26	1,54			7,00	1,68			27,87	4,69	,727	,473
	Όχι	7	13,86	,69			7,14	1,35			8,57	3,31			6,71	2,87			7,14	1,21			29,57	7,52		
Ώρες παρακολούθησης	1-2	5	13,20	1,92			6,60	1,14			8,00	1,58			5,80	,84			6,40	1,34			26,80	2,17		
	3-4	4	14,50	,58			7,75	1,71			6,75	2,36			5,50	1,00			6,00	,00			26,00	4,24		
	5-6	3	12,00	4,36			7,67	2,52			9,00	2,65			6,33	1,53			6,67	1,15			29,67	7,64		
	7-8	11	12,82	2,27			7,64	1,69			6,45	1,51			6,73	1,90			7,73	2,00			28,55	5,11		
Βοήθεια	Καθόλου	2	12,00	2,83			9,00	2,83			8,00	,00			6,50	2,12			9,50	4,95			33,00	9,90		
	Λίγο	11	12,00	2,65			7,91	1,38			7,73	2,00			6,82	1,89			7,36	,81			29,82	4,02	1,626	,207
	Πολύ	13	14,15	,80			6,92	1,32			7,62	2,90			6,15	2,15			6,62	1,19			27,31	6,02		
	Πάρα πολύ	4	14,50	,58			6,50	1,73			6,25	1,89			5,75	,96			6,25	1,26			24,75	2,06		
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή	Καθόλου	3	13,67	,58			7,33	1,15			8,33	2,31			5,33	,58			7,67	,58			28,67	4,04		
	Λίγο	9	12,56	2,30			7,56	1,42			7,33	1,41			6,44	2,01			6,89	1,05			28,22	3,67	,074	,973
	Πολύ	13	13,46	2,15			7,08	1,50			7,54	3,10			6,54	2,22			6,69	1,25			27,85	6,53		
	Πάρα πολύ	5	13,80	2,17			7,80	2,39			7,20	1,92			6,40	1,34			7,80	3,03			29,20	6,72		
Παιχνίδι με τον αδερφό/ή και τους φίλους	Καθόλου	7	13,57	1,72			7,43	,98			8,71	3,40			6,57	2,94			7,14	1,07			29,86	7,36		
	Λίγο	13	12,69	2,53			7,38	1,76			7,23	2,13			6,46	1,81			7,00	1,15			28,08	4,46	,625	,605
	Πολύ	4	14,25	,96			7,00	1,63			6,25	,96			5,50	1,00			6,50	1,00			25,25	2,87		
	Πάρα πολύ	6	13,50	1,87			7,50	1,97			7,50	1,76			6,50	1,05			7,33	2,94			28,83	6,24		

### 2.3. Διερεύνηση γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης

Προκειμένου να διερευνηθεί η γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη των συμμετεχόντων αρχικά, εκτιμήθηκε η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου σε κάθε μία από τις τέσσερις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Συγκεκριμένα, ο δείκτης alpha του Cronbach προέκυψε πολύ υψηλός σε κάθε υποκλίμακα γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης των τεσσάρων ομάδων του δείγματος που αφορούν τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία. Ωστόσο χαμηλότερη συνοχή δεδομένων, αλλά άνω του επιτρεπτού ορίου, παρουσίασαν τα δεδομένα της υποκλίμακας γονεϊκής παραμέληση/αδιαφορίας στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Εντούτοις, τα δεδομένα των υπόλοιπων υποκλιμάκων γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία παρουσίασαν πολύ υψηλή συνοχή (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10:** Συνοχή δεδομένων υποκλιμάκων ερωτηματολογίου PARQ σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach  $\alpha$

	Αυτισμός	Νοητική	Κώφωση	Τύφλωση	Χωρίς Αναπηρία
	<b>Cronbach alpha</b>				
<b>Warmth</b>	,985	,974	,971	,971	,900
<b>Agg/Host</b>	,963	,913	,970	,893	,846
<b>Neg/Ind</b>	,968	,955	,943	,926	,627
<b>Rej(undif)</b>	,919	,696	,875	,915	,836

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία μέσος όρος (M) και τυπική απόκλιση (TA) κάθε υποκλίμακας γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης σε κάθε ομάδα δείγματος ενώ ταυτόχρονα εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές στους μέσους όρους. Ο μέσος όρος της υποκλίμακας γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής έχει ελάχιστη τιμή το 20 και μέγιστη το 80 καθώς προκύπτει από το άθροισμα 20 ερωτήσεων οι οποίες είναι σε τετράβαθμη κλίμακα Likert. Ο μέσος όρος των υποκλιμάκων γονεϊκής επιθετικότητα/εχθρότητα και γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχουν ελάχιστη τιμή το 15 και μέγιστη το 60 καθώς προκύπτουν από το άθροισμα 15 ερωτήσεων οι οποίες είναι σε τετράβαθμη κλίμακα Likert. Ο μέσος όρος της υποκλίμακας γονεϊκής απόρριψης έχει ελάχιστη τιμή το 10 και μέγιστη το 40 καθώς προκύπτει από το άθροισμα 10 ερωτήσεων οι οποίες είναι σε τετράβαθμη κλίμακα Likert.. Τέλος, ο μέσος όρος του συνολικού δείκτη γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης έχει ελάχιστη τιμή το 60 και μέγιστη το 240 καθώς προκύπτει από το άθροισμα των παραπάνω τεσσάρων υποκλιμάκων.

Από την Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) διαπιστώθηκε ότι το είδος αναπηρίας του αδερφού/ής επηρεάζει στατιστικά σημαντικά κάθε υποκλίμακα γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης και ειδικότερα τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και τον συνολικό δείκτη γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 11).

Προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές που προέκυψαν μεταξύ των πέντε ομάδων του δείγματος, εφαρμόστηκε η μέθοδος πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni (Πίνακας 12). Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι: α) Η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M=29,03$  ,  $TA=8,97$ ) είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M=43,90$  ,  $TA=12,82$ ), με νοητική υστέρηση ( $M=45,90$  ,  $TA=14,16$ ) και με κώφωση ( $M=44,63$  ,  $TA=16,37$ ). β) Η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M= 54,27$  ,  $TA=5,69$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα σε όλες τις ομάδες αδερφών παιδιών με αναπηρία και συγκεκριμένα από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M=44,43$  ,  $TA=8,67$ ), από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M=45,57$  ,  $TA=6,44$ ), από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M=45,73$  ,  $TA=8,26$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M=46,23$  ,  $TA=6,88$ ). γ) Η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M=54,17$  ,  $TA=3,70$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία σε όλες τις ομάδες αδερφών παιδιών με αναπηρία και συγκεκριμένα από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M=42,03$  ,  $TA= 9,11$ ), από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M=38,27$  ,  $TA=9,16$ ), από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M=45,20$  ,  $TA=7,38$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M=46,47$  ,  $TA=8,34$ ). Επίσης, η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M=45,20$  ,  $TA=7,38$ ) και με κώφωση ( $M=46,47$  ,  $TA=8,34$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M=38,27$  ,  $TA=9,16$ ) τα οποία και εμφανίζουν τις χαμηλότερες τιμές γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας. δ) Η γονεϊκή απόρριψη στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M=54,17$  ,  $TA=3,70$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από τη γονεϊκή απόρριψη στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M=26,97$  ,  $TA=3,13$ ), στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M=27,60$  ,  $TA=5,08$ ) και στα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M=25,13$  ,  $TA=6,39$ ). ε) Τέλος, ο συνολικός δείκτης γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία ( $M=212,50$  ,  $TA=20,53$ ) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερος από τον συνολικό δείκτη γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης σε όλες τις ομάδες αδερφών παιδιών με αναπηρία και συγκεκριμένα από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ( $M=171,00$  ,  $TA=35,41$ ), από τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ( $M=164,90$  ,  $TA=31,91$ ), από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ( $M=182,73$  ,  $TA=29,41$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με κώφωση ( $M=173,20$  ,  $TA=33,48$ ).

**Πίνακας 11:** Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ανά ομάδα δείγματος και μονοδιάστατη ανάλυση διασποράς

	Είδος Αναπηρίας Αδερφού										One way Anova	
	Αυτισμός		Νοητική Υστέρηση		Τύφλωση		Κώφωση		Χωρίς αναπηρία			
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	F	p
Warmth_Aff	43,90	12,82	45,90	14,16	35,80	9,93	44,63	16,37	29,03	8,97	<b>9,666</b>	<b>,000</b>
Agg_Host	44,43	8,67	45,57	6,44	45,73	8,26	46,23	6,88	54,27	5,69	<b>8,975</b>	<b>,000</b>
Neg_Indif	42,03	9,11	38,27	9,16	45,20	7,38	46,47	8,34	55,17	3,70	<b>19,553</b>	<b>,000</b>
Rej_Undif	28,43	5,80	26,97	3,13	27,60	5,08	25,13	6,39	32,10	4,91	<b>7,386</b>	<b>,000</b>
Total_PARQ	171,00	35,41	164,90	31,91	182,73	29,41	173,20	33,48	212,50	20,53	<b>11,343</b>	<b>,000</b>

**Πίνακας 12:** Αποτελέσματα πολλαπλών συγκρίσεων κάθε υποκλίμακας γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης με τη μέθοδο Bonferroni

	Είδος Αναπηρίας Αδερφού				
	Αυτισμός	Νοητική Υστέρηση	Τύφλωση	Κώφωση	Χωρίς αναπηρία
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Warmth_Aff	E	C E		E	
Agg_Host					A B C D
Neg_Indif			B	B	A B C D
Rej_Undif					B C D
Total_PARQ					A B C D

Results are based on two-sided tests assuming equal variances with significance level ,05. For each significant pair, the key of the smaller category appears under the category with larger mean.

a. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

## 2.4. Διερεύνηση γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Για τη διερεύνηση της γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων όπου οι κατηγορίες των δημογραφικών χαρακτηριστικών είναι δύο. Στην περίπτωση που οι κατηγορίες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova). Ειδικότερα, στην Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα, όπου η κρίσιμη τιμή  $p$  είναι μικρότερη του .05 χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni για να διαπιστωθεί ποιες κατηγορίες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, όπου η τυπική απόκλιση όλων των μέσων όρων είναι μηδέν χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά κριτήρια (Kruskal Wallis) για τον εντοπισμό των διαφορών.

Τα αποτελέσματα λοιπόν που προέκυψαν ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό είναι τα ακόλουθα.

**Το φύλο**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αγόρια παρουσιάζουν σε σχέση με τα κορίτσια: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=56,67$ ,  $TA=5,67$  και  $M=35,39$ ,  $TA=8,26$  αντίστοιχα), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=37,83$ ,  $TA=9,60$  και  $M=48,83$ ,  $TA=4,18$  αντίστοιχα), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=32,92$ ,  $TA=5,23$  και  $M=48,11$ ,  $TA=5,10$  αντίστοιχα), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=24,00$ ,  $TA=6,18$  και  $M=31,39$ ,  $TA=3,09$  αντίστοιχα) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=138,08$ ,  $TA=26,58$  και  $M=192,94$ ,  $TA=20,17$  αντίστοιχα). (Πίνακας 13α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,003<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,008<,01$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,022<,05$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,007<,01$ ). Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αγόρια παρουσιάζουν σε σχέση με τα κορίτσια: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=49,13$ ,  $TA=7,63$  και  $M=42,00$ ,  $TA=,65$  αντίστοιχα), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=42,73$ ,  $TA=11,22$  και  $M=33,80$ ,  $TA=2,24$  αντίστοιχα), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=28,27$ ,  $TA=3,51$  και  $M=25,67$ ,  $TA=2,09$  αντίστοιχα) και δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη



συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=179,13$ ,  $TA=40,45$  και  $M=150,67$ ,  $TA=6,24$  αντίστοιχα). (Πίνακας 14α).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 15α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,017<,05$ ) και τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,016<,05$ ). Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αγόρια παρουσιάζουν σε σχέση με τα κορίτσια: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=49,50$ ,  $TA=7,78$  και  $M=43,38$ ,  $TA=4,50$  αντίστοιχα) και β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=28,00$ ,  $TA=3,11$  και  $M=22,63$ ,  $TA=7,50$  αντίστοιχα) (Πίνακας 16α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17α).

**Η ηλικία των συμμετεχόντων αδερφών**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ηλικίας 14 έως 16 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό ηλικίας 11 έως 13 και 17 έως 18: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=62,50$ ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=41,50$ ,  $TA=13,17$  και  $M=36,00$ ,  $TA=,45$  αντίστοιχα), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=28,00$ ,  $TA=2,45$  έναντι  $M=47,75$ ,  $TA=2,83$  και  $M=49,73$ ,  $TA=,47$  αντίστοιχα), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=27,83$ ,  $TA=2,04$  έναντι  $M=43,83$ ,  $TA=8,28$  και  $M=47,91$ ,  $TA=,30$  αντίστοιχα), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=17,50$ ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=30,75$ ,  $TA=2,18$  και  $M=31,91$ ,  $TA=,30$  αντίστοιχα) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=110,83$ ,  $TA=6,94$  έναντι  $M=180,83$ ,  $TA=26,32$  και  $M=193,55$ ,  $TA=,52$  αντίστοιχα). (Πίνακας 13α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση η ηλικία που έχουν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 17 έως 18 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση ηλικίας 8 έως 11, 11 έως 13 και 14 έως 16: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=22,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=54,13$ ,  $TA=4,05$ ,  $M=57,63$ ,

TA=2,67 και M=47,00 , TA=,00 αντίστοιχα), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=57,00, TA=,00 έναντι M=42,00, TA=,93 , M=42,25 , TA=,71 και M=42,00 , TA=,00 αντίστοιχα), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=54,00, TA=,00 έναντι M=31,88, TA=,99 , M=32,88 , TA=3,72 και M=36,00 , TA=,00 αντίστοιχα) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=31,57, TA=,53 έναντι M=27,13, TA=1,89 , M=25,38 , TA=2,00 και M=24,00 , TA=,00 αντίστοιχα) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=220,57, TA=,53 έναντι M=146,88, TA=6,53 , M=142,88 , TA=7,22 και M=155,00 , TA=,00 αντίστοιχα). (Πίνακας 14α).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση η ηλικία που έχουν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,001<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 14 έως 16 ετών (M=32,00 , TA=,00) και 17 έως 18 ετών (M=24,17 , TA=,41) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=38,25 , TA=11,26) και από τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=44,29 , TA=,76). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 14 έως 16 ετών και 17 έως 18 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση ηλικίας 8 έως 10 ετών 11 έως 13 ετών: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=48,80 , TA=,45 και M=55,00 , TA=,00 έναντι M=40,42 , TA=9,84 και M=44,71 , TA=,76), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=49,00 , TA=,00 και M=56,00 , TA=,00 έναντι M=42,92 , TA=5,14 και M=37,14 , TA=,38), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=32,00 , TA=,00 και M=33,00 , TA=,00 έναντι M=24,00 , TA=5,24 και M=26,00 , TA=,00) και δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=197,80 , TA=,45 και M=219,83 , TA=,41 έναντι M=169,08 , TA=31,45 και M=163,57 , TA=,79) (Πίνακας 15α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση η ηλικία που έχουν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,001<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Ειδικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις προκύπτει ότι κάθε ηλικιακή ομάδα διαφέρει στατιστικά σημαντικά με τις υπόλοιπες. Συγκεκριμένα, σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=59,00 , TA=,00) και 14 έως 16 ετών (M=58,00 , TA=,00) ενώ σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=32,00 , TA=,00) και

17 έως 18 ετών (M=22,00 , TA=,00). Σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=42,00 , TA=,00) και 14 έως 16 ετών (M=40,00 , TA=,00) ενώ σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=49,00 , TA=,00) και 17 έως 18 ετών (M=57,00 , TA=,00). Σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=32,00 , TA=,00) ενώ σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=48,67 , TA=,52), 14 έως 16 ετών (M=50,00 , TA=,00) και 17 έως 18 ετών (M=54,00 , TA=,00). Σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=25,00 , TA=,00) και 14 έως 16 ετών (M=17,00 , TA=,00) ενώ σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=32,00 , TA=,00) και 17 έως 18 ετών (M=31,00 , TA=,00). Τέλος, σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 11 έως 13 ετών (M=140,00 , TA=,00) και 14 έως 16 ετών (M=149,00 , TA=,00) ενώ σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης παρουσιάζουν τα παιδιά με κώφωση ηλικίας 8 έως 10 ετών (M=197,67 , TA=,00) και 17 έως 18 ετών (M=220,00 , TA=,00). (Πίνακας 16α)

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ηλικία τους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17α).

**Η ηλικία των παιδιών με αναπηρία**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όπου ο/η αδερφός/ή με αυτισμό είναι ηλικίας 4 έως 7 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όπου ο/η αδερφός/ή με αυτισμό είναι ηλικίας 8 έως 11 και 12 έως 15: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=60,50 , TA=6,12 έναντι M=38,00, TA=6,94 και M=41,50 , TA=13,17 αντίστοιχα), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=30,00, TA=7,35 έναντι M=48,33, TA=4,85 και M=47,75 , TA=2,83 αντίστοιχα), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=29,33, TA=5,72 έναντι M=46,58, TA=4,60 και M=43,83 , TA=8,28 αντίστοιχα) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=18,83, TA=4,49 έναντι M=30,92, TA=3,45 και M=30,75 , TA=2,18 αντίστοιχα) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=117,67, TA=23,68 έναντι M=187,83, TA=19,79 και M=180,83 , TA=26,32 αντίστοιχα). (Πίνακας 13α).

Η ηλικία των παιδιών με αναπηρία, στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής

αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση όπου ο/η αδερφός/ή με νοητική υστέρηση είναι ηλικίας 12 έως 15 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση όπου ο/η αδερφός/ή με νοητική υστέρηση είναι ηλικίας 4 έως 7 και 16 έως 22: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=28,44$  ,  $TA=12,79$  έναντι  $M=47,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=56,57$  ,  $TA=3,50$  αντίστοιχα), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=53,67$ ,  $TA=6,61$  έναντι  $M=42,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=42,14$  ,  $TA=,86$  αντίστοιχα), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=49,11$ ,  $TA=9,70$  έναντι  $M=36,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=32,43$  ,  $TA=2,87$  αντίστοιχα) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=30,78$ ,  $TA=1,64$  έναντι  $M=24,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=26,00$  ,  $TA=2,11$  αντίστοιχα) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=205,11$ ,  $TA=30,68$  έναντι  $M=155,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=144,00$  ,  $TA=7,03$  αντίστοιχα). (Πίνακας 14α).

Η ηλικία των παιδιών με αναπηρία, στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,010<,05$ ) και τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,001<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση όπου ο/η αδερφός/ή με τύφλωση είναι ηλικίας 12 έως 15 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση όπου ο/η αδερφός/ή με τύφλωση είναι ηλικίας 8 έως 11 και 16 έως 22 ετών: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=40,42$ ,  $TA=9,84$  έναντι  $M=48,80$ ,  $TA=,45$  και  $M=49,46$  ,  $TA=5,36$  αντίστοιχα) και β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=24,00$ ,  $TA=5,24$  έναντι  $M=32,00$ ,  $TA=,00$  και  $M=29,23$  ,  $TA=3,63$  αντίστοιχα) (Πίνακας 15α).

Η ηλικία των παιδιών με αναπηρία, στα αδέρφια παιδιών με κώφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,005<,01$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,002<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,020<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση όπου ο/η αδερφός/ή με κώφωση είναι ηλικίας 8 έως 11 ετών παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση όπου ο/η αδερφός/ή με κώφωση είναι ηλικίας 12 έως 15 ετών: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=58,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=40,50$ ,  $TA=19,20$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=40,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=49,50$ ,  $TA=7,78$  ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=17,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=28,00$ ,  $TA=3,11$ ) και δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=149,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=180,00$ ,  $TA=41,51$ ). (Πίνακας 16α).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ηλικία του παιδιού χωρίς αναπηρία δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17α).

**Η ύπαρξη άλλων αδερφών**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που έχουν κι άλλον/η αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν έχουν κι άλλον/η αδερφό/ή: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=62,40$ ,  $TA=1,34$  έναντι  $M=40,20$ ,  $TA=10,61$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=28,20$ ,  $TA=2,68$  έναντι  $M=47,68$ ,  $TA=4,88$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=28,00$ ,  $TA=2,24$  έναντι  $M=44,84$ ,  $TA=7,08$ ), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=17,60$ ,  $TA=1,34$  έναντι  $M=30,60$ ,  $TA=3,32$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=111,40$ ,  $TA=7,60$  έναντι  $M=182,92$ ,  $TA=24,85$ ). (Πίνακας 13α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η ύπαρξη άλλων αδερφών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,004<,001$ ) και τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που έχουν κι άλλον/η αδερφό/ή παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δεν έχουν κι άλλον/η αδερφό/ή: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=$ ,  $TA=$  έναντι  $M=$ ,  $TA=$ ), και β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=$ ,  $TA=$  έναντι  $M=$ ,  $TA=$ ) (Πίνακας 14α).

Από τα συμμετέχοντα αδέρφια παιδιών με τύφλωση κανένα δεν έχει άλλα αδέρφια (Πίνακας 15α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ύπαρξη άλλων αδερφών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακες 16α και 17α).

Το φύλο όπως και η ηλικία των άλλων αδερφών, όπου υπάρχουν, στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία δεν προέκυψε ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ( $p>,05$ ) καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης.

Μόνο στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία που έχουν κι άλλα αδέρφια παρατηρείται ότι όσα έχουν κορίτσια ( $M=33,13$ ,  $TA=5,84$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ( $p=,001<,01$ ) αντίληψη γονεϊκής απόρριψης από όσα έχουν αγόρια ( $M=31,27$ ,  $TA=3,00$ ) (Πίνακας 17α).

**Η κινητική κατάσταση του παιδιού με αναπηρία**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 13α).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η κινητική κατάσταση του παιδιού με νοητική υστέρηση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια κινητικά ανεξάρτητων παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια εν μέρει κινητικά ανεξάρτητων παιδιών με νοητική υστέρηση και με τα αδέρφια κινητικά εξαρτώμενων παιδιών με νοητική υστέρηση: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,00$ ,  $TA=2,83$  και  $M=55,93$  ,  $TA=3,90$  αντίστοιχα), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=57,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=42,25$ ,  $TA=,71$  και  $M=42,00$  ,  $TA=,65$  αντίστοιχα), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=54,00$ ,  $TA=,00$  έναντι  $M=36,63$ ,  $TA=1,77$  και  $M=31,80$  ,  $TA=1,42$  αντίστοιχα) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=31,57$ ,  $TA=,53$  έναντι  $M=23,88$ ,  $TA=,35$  και  $M=26,47$  ,  $TA=1,96$  αντίστοιχα) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=220,57$ ,  $TA=,53$  έναντι  $M=154,75$ ,  $TA=,71$  και  $M=144,33$  ,  $TA=6,85$  αντίστοιχα). (Πίνακας 14α).

Στα συμμετέχοντα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, όλα τα παιδιά με τύφλωση είναι εν μέρει κινητικά ανεξάρτητα (Πίνακας 15α).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, η κινητική κατάσταση του παιδιού με κώφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,048<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια κινητικά ανεξάρτητων παιδιών με κώφωση ( $M=24,37$  ,  $TA=6,29$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης σε σχέση με τα αδέρφια εν μέρει κινητικά ανεξάρτητων παιδιών με κώφωση ( $M=32,00$  ,  $TA=,00$ ) (Πίνακας 16α).

Στα συμμετέχοντα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία, σχεδόν όλα τα παιδιά χωρίς αναπηρία είναι κινητικά ανεξάρτητα (Πίνακας 17α).

**Ως προς την ομιλία** του παιδιού, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,003<,01$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Αναλυτικά, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όπου δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδερφός/η με αυτισμό παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που μιλάνε καθαρά και σε σχέση με τα αδέρφια

παιδιών με αυτισμό όπου δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όσα λέει ο/η αδερφός/η με αυτισμό: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=63,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=41,50$  ,  $TA=13,17$  και  $M=40,50$  ,  $TA=9,48$  ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=27,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=47,75$  ,  $TA=2,83$  και  $M=46,57$  ,  $TA=7,24$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=27,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=43,83$  ,  $TA=8,28$  και  $M=44,79$  ,  $TA=6,81$  ), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=17,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=30,75$  ,  $TA=2,18$  και  $M=29,71$  ,  $TA=4,91$ ), και σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=108,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=180,83$  ,  $TA=26,32$  και  $M=180,57$  ,  $TA=28,31$ ) (Πίνακας 13α).

Στην ομάδα του δείγματος που αφορά τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, στην πλειοψηφία τους δηλώθηκε ότι δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδερφός/η με νοητική υστέρηση. Επίσης, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p>,05$ ) στις αντιλήψεις τους για τη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα οποία δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όλα όσα λέει ο/η αδερφός/η με νοητική υστέρηση (Πίνακας 14α).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η ομιλία είναι καθαρή στο σύνολο των αδερφών των συμμετεχόντων (Πίνακες 15α και 17α).

Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο/η αδερφός/η με κώφωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία δεν καταλαβαίνουν τίποτα από όσα λέει ο/η αδερφός/η με κώφωση σημαντικά υψηλότερη ( $p=,012<,05$ ) αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=49,50$  ,  $TA=7,78$  έναντι  $M=43,38$  ,  $TA=4,50$ ), σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=43,00$  ,  $TA=11,42$  έναντι  $M=49,50$  ,  $TA=,73$ ) και σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=28,00$  ,  $TA=3,11$  έναντι  $M=22,63$  ,  $TA=7,50$ ), (Πίνακας 16α).

**Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,019<,05$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,002<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,007<,01$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,003<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,005<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=45,94$  ,  $TA=14,19$  έναντι  $M=38,00$  ,  $TA=6,94$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=43,69$  ,  $TA=8,65$  έναντι  $M=48,33$  ,  $TA=4,85$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=40,50$  ,  $TA=9,78$  έναντι  $M=46,58$  ,  $TA=4,60$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=28,00$  ,  $TA=5,81$  έναντι  $M=30,92$  ,  $TA=3,45$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής

αποδοχής/απόρριψης ( $M=166,25$ ,  $TA=36,83$  έναντι  $M=187,83$ ,  $TA=19,79$ ). (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=48,82$ ,  $TA=2,75$  και  $M=57,17$ ,  $TA=3,33$  έναντι  $M=22,00$ ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=42,27$ ,  $TA=,65$  και  $M=41,92$ ,  $TA=,67$  έναντι  $M=57,00$ ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=35,36$ ,  $TA=2,62$  και  $M=31,75$ ,  $TA=1,60$  έναντι  $M=54,00$ ,  $TA=,00$ ), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=25,00$ ,  $TA=1,95$  και  $M=26,08$ ,  $TA=2,02$  έναντι  $M=31,57$ ,  $TA=,53$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=153,82$ ,  $TA=1,72$  και  $M=142,58$ ,  $TA=6,56$  έναντι  $M=220,57$ ,  $TA=,53$ ). (Πίνακας 14β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,007<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ και τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Γυμνασίου σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=47,28$ ,  $TA=7,58$  και  $M=47,00$ ,  $TA=4,90$  έναντι  $M=37,17$ ,  $TA=,41$ ), (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,004<,01$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,004<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος Λυκείου παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση των οποίων η μητέρα είναι απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=51,52$ ,  $TA=11,87$  έναντι  $M=22,00$ ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=42,96$ ,  $TA=3,77$  έναντι  $M=57,00$ ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=44,17$ ,  $TA=8,26$  έναντι  $M=54,00$ ,  $TA=,00$ ), δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=23,35$ ,  $TA=6,29$  έναντι



M=31,00, TA=,00) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=158,96, TA=23,84 έναντι M=220,00, TA=,00). (Πίνακας 16β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Η εργασία της μητέρας** στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,019<,05$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,002<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,007<,01$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,003<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,005<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι Ιδιωτική Υπάλληλος και με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων η μητέρα είναι άνεργη: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=39,25 , TA=9,70 έναντι M=62,00 , TA=1,73 και M=63,00 , TA=,00), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=48,54, TA=2,34 έναντι M=29,00, TA=3,46 και M=27,00 , TA=,00), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=45,58, TA=6,16 έναντι M=28,67, TA=2,89 και M=27,00 , TA=,00) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=31,17, TA=1,76 έναντι M=18,00, TA=1,73 και M=17,00 , TA=,00) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=186,04, TA=19,75 έναντι M=113,67, TA=9,81 και M=108,00 , TA=,00). (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η εργασία της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι Ιδιωτική Υπάλληλος και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι άνεργη παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων η μητέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=57,83 , TA=2,86 και M=51,81 , TA=4,89 έναντι M=25,13 , TA=8,84), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=42,00, TA=,00 και M=42,13 , TA=,81 έναντι M=55,13, TA=5,30), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=31,83, TA=2,04 και M=33,94 , TA=2,89 έναντι M=51,75, TA=6,36) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=25,83, TA=2,04 και M=25,56 , TA=2,10 έναντι M=30,63, TA=2,72) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης

(M=141,83, TA=6,94 και M=149,81 , TA=6,62 έναντι M=212,38, TA=23,19). (Πίνακας 14β)

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, η εργασία της μητέρας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,026<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι Ιδιωτική Υπάλληλος παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι Δημόσιος Υπάλληλος και σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση των οποίων η μητέρα είναι άνεργη σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=27,50, TA=1,22 έναντι M=36,90 , TA=10,43 και M=44,67 , TA=1,15) , (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα το σύνολο των μητέρων είναι Δημόσιος Υπάλληλος (Πίνακας 16β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η εργασία της μητέρας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Η διαμονή και με τους δύο γονείς**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν μένουν και με τους δύο γονείς παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που μένουν και με τους δύο γονείς : α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=63,00 , TA=,00 έναντι M=40,08 , TA=10,36), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=27,00, TA=,00 έναντι M=47,92, TA=3,86), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=27,00, TA=,00 έναντι M=45,04, TA=6,61 ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=17,00, TA=,00 έναντι M=30,72, TA=2,82) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=108,00, TA=,00 έναντι M=183,60, TA=22,86). (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η διαμονή και με τους δύο γονείς επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,003<,01$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,007<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,004<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,005<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δεν μένουν και με τους δύο γονείς παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που μένουν και με τους δύο γονείς : α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=54,22 , TA=3,80 έναντι M=42,33 , TA=15,50), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=42,22, TA=1,09

έναντι  $M=47,00$ ,  $TA=7,25$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=32,89$ ,  $TA=3,18$  έναντι  $M=40,57$ ,  $TA=9,95$ ) και δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=147,56$ ,  $TA=6,44$  έναντι  $M=172,33$ ,  $TA=35,59$ ). (Πίνακας 14β).

Το σύνολο των συμμετεχόντων στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και στα αδέρφια παιδιών με κώφωση δήλωσαν ότι μένουν και με τους δύο γονείς (Πίνακες 15β και 16β). Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η διαμονή και με τους δύο γονείς δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Η διαμονή και με άλλους συγγενείς**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,005<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,003<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που μένουν και με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν μένουν και με άλλους συγγενείς : α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=58,88$ ,  $TA=5,69$  έναντι  $M=38,45$ ,  $TA=9,98$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=34,13$ ,  $TA=9,83$  έναντι  $M=48,18$ ,  $TA=4,05$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=30,88$ ,  $TA=5,36$  έναντι  $M=46,09$ ,  $TA=6,35$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=21,50$ ,  $TA=6,21$  έναντι  $M=30,95$ ,  $TA=2,94$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=127,63$ ,  $TA=27,09$  έναντι  $M=186,77$ ,  $TA=22,57$ ). (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, η διαμονή και με τους δύο γονείς επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,004<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,017<,05$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,006<,01$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,017<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που μένουν και με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν μένουν και με άλλους συγγενείς : α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=42,13$ ,  $TA=,81$  έναντι  $M=49,50$ ,  $TA=7,78$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=34,25$ ,  $TA=2,82$  έναντι  $M=42,86$ ,  $TA=11,63$ ) , γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=25,50$ ,  $TA=2,13$  έναντι  $M=28,64$ ,  $TA=3,32$ ) και δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=150,81$ ,  $TA=6,06$  έναντι  $M=181,00$ ,  $TA=41,30$ ). (Πίνακας 14β).

Το σύνολο των συμμετεχόντων στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και στα αδέρφια παιδιών με κώφωση δήλωσαν ότι δεν μένουν και με άλλους συγγενείς (Πίνακες 15β και 16β). Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η διαμονή με άλλους συγγενείς δεν

επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και θεραπειών** από τα παιδιά με αναπηρία στις ομάδες με νοητική υστέρηση και με κώφωση όπου και υπάρχουν κατηγορίες δεδομένων, καθώς και η παρακολούθηση εξωσχολικών προγραμμάτων από τα παιδιά χωρίς αναπηρία δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά καμία από τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης της αντίστοιχης ομάδας αδερφών.

**Οι ώρες παρακολούθησης ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και θεραπειών**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=43,38$  ,  $TA=10,17$  έναντι  $M=59,25$  ,  $TA=7,50$  ) και σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=43,38$  ,  $TA=10,17$  έναντι  $M=33,80$  ,  $TA=16,35$ ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=31,50$  ,  $TA=9,00$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=46,52$  ,  $TA=5,97$ ) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=46,00$  ,  $TA=10,63$ ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=42,81$  ,  $TA=7,01$  έναντι  $M=30,50$  ,  $TA=7,00$  ) και σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=42,81$  ,  $TA=7,01$  έναντι  $M=48,00$  ,  $TA=11,75$  ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=19,75$  ,  $TA=5,50$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες ( $M=29,71$  ,  $TA=4,03$ ) και τα αδέρφια

παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες (M=30,00 , TA=7,28). Τέλος, Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες (M=122,50 , TA=29,00) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες (M=175,67 , TA=26,15) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες (M=190,20 , TA=45,97). (Πίνακας 13β)

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, οι ώρες παρακολούθησης ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και θεραπειών επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 3 με 4 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 1 με 2 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες και με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό των οποίων ο αδερφός/ή παρακολουθεί 5 με 6 ώρες ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής (M=25,57 , TA=9,45 έναντι M=47,00 , TA=,00 και M=57,63 , TA=2,67), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας (M=54,86 , TA=5,67 έναντι M=42,00 , TA=,00 και M=42,25 , TA=,71), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας (M=51,43 , TA=6,80 έναντι M=36,00 , TA=,00 και M=32,88 , TA=3,72 ) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης (M=30,43 , TA=2,88 έναντι M=24,00 , TA=,00 και M=25,38 , TA=2,00) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (M=211,14 , TA=24,76 έναντι M=155,00 , TA=,00 και M=142,88 , TA=7,22) (Πίνακας 14β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση οι ώρες παρακολούθησης ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και θεραπειών δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο/η αδερφός/η με κώφωση παρακολουθεί ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα και θεραπείες 3 με 4 ώρες (Πίνακας 16β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία οι ώρες παρακολούθησης εξωχολικών προγραμμάτων δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Η βοήθεια προς τον/την αδερφό/ή,** στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,042<,05$ ) και τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,042<,05$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή με αυτισμό παρουσιάζουν σε σχέση με , τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που βοηθούν πάρα πολύ τον/την αδερφό/ή με αυτισμό: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=40,00$  ,  $TA=10,98$  έναντι  $M=49,73$  ,  $TA=,47$ ), και β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=38,15$  ,  $TA=11,33$  έναντι  $M=47,91$  ,  $TA=,30$ ) (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση η βοήθεια προς τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 14β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, η βοήθεια προς τον/την αδερφό/ή με τύφλωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,014<,05$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή με τύφλωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που βοηθούν πολύ και πάρα πολύ τον/την αδερφό/ή με τύφλωση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=49,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=29,55$  ,  $TA=2,50$  και  $M=35,00$  ,  $TA=10,46$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=31,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=49,36$  ,  $TA=,67$  και  $M=49,46$  ,  $TA=5,36$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=38,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,36$  ,  $TA=,67$  και  $M=45,85$  ,  $TA=9,79$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=19,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=30,36$  ,  $TA=1,63$  και  $M=29,23$  ,  $TA=3,63$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=139,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=198,55$  ,  $TA=1,51$  και  $M=189,54$  ,  $TA=29,20$ ). (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, η βοήθεια προς τον/την αδερφό/ή με κώφωση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,001<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που βοηθούν λίγο τον/την αδερφό/ή με κώφωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που βοηθούν πολύ τον/την αδερφό/ή με κώφωση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=59,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=40,26$  ,  $TA=16,36$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=32,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=50,87$  ,  $TA=2,20$ ) και γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=140,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=183,30$  ,  $TA=31,93$ ) (Πίνακας 16β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η βοήθεια προς τον/την αδερφό/ή δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=57,43$  ,  $TA=13,46$ ) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=51,63$  ,  $TA=1,51$ ) παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=33,47$  ,  $TA=4,39$ ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=31,14$  ,  $TA=8,61$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=45,50$  ,  $TA=1,07$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=50,07$  ,  $TA=,70$ ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=31,43$  ,  $TA=9,69$ ) και τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=37,63$  ,  $TA=1,41$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=49,33$  ,  $TA=2,47$ ). Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=19,71$  ,  $TA=5,96$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=28,88$  ,  $TA=,35$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=32,27$  ,  $TA=,70$ ). Τέλος, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=124,86$  ,  $TA=37,64$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=160,38$  ,  $TA=2,72$ ) και από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=198,20$  ,  $TA=8,03$ ). Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=160,38$  ,  $TA=2,72$ ) παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης από τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό ( $M=198,20$  ,  $TA=8,03$ ). (Πίνακας 13β)

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,014<,05$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,003<,01$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία

( $p=,011<,05$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,005<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=52,50$  ,  $TA=5,98$  έναντι  $M=40,13$  ,  $TA=16,74$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=42,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,69$  ,  $TA=7,61$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=33,86$  ,  $TA=2,57$  έναντι  $M=42,13$  ,  $TA=11,06$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=24,86$  ,  $TA=1,56$  έναντι  $M=28,81$  ,  $TA=3,02$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=148,21$  ,  $TA=8,29$  έναντι  $M=179,50$  ,  $TA=37,71$ ). (Πίνακας 14β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,014<,05$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή με τύφλωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν πολύ και πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=49,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=29,55$  ,  $TA=2,50$  και  $M=35,00$  ,  $TA=10,46$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=31,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=49,36$  ,  $TA=,67$  και  $M=49,46$  ,  $TA=5,36$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=38,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,36$  ,  $TA=,67$  και  $M=45,85$  ,  $TA=9,79$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=19,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=30,36$  ,  $TA=1,63$  και  $M=29,23$  ,  $TA=3,63$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=139,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=198,55$  ,  $TA=1,51$  και  $M=189,54$  ,  $TA=29,20$ ). (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση, το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,001<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν λίγο τον/την αδερφό/ή με κώφωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν πολύ τον/την αδερφό/ή με κώφωση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=59,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=40,26$  ,  $TA=16,36$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=32,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=50,87$  ,  $TA=2,20$ ) και γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=140,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=183,30$  ,  $TA=31,93$ ) (Πίνακας 16β).



Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

**Το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους**, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό και με φίλους παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με αυτισμό και με φίλους: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=62,50$  ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=42,28$  ,  $TA=8,11$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=28,00$  ,  $TA=2,45$  έναντι  $M=48,11$  ,  $TA=2,22$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=27,83$  ,  $TA=2,04$  έναντι  $M=43,72$  ,  $TA=5,41$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=17,50$  ,  $TA=1,22$  έναντι  $M=30,78$  ,  $TA=1,48$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=110,83$  ,  $TA=6,94$  έναντι  $M=180,33$  ,  $TA=7,07$ ). (Πίνακας 13β).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,00$  ,  $TA=2,83$  και  $M=55,93$  ,  $TA=3,90$ ), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=57,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=42,25$  ,  $TA=,71$  και  $M=42,00$  ,  $TA=,65$ ), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=54,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=36,63$  ,  $TA=1,77$  και  $M=31,80$  ,  $TA=1,42$ ) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=31,57$  ,  $TA=,53$  έναντι  $M=23,88$  ,  $TA=,35$  και  $M=26,47$  ,  $TA=1,96$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=220,57$  ,  $TA=,53$  έναντι  $M=154,75$  ,  $TA=,71$  και  $M=144,33$  ,  $TA=6,85$ ). (Πίνακας 14β).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση, το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη

γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,038<,05$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,000<,001$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,01$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή με τύφλωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση που παίζουν λίγο,πολύ και πάρα πολύ με τον/την αδερφό/ή με νοητική υστέρηση: α) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=49,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M= 32,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=27,50$  ,  $TA=1,22$  και  $M=35,00$  ,  $TA=10,46$ ), β) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=31,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,80$  ,  $TA=,45$  ,  $M=49,83$  ,  $TA=,41$  και  $M=49,46$  ,  $TA=5,36$ ), γ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=38,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=49,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=47,83$  ,  $TA=,41$  και  $M=45,85$  ,  $TA=9,79$ ) , δ) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=19,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=32,00$  ,  $TA=,00$  ,  $M=29,00$  ,  $TA=,63$  και  $M=29,23$  ,  $TA=3,63$ ) και ε) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=139,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M= 197,80$  ,  $TA=,45$  ,  $M=190,17$  ,  $TA=1,83$  και  $M=189,54$  ,  $TA=29,20$ ). (Πίνακας 15β).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους προκύπτει ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης, δηλαδή, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ( $p=,000<,001$ ), τη γονεϊκή απόρριψη ( $p=,010<,05$ ) και την συνολική γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη ( $p=,000<,001$ ). Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν πολύ με τον/την αδερφό/ή με κώφωση παρουσιάζουν σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παίζουν λίγο με τον/την αδερφό/ή με κώφωση και τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που δεν παίζουν καθόλου με τον/την αδερφό/ή με κώφωση: α) σημαντικά χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής ( $M=22,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=48,25$  ,  $TA=13,00$  και  $M=59,00$  ,  $TA=,00$ ), β) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας ( $M=57,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=43,38$  ,  $TA=4,50$  και  $M=42,00$  ,  $TA=,00$ ), γ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής παραμέλησης/αδιαφορίας ( $M=54,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=39,50$  ,  $TA=,73$  και  $M=32,00$  ,  $TA=,00$ ) , δ) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη γονεϊκής απόρριψης ( $M=31,00$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=22,63$  ,  $TA=7,50$  και  $M=25,00$  ,  $TA=,00$ ) και ε) σημαντικά υψηλότερη αντίληψη συνολικής γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης ( $M=220,57$  ,  $TA=,00$  έναντι  $M=167,25$  ,  $TA=24,34$  και  $M=140,00$  ,  $TA=,00$ ). (Πίνακας 16β).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία το παιχνίδι με τον/την αδερφό/ή και με φίλους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης (Πίνακας 17β).

Πίνακας 13α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Φύλο	Αγόρι	12	56,67	5,60	7,788	,000	37,83	9,60	4,315	,000	32,92	5,23	7,916	,000	24,00	6,18	4,348	,000	138,08	26,58	6,427	,000	
	Κορίτσι	18	35,39	8,26			48,83	4,18			48,11	5,10			31,39	3,09			192,94	20,17			
Ηλικία	8-10	1	48,00	.	19,202	,000	45,00	.	222,432	,000	41,00	.	27,302	,000	28,00	.	195,992	,000	166,00	.	47,070	,000	
	11-13	12	41,50	13,17			47,75	2,83			43,83	8,28			30,75	2,18			180,83	26,32			
	14-16	6	62,50	1,22			28,00	2,45			27,83	2,04			17,50	1,22			110,83	6,94			
	17-18	11	36,00	,45			49,73	,47			47,91	,30			31,91	,30			193,55	,52			
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	11,009	,000	.	.	34,235	,000	.	.	14,734	,000	.	.	32,864	,000	.	.	19,818	,000	
	4-7	6	60,50	6,12			30,00	7,35			29,33	5,72			18,83	4,49			117,67	23,68			
	8-11	12	38,00	6,94			48,33	4,85			46,58	4,60			30,92	3,45			187,83	19,79			
	12-15	12	41,50	13,17			47,75	2,83			43,83	8,28			30,75	2,18			180,83	26,32			
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Άλλα αδέρφια	Ναι	5	62,40	1,34	4,605	,000	28,20	2,68	8,588	,000	28,00	2,24	5,200	,000	17,60	1,34	8,527	,000	111,40	7,60	6,298	,000	
	Όχι	25	40,20	10,61			47,68	4,88			44,84	7,08			30,60	3,32			182,92	24,85			
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	2	61,50	2,12	1,342	,272	30,00	4,24	1,342	,272	29,50	3,54	1,342	,272	18,50	2,12	1,342	,272	116,50	12,02	1,342	,272	
	Κορίτσι	3	63,00	,00			27,00	,00			27,00	,00			17,00	,00			108,00	,00			
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	5	62,40	1,34	-	-	28,20	2,68	-	-	28,00	2,24	-	-	17,60	1,34	-	-	111,40	7,60	-	-	
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	12	41,50	13,17	,694	,412	47,75	2,83	3,141	,087	43,83	8,28	,775	,386	30,75	2,18	3,462	,073	180,83	26,32	1,573	,220	
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	18	45,50	12,70			42,22	10,50			40,83	9,66			26,89	6,93			164,44	39,71			
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	12	41,50	13,17	7,422	,003	47,75	2,83	24,761	,000	43,83	8,28	10,443	,000	30,75	2,18	22,565	,000	180,83	26,32	13,708	,000	
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	4	63,00	,00			27,00	,00			27,00	,00			17,00	,00			108,00	,00			
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	14	40,50	9,48			46,57	7,24			44,79	6,81			29,71	4,91			180,57	28,31			

Πίνακας 13β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Γυμνάσιο	2	63,00	,00	<b>4,614</b>	<b>,019</b>	27,00	,00	<b>7,807</b>	<b>,002</b>	27,00	,00	<b>5,977</b>	<b>,007</b>	17,00	,00	<b>7,174</b>	<b>,003</b>	108,00	,00	<b>6,405</b>	<b>,005</b>	
	Λύκειο	16	45,94	14,19			43,69	8,65			40,50	9,78			28,00	5,81			166,25	36,83			
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12	38,00	6,94			48,33	4,85			46,58	4,60			30,92	3,45			187,83	19,79			
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	24	39,25	9,70	<b>16,163</b>	<b>,000</b>	48,54	2,34	<b>182,878</b>	<b>,000</b>	45,58	6,16	<b>23,041</b>	<b>,000</b>	31,17	1,76	<b>156,769</b>	<b>,000</b>	186,04	19,75	<b>40,078</b>	<b>,000</b>	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	62,00	1,73			29,00	3,46			28,67	2,89			18,00	1,73			113,67	9,81			
	Άνεργη	3	63,00	,00			27,00	,00			27,00	,00			17,00	,00			108,00	,00			
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	25	40,08	10,36	<b>11,062</b>	<b>,000</b>	47,92	3,86	<b>27,089</b>	<b>,000</b>	45,04	6,61	<b>13,644</b>	<b>,000</b>	30,72	2,82	<b>24,315</b>	<b>,000</b>	183,60	22,86	<b>16,533</b>	<b>,000</b>	
	Όχι	5	63,00	,00			27,00	,00			27,00	,00			17,00	,00			108,00	,00			
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	8	58,88	5,69	<b>5,436</b>	<b>,000</b>	34,13	9,83	<b>3,924</b>	<b>,005</b>	30,88	5,36	<b>6,537</b>	<b>,000</b>	21,50	6,21	<b>4,141</b>	<b>,003</b>	127,63	27,09	<b>5,519</b>	<b>,000</b>	
	Όχι	22	38,45	9,98			48,18	4,05			46,09	6,35			30,95	2,94			186,77	22,57			
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	30	43,90	12,82			44,43	8,67			42,03	9,11			28,43	5,80			171,00	35,41			
	Όχι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Ωρες παρακολούθησης	1-2	4	59,25	7,50	<b>5,954</b>	<b>,007</b>	31,50	9,00	<b>7,412</b>	<b>,003</b>	30,50	7,00	<b>5,800</b>	<b>,008</b>	19,75	5,50	<b>7,500</b>	<b>,003</b>	122,50	29,00	<b>6,413</b>	<b>,005</b>	
	3-4	21	43,38	10,17			46,52	5,97			42,81	7,01			29,71	4,03			175,67	26,15			
	5-6	5	33,80	16,35			46,00	10,63			48,00	11,75			30,00	7,28			190,20	45,97			
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Βοήθεια	Καθόλου	3	52,00	,00	2,781	,061	46,00	,00	<b>3,143</b>	<b>,042</b>	37,33	,58	<b>3,154</b>	<b>,042</b>	29,00	,00	2,792	,060	160,33	,58	2,918	,053	
	Λίγο	13	48,46	15,94			40,00	10,98			38,15	11,33			25,69	7,36			155,38	44,41			
	Πολύ	3	45,00	16,70			42,67	8,74			42,00	10,54			27,00	6,56			166,67	42,00			
	Πάρα πολύ	11	36,00	,45			49,73	,47			47,91	,30			31,91	,30			193,55	,52			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η	Καθόλου	0	.	.	<b>33,338</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>50,548</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>35,476</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>46,017</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>38,415</b>	<b>,000</b>	
	Λίγο	7	57,43	13,46			31,14	8,61			31,43	9,69			19,71	5,96			124,86	37,64			
	Πολύ	8	51,63	1,51			45,50	1,07			37,63	1,41			28,88	,35			160,38	2,72			
	Πάρα πολύ	15	33,47	4,39			50,07	,70			49,33	2,47			32,27	,70			198,20	8,03			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η και τους φίλους	Καθόλου	6	62,50	1,22	<b>21,953</b>	<b>,000</b>	28,00	2,45	<b>141,044</b>	<b>,000</b>	27,83	2,04	<b>26,589</b>	<b>,000</b>	17,50	1,22	<b>137,428</b>	<b>,000</b>	110,83	6,94	<b>42,762</b>	<b>,000</b>	
	Λίγο	2	37,50	14,85			47,50	3,54			47,00	8,49			30,50	3,54			187,50	30,41			
	Πολύ	18	42,28	8,11			48,11	2,22			43,72	5,41			30,78	1,48			180,33	17,07			
	Πάρα πολύ	4	26,50	1,00			51,00	,00			53,25	,50			33,25	,50			211,00	1,41			

Πίνακας 14α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση																						
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Φύλο	Αγόρι	15	41,00	18,49	1,990	,064	49,13	7,63	3,606	,003	42,73	11,22	3,023	,008	28,27	3,51	2,462	,022	179,13	40,45	2,694	,007
	Κορίτσι	15	50,80	4,66			42,00	,65			33,80	2,24			25,67	2,09			150,67	6,24		
Ηλικία	8-10	8	54,13	4,05	297,110	,000	42,00	,93	1089,142	,000	31,88	,99	194,477	,000	27,13	1,89	36,679	,000	146,88	6,53	375,874	,000
	11-13	8	57,63	2,67			42,25	,71			32,88	3,72			25,38	2,00			142,88	7,22		
	14-16	7	47,00	,00			42,00	,00			36,00	,00			24,00	,00			155,00	,00		
	17-18	7	22,00	,00			57,00	,00			54,00	,00			31,57	,53			220,57	,53		
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	39,967	,000	.	.	31,662	,000	.	.	24,661	,000	.	.	34,857	,000	.	.	35,272	,000
	4-7	7	47,00	,00			42,00	,00			36,00	,00			24,00	,00			155,00	,00		
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	12-15	9	28,44	12,79			53,67	6,61			49,11	9,70			30,78	1,64			205,11	30,68		
	16-22	14	56,57	3,50			42,14	,86			32,43	2,87			26,00	2,11			144,00	7,03		
Άλλα αδέρφια	Ναι	7	47,00	,00	,424	,676	42,00	,00	3,174	,004	36,00	,00	1,362	,187	24,00	,00	6,085	,000	155,00	,00	1,717	,100
	Όχι	23	45,57	16,24			46,65	7,03			38,96	10,41			27,87	3,05			167,91	36,08		
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	3	47,00	,00	-	-	42,00	,00	-	-	36,00	,00	-	-	24,00	,00	-	-	155,00	,00	-	-
	Κορίτσι	4	47,00	,00			42,00	,00			36,00	,00			24,00	,00			155,00	,00		
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.			
	8-11	7	47,00	,00			42,00	,00			36,00	,00			24,00	,00			155,00	,00		
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	7	22,00	,00	278,288	,000	57,00	,00	1696,547	,000	54,00	,00	639,512	,000	31,57	,53	54,804	,000	220,57	,53	588,133	,000
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	8	48,00	2,83			42,25	,71			36,63	1,77			23,88	,35			154,75	,71		
	Κινητικά εξαρτώμενος	15	55,93	3,90			42,00	,65			31,80	1,42			26,47	1,96			144,33	6,85		
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	1	22,00	.	1,909	,168	57,00	.	2,107	,141	54,00	.	1,987	,157	32,00	.	1,368	,272	221,00	.	2,018	,153
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	25	45,88	14,55			45,56	6,58			38,28	9,26			26,80	3,16			164,76	32,71		
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	4	52,00	2,00			42,75	,96			34,25	4,50			26,75	2,50			151,75	,96		

<b>Πίνακας 14β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση</b>																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Μορφωτικό Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Γυμνάσιο	11	48,82	2,75	<b>384,220,000</b>		42,27	,65	<b>1772,012,000</b>		35,36	2,62	<b>325,671,000</b>		25,00	1,95	<b>31,957,000</b>		153,82	1,72	<b>776,974,000</b>		
	Λύκειο	12	57,17	3,33			41,92	,67			31,75	1,60			26,08	2,02			142,58	6,56			
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	22,00	,00			57,00	,00			54,00	,00			31,57	,53			220,57	,53			
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	8	25,13	8,84			55,13	5,30			51,75	6,36			30,63	2,72			212,38	23,19			
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	6	57,83	2,86	<b>69,438,000</b>	<b>,000</b>	42,00	,00	<b>65,123,000</b>	<b>,000</b>	31,83	2,04	<b>62,979,000</b>	<b>,000</b>	25,83	2,04	<b>14,247,000</b>	<b>,000</b>	141,83	6,94	<b>72,018,000</b>	<b>,000</b>	
	Άνεργη	16	51,81	4,89			42,13	,81			33,94	2,89			25,56	2,10			149,81	6,62			
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	21	42,33	15,50			<b>3,291,003</b>	<b>,003</b>			47,00	7,25			<b>2,945,007</b>	<b>,007</b>			40,57	9,95			<b>3,180,004</b>
	Όχι	9	54,22	3,80	42,22	1,09			32,89	3,18	26,67	2,24	147,56	6,44									
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	16	51,06	4,63	2,149	,051	42,13	,81	<b>3,529,004</b>	<b>,004</b>	34,25	2,82	<b>2,700,017</b>	<b>,017</b>	25,50	2,13	<b>3,038,006</b>	<b>,006</b>	150,81	6,06	<b>2,710,017</b>	<b>,017</b>	
	Όχι	14	40,00	18,77			49,50	7,78			42,86	11,63			28,64	3,32			181,00	41,30			
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	21	43,90	15,00	1,187	,245	46,38	6,90	1,199	,244	39,95	9,46	1,579	,125	26,67	3,41	,916	,370	169,10	33,99	1,104	,279	
	Όχι	9	50,56	11,36			43,67	5,07			34,33	7,43			27,67	2,40			155,11	25,45			
Ωρες παρακολούθησης	1-2	6	47,00	,00	<b>60,189,000</b>	<b>,000</b>	42,00	,00	<b>34,587,000</b>	<b>,000</b>	36,00	,00	<b>34,030,000</b>	<b>,000</b>	24,00	,00	<b>17,988,000</b>	<b>,000</b>	155,00	,00	<b>42,439,000</b>	<b>,000</b>	
	3-4	7	25,57	9,45			54,86	5,67			51,43	6,80			30,43	2,88			211,14	24,76			
	5-6	8	57,63	2,67			42,25	,71			32,88	3,72			25,38	2,00			142,88	7,22			
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.	3,489	,072	.	.	2,411	,132	.	.	4,097	,053	.	.	,013	,910	.	.	2,960	,096	
	Λίγο	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.				
	Πολύ	24	43,58	14,86			46,46	6,92			39,88	9,59			27,00	3,38			169,75	33,91			
	Πάρα πολύ	6	55,17	4,22			42,00	1,10			31,83	1,17			26,83	2,14			145,50	7,12			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η	Καθόλου	0	.	.	<b>6,857,014</b>	<b>,014</b>	.	.	<b>10,754,003</b>	<b>,003</b>	.	.	<b>7,438,011</b>	<b>,011</b>	.	.	<b>19,452,000</b>	<b>,000</b>	.	.	<b>9,210,005</b>	<b>,005</b>	
	Λίγο	14	52,50	5,98			42,00	,00			33,86	2,57			24,86	1,56			148,21	8,29			
	Πολύ	16	40,13	16,74			48,69	7,61			42,13	11,06			28,81	3,02			179,50	37,71			
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η και τους φίλους	Καθόλου	15	55,93	3,90	<b>278,288,000</b>	<b>,000</b>	42,00	,65	<b>1696,547,000</b>	<b>,000</b>	31,80	1,42	<b>639,512,000</b>	<b>,000</b>	26,47	1,96	<b>54,805,000</b>	<b>,000</b>	144,33	6,85	<b>588,133,000</b>	<b>,000</b>	
	Λίγο	8	48,00	2,83			42,25	,71			36,63	1,77			23,88	,35			154,75	,71			
	Πολύ	7	22,00	,00			57,00	,00			54,00	,00			31,57	,53			220,57	,53			
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			

Πίνακας 15α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Φύλο	Αγόρι	12	36,58	12,97	,314	,757	43,00	12,53	1,244	,238	47,00	9,40	,992	,336	26,00	7,31	1,216	,246	179,42	42,21	,429	,674	
	Κορίτσι	18	35,28	7,65			47,56	2,43			44,00	5,66			28,67	2,52			184,94	17,59			
Ηλικία	8-10	12	38,25	11,26	<b>9,049</b>	<b>,000</b>	40,42	9,84	<b>7,366</b>	<b>,001</b>	42,92	5,14	<b>38,288</b>	<b>,000</b>	24,00	5,24	<b>12,776</b>	<b>,000</b>	169,08	31,45	<b>11,309</b>	<b>,000</b>	
	11-13	7	44,29	,76			44,71	,76			37,14	,38			26,00	,00			163,57	,79			
	14-16	5	32,00	,00			48,80	,45			49,00	,00			32,00	,00			197,80	,45			
	17-18	6	24,17	,41			55,00	,00			56,00	,00			33,00	,00			219,83	,41			
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	,761	,477	.	.	5,424	,010	.	.	1,314	,285	.	.	<b>8,414</b>	<b>,001</b>	.	.	2,541	,097	
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.				
	8-11	5	32,00	,00			48,80	,45			42,92	5,14			32,00	,00			169,08	31,45			
	12-15	12	38,25	11,26			40,42	9,84			44,92	5,14			24,00	5,24			169,08	31,45			
	16-22	13	35,00	10,46			49,46	5,36			45,85	9,79			29,23	3,63			189,54	29,20			
Άλλα αδέρφια	Ναι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Όχι	30	35,80	9,93			45,73	8,26			45,20	7,38			27,60	5,08			182,73	29,41			
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Κορίτσι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	4-7	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	30	35,80	9,93			45,73	8,26			45,20	7,38			27,60	5,08			182,73	29,41			
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	30	35,80	9,93			45,73	8,26			45,20	7,38			27,60	5,08			182,73	29,41			
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			

Πίνακας 15β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση																						
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Γυμνάσιο	6	44,33	,82	3,194	,057	45,00	,00	2,232	,794	37,17	,41	5,694	,007	26,00	,00	1,877	,173	163,83	,41	1,718	,198
	Λύκειο	6	34,00	4,90			47,83	2,40			47,00	4,90			31,00	2,45			191,83	14,62		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	33,56	11,35			45,28	10,62			47,28	7,58			27,00	6,07			186,00	35,30		
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	21	36,90	10,43			44,67	9,62			45,57	8,21	2,300	,120	27,43	6,02			180,76	33,37		
	Ίδιωτικός Υπάλληλος	6	27,50	1,22	4,171	,026	49,83	,41	2,921	,410	47,83	,41	2,300	,120	29,00	,63	3,372	,693	199,17	1,83	1,691	,203
	Άνεργη	3	44,67	1,15			45,00	,00			37,33	,58			26,00	,00			163,67	,58		
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	30	35,80	9,93			45,73	8,26			45,20	7,38			27,60	5,08			182,73	29,41		
	Όχι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	1	30,00	.			50,00	.			48,00	.			28,00	.			196,00	.		
	Όχι	29	36,00	10,04			45,59	8,36			45,10	7,49			27,59	5,17			182,28	29,82		
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	29	35,93	10,08			45,62	8,38			45,07	7,48			27,45	5,10			182,21	29,79		
	Όχι	1	32,00	.			49,00	.			49,00	.			32,00	.			198,00	.		
Ωρες παρακολούθησης	1-2	19	38,53	11,14			44,00	9,95			43,95	8,75	1,251	,273	26,21	5,79			175,63	34,36		
	3-4	10	31,00	5,14	4,052	,054	48,70	2,11	2,145	,155	47,20	3,65	1,251	,273	29,80	2,10	3,546	,071	194,70	11,57	2,864	,102
	5-6	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Λίγο	6	49,00	,00	14,574	,000	31,00	,00	62,838	,000	38,00	,00	4,989	,014	19,00	,00	41,069	,000	139,00	,00	19,522	,000
	Πολύ	11	29,55	2,50			49,36	,67			48,36	,67			30,36	1,63			198,55	1,51		
	Πάρα πολύ	13	35,00	10,46			49,46	5,36			45,85	9,79			29,23	3,63			189,54	29,20		
Παιχνίδι με τον αδερφό/η	Καθόλου	6	49,00	,00			31,00	,00			38,00	,00			19,00	,00			139,00	,00		
	Λίγο	0	.	.	14,574	,000	.	.	62,838	,000	.	.	4,989	,014	.	.	41,069	,000	.	.	19,522	,000
	Πολύ	11	29,55	2,50			49,36	,67			48,36	,67			30,36	1,63			198,55	1,51		
	Πάρα πολύ	13	35,00	10,46			49,46	5,36			45,85	9,79			29,23	3,63			189,54	29,20		
Παιχνίδι με τον αδερφό/η και τους φίλους	Καθόλου	6	49,00	,00			31,00	,00			38,00	,00			19,00	,00			139,00	,00		
	Λίγο	5	32,00	,00	10,110	,000	48,80	,45	40,752	,000	49,00	,00	3,241	,038	32,00	,00	31,729	,000	197,80	,45	12,543	,000
	Πολύ	6	27,50	1,22			49,83	,41			47,83	,41			29,00	,63			199,17	1,83		
	Πάρα πολύ	13	35,00	10,46			49,46	5,36			45,85	9,79			29,23	3,63			189,54	29,20		



Πίνακας 16α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με κόφωση																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Φύλο	Αγόρι	14	40,50	19,20	1,276	,215	49,50	7,78	2,590	,017	43,00	11,42	2,127	,053	28,00	3,11	2,620	,016	180,00	41,51	1,008	,325	
	Κορίτσι	16	48,25	13,00			43,38	4,50			49,50	,73			22,63	7,50			167,25	24,34			
Ηλικία	8-10	6	32,00	,00	29,000	,000	49,00	,00	29,000	,000	48,67	,52	13104,867	,000	32,00	,00	29,000	,000	197,67	,52	211220,533	,000	
	11-13	7	59,00	,00			42,00	,00			32,00	,00			25,00	,00			140,00	,00			
	14-16	10	58,00	,00			40,00	,00			50,00	,00			17,00	,00			149,00	,00			
	17-18	7	22,00	,00			57,00	,00			54,00	,00			31,00	,00			220,00	,00			
Ηλικία Αδερφού	0-3	3	32,00	,00	5,396	,005	49,00	,00	6,426	,002	48,67	,58	1,647	,203	32,00	,00	72,873	,000	197,67	,58	3,906	,020	
	4-7	3	32,00	,00			49,00	,00			48,67	,58			32,00	,00			197,67	,58			
	8-11	10	58,00	,00			40,00	,00			50,00	,00			17,00	,00			149,00	,00			
	12-15	14	40,50	19,20			49,50	7,78			43,00	11,42			28,00	3,11			180,00	41,51			
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Άλλα αδέρφια	Ναι	5	47,60	14,24	,438	,665	43,60	4,93	,936	,357	49,60	,55	2,063	,050	23,00	8,22	,813	,423	168,60	26,84	,397	,703	
	Όχι	25	44,04	16,97			46,76	7,17			45,84	9,03			25,56	6,08			174,12	35,05			
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	1	58,00	.	,775	,495	40,00	.	,775	,495	50,00	.	,775	,495	17,00	.	,775	,495	149,00	.	,775	,495	
	Κορίτσι	4	45,00	15,01			44,50	5,20			49,50	,58			24,50	8,66			173,50	28,29			
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	.	.	-	-	
	4-7	5	47,60	14,24			43,60	4,93			49,60	,55			23,00	8,22			168,60	26,84			
	8-11	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	12-15	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	16-22	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	27	46,04	16,69	2,057	,163	45,93	7,19	,531	,472	46,22	8,77	,226	,638	24,37	6,29	4,280	,048	170,48	34,25	1,832	,187	
	Έν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	3	32,00	,00			49,00	,00			48,67	,58			32,00	,00			197,67	,58			
	Κινητικά εξαρτώμενος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	0	.	.	1,714	,201	.	.	7,187	,012	.	.	5,190	,031	.	.	6,228	,019	.	.	1,086	,306	
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	14	40,50	19,20			49,50	7,78			43,00	11,42			28,00	3,11			180,00	41,51			
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	16	48,25	13,00			43,38	4,50			49,50	,73			22,63	7,50			167,25	24,34			

Πίνακας 16β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών με κόφωση																						
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ			
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Γυμνάσιο	0	.	.																		
	Λύκειο	23	51,52	11,87			42,96	3,77			44,17	8,26			23,35	6,29			158,96	23,84		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	22,00	,00			57,00	,00			54,00	,00			31,00	,00			220,00	,00		
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	30	44,63	16,37			46,23	6,88			46,47	8,34			25,13	6,39			173,20	33,48		
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Ανεργη	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	30	44,63	16,37			46,23	6,88			46,47	8,34			25,13	6,39			173,20	33,48		
	Όχι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Όχι	30	44,63	16,37			46,23	6,88			46,47	8,34			25,13	6,39			173,20	33,48		
Παρακολούθηση Ειδ. Εκπ. Προγράμματα Θεραπείες	Ναι	23	43,96	17,28			46,96	7,33	1,305	,211	45,57	9,38	1,954	,063	25,65	5,93	,801	,430	174,22	35,89	,353	,730
	Όχι	7	46,86	13,90			43,86	4,81			49,43	,79			23,43	8,02			169,86	26,02		
Ωρες παρακολούθησης	1-2	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	3-4	23	43,96	17,28			46,96	7,33			45,57	9,38			25,65	5,93			174,22	35,89		
	5-6	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	7-8	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Βοήθεια	Καθόλου	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Λίγο	7	59,00	,00			42,00	,00	3,794	,062	32,00	,00	501,873	,000	25,00	,00	,004	,951	140,00	,00	12,561	,001
	Πολύ	23	40,26	16,36			47,52	7,41			50,87	2,20			25,17	7,34			183,30	31,93		
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Παιχνίδι με τον αδερφό/η	Καθόλου	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
	Λίγο	7	59,00	,00			42,00	,00	3,794	,062	32,00	,00	501,873	,000	25,00	,00	,004	,951	140,00	,00	12,561	,001
	Πολύ	23	40,26	16,36			47,52	7,41			50,87	2,20			25,17	7,34			183,30	31,93		
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		
Παιχνίδι με τον αδερφό/η και τους φίλους	Καθόλου	7	59,00	,00			42,00	,00			32,00	,00			25,00	,00			140,00	,00		
	Λίγο	16	48,25	13,00			43,38	4,50			39,50	7,73			22,63	7,50			167,25	24,34		
	Πολύ	7	22,00	,00			57,00	,00	47,450	,000	54,00	,00	3390,975	,000	31,00	,00	5,467	,010	220,00	,00	35,887	,000
	Πάρα πολύ	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.		

Πίνακας 17α: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία																																
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ													
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p										
Φύλο	Αγόρι	10	32,30	6,99	1,436	,162	54,10	5,22	,111	,912	54,40	4,14	,547	,431	31,90	5,59	,155	,878	208,10	17,27	,826	,416										
	Κορίτσι	20	27,40	9,56			54,35	6,05			55,55	3,50			32,20	4,69			214,70	22,06												
Ηλικία	8-10	4	28,00	8,64	,640	,596	53,00	6,06	1,438	,254	54,00	4,32	,253	,858	28,25	7,04	1,109	,363	207,25	25,32	,745	,535										
	11-13	6	26,83	5,64			56,33	3,08			56,00	3,69			33,17	3,06			218,67	14,60												
	14-16	8	27,00	5,07			56,63	1,06			55,50	3,30			33,38	2,83			218,50	10,62												
	17-18	12	31,83	12,10			52,08	7,63			54,92	4,10			32,00	5,78			207,17	26,07												
Ηλικία Αδερφού	0-3	0	.	.	,371	,774	.	.	,363	,780	.	.	,683	,571	.	.	,940	,435	.	.	,607	,616										
	4-7	4	27,25	2,99			55,50	3,11			55,25	3,50			32,50	3,70			216,00	12,25												
	8-11	8	30,00	9,80			54,75	4,46			54,88	4,12			32,13	5,96			211,75	21,19												
	12-15	7	31,57	14,57			52,29	7,97			53,71	3,95			29,57	6,83			204,00	30,75												
	16-22	11	27,36	5,16			54,73	5,93			56,27	3,44			33,55	2,46			217,18	14,68												
Άλλα αδέρφια	Ναι	19	29,26	7,25	,181	,857	54,05	5,64	,266	,792	54,47	3,85	1,370	,182	32,05	4,38	,068	,946	211,32	17,71	,409	,685										
	Όχι	11	28,64	11,78			54,64	6,04			56,36	3,23			32,18	5,95			214,55	25,50												
Φύλο άλλων αδερφών	Αγόρι	11	29,18	6,05	,405	,691	52,82	6,23	1,721	,106	53,82	3,89	1,291	,216	31,27	3,00	4,221	,001	208,73	16,19	1,639	,122										
	Κορίτσι	8	29,38	9,10			55,75	4,56			55,38	3,85			33,13	5,84			214,88	20,17												
Ηλικία άλλων αδερφών	0-3	0	.	.	,191	,901	.	.	,196	,898	.	.	,277	,841	.	.	,660	,590	.	.	,223	,879										
	4-7	2	30,50	9,19			54,00	2,83			52,00	,00			29,00	1,41			204,50	13,44												
	8-11	1	32,00	.			58,00	.			55,00	.			35,00	.			216,00	.												
	12-15	8	30,13	9,01			53,25	5,65			54,63	3,85			31,38	5,66			209,13	19,68												
	16-22	8	27,75	6,07			54,38	6,76			54,88	4,61			33,13	3,36			214,63	18,95												
Κινητική Κατάσταση	Κινητικά Ανεξάρτητος	29	29,17	9,10	-	-	54,28	5,79	-	-	55,14	3,76	-	-	32,07	4,99	-	-	212,31	20,87	-	-										
	Εν μέρει κινητικά ανεξάρτητος	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Κινητικά εξαρτώμενος	1	25,00	.			54,00	.			56,00	.			33,00	.			218,00	.												
Ομιλία	Μιλάει καθαρά	29	28,83	9,06	-	-	54,21	5,78	-	-	55,41	3,50	-	-	32,24	4,93	-	-	213,03	20,68	-	-										
	Δεν καταλαβαίνω όλα όσα λέει	1	35,00	.			56,00	.			48,00	.			28,00	.			197,00	.												
	Δεν καταλαβαίνω τίποτα από όσα λέει	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Πίνακας 17β: Επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες PARQ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία																							
		Warmth_Aff					Agg/Host				Neg/Indif				Rej(undif)				Total PARQ				
		N	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	M	TA	t/F	p	
Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας	Δημοτικό	0	.	.			.	.			.	.			.	.			.	.			
	Γυμνάσιο	1	34,00	.	466	,632	59,00	.	672	,519	56,00	.	772	,472	36,00	.	1,079	,354	217,00	.	604	,554	
	Λύκειο	4	25,50	2,65			56,25	2,22			57,25	1,26			34,75	1,71			222,75	4,27			
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	25	29,40	9,65			53,76	6,06			54,80	3,93			31,52	5,16			210,68	22,03			
Εργασία Μητέρας	Δημόσιος Υπάλληλος	16	29,50	7,46			53,88	6,10			54,19	3,94			31,94	4,48			210,50	18,46			
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	29,00	11,92	118	,889	54,27	6,02	223	,802	55,91	3,36	1,523	,236	31,18	5,76	1,349	,277	212,36	25,61	502	,611	
	Άνεργη	3	26,67	5,51			56,33	1,53			57,67	2,31			36,33	1,15			223,67	7,51			
Διαμονή και με τους δύο γονείς	Ναι	27	29,56	9,28	955	,348	54,22	5,98	126	,809	55,11	3,82	243	,810	32,15	5,10	158	,875	211,93	21,42	453	,654	
	Όχι	3	24,33	3,51			54,67	2,31			55,67	2,89			31,67	3,21			217,67	10,12			
Διαμονή με άλλους συγγενείς	Ναι	3	24,33	3,51	955	,348	54,67	2,31	126	,901	55,67	2,89	243	,810	31,67	3,21	159	,875	217,67	10,12	453	,654	
	Όχι	27	29,56	9,28			54,22	5,98			55,11	3,82			32,15	5,10			211,93	21,42			
Παρακολούθηση εξωσχολικών προγραμμάτων	Ναι	23	29,61	9,87	630	,534	54,52	5,39	439	,664	54,91	3,62	675	,505	31,74	5,40	724	,475	211,57	21,47	446	,659	
	Όχι	7	27,14	5,18			53,43	7,00			56,00	4,12			33,29	2,75			215,57	18,21			
Ωρες παρακολούθησης	1-2	5	33,00	17,18			52,60	8,59			55,40	3,05			30,40	8,79			205,40	36,36			
	3-4	4	30,00	7,83	265	,850	53,25	5,91	479	,701	55,50	4,20	110	,953	30,75	7,85	243	,865	209,50	23,98	232	,873	
	5-6	3	27,33	3,79			56,67	2,52			55,00	4,00			33,33	2,52			217,67	12,58			
	7-8	11	28,55	8,14			55,27	4,27			54,45	4,01			32,27	3,32			213,45	15,67			
Βοήθεια	Καθόλου	2	30,00	7,07			55,00	1,41			52,00	5,66			30,50	3,54			207,50	14,85			
	Λίγο	11	34,36	11,87	2,709	,066	51,91	6,64	1,068	,380	54,18	3,52	1,370	,274	30,18	6,98	1,130	,355	201,91	25,52	2,046	,132	
	Πολύ	13	26,15	5,01			55,38	5,66			55,85	3,46			33,46	2,85			218,54	15,62			
	Πάρα πολύ	4	23,25	2,50			56,75	1,71			57,25	3,77			33,75	2,63			224,50	8,66			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η	Καθόλου	3	28,33	5,13			56,67	2,08			58,00	1,73			35,33	2,08			221,67	4,04			
	Λίγο	9	31,11	14,11	233	,873	52,78	7,12	391	,761	55,22	3,70	809	,501	31,44	6,33	1,104	,365	208,33	28,25	419	,741	
	Πολύ	13	27,77	5,59			54,77	5,56			55,00	3,29			32,85	3,11			214,85	16,00			
	Πάρα πολύ	5	29,00	7,97			54,20	5,36			53,80	5,40			29,40	6,62			208,40	23,27			
Παιχνίδι με τον αδερφό/η και τους φίλους	Καθόλου	7	31,43	14,57			50,29	8,42			55,14	4,81			30,71	7,02			204,71	32,66			
	Λίγο	13	28,46	7,45	291	,831	55,31	4,29	2,180	,114	55,69	3,01	1,243	,314	32,92	3,15	1,158	,345	215,46	14,13	959	,427	
	Πολύ	4	26,25	4,65			58,25	,96			57,00	1,63			35,00	,82			224,00	6,78			
	Πάρα πολύ	6	29,33	7,15			54,00	4,52			52,83	4,26			30,00	6,32			207,50	20,34			

## 2.5. Πολλαπλές παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τις υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών

Ένας από τους βασικούς στόχους της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει πως επιδρά η γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη στις δυνατότητες και τις δυσκολίες που τυχόν παρουσιάζουν τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία και τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Για να εξεταστεί το ερώτημα αυτό εφαρμόστηκε στα δεδομένα κάθε ομάδας δείγματος ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης κατά βήματα. Στην ανάλυση κάθε ομάδας δείγματος εξαρτημένη μεταβλητή ήταν κάθε φορά οι υποκλίμακες δυνατοτήτων και δυσκολιών ενώ ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πέντε υποκλίμακες γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης. (Παράρτημα 1)

Ως προς τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει το 92,7% της συνολικής διακύμανσης της Θετικής Κοινωνικής τους Συμπεριφοράς (Πίνακας 1, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει θετική επίδραση στην Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά των αδερφών παιδιών με αυτισμός (Πίνακας 18).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει το 99,5% της συνολικής διακύμανσης της Θετικής Κοινωνικής τους Συμπεριφοράς (Πίνακας 13, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχουν θετική επίδραση στην Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 18).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 87,0% της συνολικής διακύμανσης της Θετικής Κοινωνικής τους Συμπεριφοράς (Πίνακας 25, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει θετική

επίδραση στην Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 18).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή ζεστασία/στοργή μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή ζεστασία/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 100% της συνολικής διακύμανσης της Θετικής Κοινωνικής τους Συμπεριφοράς (Πίνακας 37, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή ζεστασία/στοργή έχουν θετική επίδραση στην Θετική Κοινωνική τους Συμπεριφορά ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει αρνητική επίδραση στην Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 18).

Τέλος, στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή ζεστασία/στοργή μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Θετική Κοινωνική τους Συμπεριφορά. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή ζεστασία/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 46,2% της συνολικής διακύμανσης της Θετικής Κοινωνικής τους Συμπεριφοράς (Πίνακας 49, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή ζεστασία/στοργή έχει αρνητική επίδραση στην Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά των αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά=0,285 * Neg./Ind - 0,752
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά= 0,233 * Agg + 0,259 * Rej + 0,191 * Neg./Ind - 0,045
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά= 0,257 * Agg - 2,087
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά= 0,659 * Agg - 0,297 * Rej + 0,057 * Warmth - 15,608
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά= - 0,106 * Warmth + 16,354

Ως προς την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής τους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 98,9% της συνολικής διακύμανσης της Υπερκινητικότητας-Διάσπασης Προσοχής τους (Πίνακας 3, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή έχουν αρνητική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδερφών παιδιών με αυτισμός (Πίνακας 19).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γονεϊκή απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και τη γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσει το 98,7% της συνολικής διακύμανσης της Υπερκινητικότητας-Διάσπαση Προσοχής (Πίνακας 15, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γονεϊκή απόρριψη έχουν θετική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 19).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 93,6% της συνολικής διακύμανσης της Υπερκινητικότητας-Διάσπαση Προσοχής (Πίνακας 27, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή έχουν αρνητική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 19).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή

ζεστασιά/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 99,5% της συνολικής διακύμανσης της Υπερκινητικότητας-Διάσπασης Προσοχής (Πίνακας 39, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή έχουν αρνητική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στην Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 19).

Στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία η Υπερκινητικότητα/Διάσπαση προσοχής δεν προέκυψε ότι επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τις παραμέτρους δυνατοτήτων και δυσκολιών (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής= - 0,468 * Agg - 0,038 * Warmth + 30,157
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής= 0,277 * Warmth + 0,501 * Rej - 16,865
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής= -1,315 * Agg + 1,368 * Rej - 0,164 * Warmth + 36,848
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής= -1,068 * Agg + 0,341 * Rej - 0,189 * Warmth + 59,478
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	-

Ως προς τη Διαταραχή Συναισθημάτων, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Διαταραχή Συναισθημάτων. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 93,4% της συνολικής διακύμανσης της Διαταραχής Συναισθημάτων (Πίνακας 5, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων των αδερφών παιδιών με αυτισμός (Πίνακας 20).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Διαταραχή Συναισθημάτων. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να



εξηγήσει το 97,5% της συνολικής διακύμανσης της Διαταραχής Συναισθημάτων (Πίνακας 17, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, έχει αρνητική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 20).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή απόρριψη ,η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Διαταραχή Συναισθημάτων. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή απόρριψη , τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσουν το 96,4% της συνολικής διακύμανσης της Διαταραχής Συναισθημάτων (Πίνακας 29, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή απόρριψη έχει αρνητική επίδραση ενώ η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχουν θετική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 20).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ,η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Διαταραχή Συναισθημάτων. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία ,τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και τη γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσει το 100% της συνολικής διακύμανσης της Διαταραχής Συναισθημάτων (Πίνακας 41, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχουν αρνητική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 20).

Τέλος, στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη Διαταραχή Συναισθημάτων. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 42,9% της συνολικής διακύμανσης της Διαταραχής Συναισθημάτων (Πίνακας 51, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στην Διαταραχή Συναισθημάτων των αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή την Διαταραχή Συναισθημάτων

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Διαταραχή Συναισθημάτων = - 0,178 * Agg + 16,861
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Διαταραχή Συναισθημάτων = -0,192 * Agg + 17,962
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Διαταραχή Συναισθημάτων = -0,528 * Rej + 0,196 * Agg +0,035 * Neg./Ind + 13,645
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Διαταραχή Συναισθημάτων = -0,107* Neg./Ind - 0,051 * Agg +0,021 * Rej + 15,047
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	Διαταραχή Συναισθημάτων =-0,177* Agg+17,085

Ως προς τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή απόρριψη μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσει το 91,2% της συνολικής διακύμανσης των Σχέσεων με τους Συνομηλίκους (Πίνακας 7, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή απόρριψη έχει αρνητική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους των αδερφών παιδιών με αυτισμό (Πίνακας 21).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γονεϊκή απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και τη γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσει το 98,9% της συνολικής διακύμανσης των Σχέσεων με τους Συνομηλίκους (Πίνακας 19, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γονεϊκή απόρριψη έχουν αρνητική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 21).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσουν το 92,5% της

συνολικής διακύμανσης των Σχέσεων με τους Συνομηλίκους (Πίνακας 31, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη έχουν αρνητική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 21).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 100% της συνολικής διακύμανσης των Σχέσεων με τους Συνομηλίκους (Πίνακας 43, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχουν αρνητική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 21).

Τέλος, στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει το 71,7% της συνολικής διακύμανσης των Σχέσεων με τους Συνομηλίκους (Πίνακας 53, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει αρνητική επίδραση στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους των αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Σχέσει με τους Συνομηλίκους = - 0,250 * Rej + 14,347
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Σχέσει με τους Συνομηλίκους = -0,575 * Agg -0,199* Warmth -0,310* Rej + 51,995
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Σχέσει με τους Συνομηλίκους = -0,666 * Warmth -0,286 * TotalPARQ + 84,460
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Σχέσει με τους Συνομηλίκους = -0,013* TotalPARQ + 0,159 * Rej -0,194 * Agg + 13,999
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	Σχέσει με τους Συνομηλίκους =-0,366* Neg./Ind +26,535

Ως προς τις Διαταραχές Διαγωγής, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Διαταραχές Διαγωγής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 94,6% της συνολικής διακύμανσης των Διαταραχών Διαγωγής (Πίνακας 9, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής των αδερφών παιδιών με αυτισμό (Πίνακας 22).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Διαταραχές Διαγωγής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 98,5% της συνολικής διακύμανσης των Διαταραχών Διαγωγής (Πίνακας 21, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχουν αρνητική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 22).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Διαταραχές Διαγωγής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και τη γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσουν το 97,3% της συνολικής διακύμανσης των Διαταραχών Διαγωγής (Πίνακας 33, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής και η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 22).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή απόρριψη και μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Διαταραχές Διαγωγής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γονεϊκή απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσει το 100% της συνολικής διακύμανσης των Διαταραχών Διαγωγής (Πίνακας 45, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία και η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχουν αρνητική

επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής ενώ η γονεϊκή απόρριψη έχει θετική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 22).

Τέλος, στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις Διαταραχές Διαγωγής. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει το 57,9% της συνολικής διακύμανσης των Διαταραχών Διαγωγής (Πίνακας 55, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει αρνητική επίδραση στις Διαταραχές Διαγωγής των αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 22).

**Πίνακας 22:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή τις Διαταραχές Διαγωγής

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Διαταραχές Διαγωγής = - 0,193 * Agg + 15,192
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Διαταραχές Διαγωγής = -0,318 * Rej -0,180* Agg + 25,277
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Διαταραχές Διαγωγής = -0,421 * Agg+0,435 * Rej + 14,668
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Διαταραχές Διαγωγής = -0,066* Neg./Ind - 0,309 * Agg +0,180 * Rej + 20,584
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	Διαταραχές Διαγωγής =-0,245* Neg./Ind +20,564

Ως προς το Συνολικό ΕΔΔ, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο το Συνολικό ΕΔΔ. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα είναι σε θέση να εξηγήσει το 99,1% της συνολικής διακύμανσης του Συνολικού ΕΔΔ (Πίνακας 11, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ των αδερφών παιδιών με αυτισμός (Πίνακας 23).

Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο το Συνολικό ΕΔΔ. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη και τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει

το 99,8% της συνολικής διακύμανσης του Συνολικού ΕΔΔ (Πίνακας 23, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη έχουν αρνητική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει θετική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ των αδερφών παιδιών με νοητική υστέρηση (Πίνακας 23).

Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο το Συνολικό ΕΔΔ. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα και τη γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη είναι σε θέση να εξηγήσουν το 94,8% της συνολικής διακύμανσης του Συνολικού ΕΔΔ (Πίνακας 35, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ και η γενικότερη γονεϊκή αποδοχή/απόρριψη έχει θετική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ των αδερφών παιδιών με τύφλωση (Πίνακας 23).

Στα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο το Συνολικό ΕΔΔ. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών με κώφωση με ανεξάρτητες μεταβλητές τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, τη γονεϊκή απόρριψη και τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή είναι σε θέση να εξηγήσει το 99,9% της συνολικής διακύμανσης του Συνολικού ΕΔΔ (Πίνακας 47, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών με κώφωση διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα έχει αρνητική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ ενώ η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή έχουν θετική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ των αδερφών παιδιών με κώφωση (Πίνακας 23).

Τέλος, στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία μπορεί να προβλέψει με στατιστικά σημαντικό τρόπο το Συνολικό ΕΔΔ. Ειδικότερα, το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία με ανεξάρτητη μεταβλητή τη γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία είναι σε θέση να εξηγήσει το 64,5% της συνολικής διακύμανσης του Συνολικού ΕΔΔ (Πίνακας 57, Παράρτημα 1). Από την αντίστοιχη παλινδρομική εξίσωση στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία διαπιστώνουμε ότι η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει αρνητική επίδραση στο Συνολικό ΕΔΔ των αδερφών παιδιών χωρίς αναπηρία (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23:** Παλινδρομικές εξισώσεις ανά ομάδα δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή το Συνολικό ΕΔΔ

Ομάδα δείγματος	Παλινδρομικές εξισώσεις
Αδέρφια παιδιών με αυτισμό	Συνολικό ΕΔΔ = - 0,955 * Agg + 72,898
Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση	Συνολικό ΕΔΔ = -0,850 * Agg -0,097* TotalPARQ +0,120* Neg./Ind+ 85,493
Αδέρφια παιδιών με τύφλωση	Συνολικό ΕΔΔ = -1,531 * Agg+0,206 * TotalPARQ + 66,305
Αδέρφια παιδιών με κώφωση	Συνολικό ΕΔΔ = -1,390* Agg+1,012 * Rej +0,087 * Warmth + 67,934
Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία	Συνολικό ΕΔΔ =-0,940* Neg./Ind +80,115

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Από τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών προκύπτει η άποψη ότι οι οικογένειες παιδιών με αναπηρία σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα παθολογίας και ότι χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές προσαρμογής στην κατάσταση του παιδιού (Stoneman, 1996. Hodapp, 1995). Ωστόσο οι μελέτες που αφορούν τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία είναι περιορισμένες και κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθούν οι δυνατότητες και οι δυσκολίες τους καθώς και ο ρόλος που παίζει σ' αυτές η γονεϊκή αποδοχή. Αυτή η διαδικασία απαιτείται προκειμένου να σχεδιαστούν εκπαιδευτικές υπηρεσίες για τη στήριξη των οικογενειών παιδιών με αναπηρία και ειδικότερα εκπαιδευτικά προγράμματα ενημέρωσης, στήριξης και εκπαίδευσης για τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία, των οποίων οι ανάγκες σαφώς διαφέρουν από αυτές των ενηλίκων.

Δεδομένης της ιδιαιτερότητας των χαρακτηριστικών ενός ανάπητου παιδιού, είναι τεράστια η επίδραση στη ζωή των μελών ολόκληρης της οικογένειας (Hastings, Kovshoff, Ward et al., 2005). Ωστόσο παρά τον μεγάλο αριθμό αυτού του είδους των ευρημάτων, οι οικογένειες των παιδιών με αναπηρία δεν εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα, αφού πέραν της αναπηρίας υπάρχει σύνδεση και με ένα πλήθος άλλων μεταβλητών (Baxter et al., 2000. Quine & Pahl, 1991. Frey et al., 1989). Ανάλογα με το εκάστοτε πεδίο έρευνας, ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης της ύπαρξης ενός παιδιού με αναπηρία από την οικογένεια αξιολογείται διαφορετικά.

Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που αφορά στις οικογένειες παιδιών με αναπηρία, αφορά στους γονείς. Αντιθέτως, τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία

συνιστούν μια ομάδα που λίγο έχει ερευνηθεί. Σαφώς οι γονείς αποτελούν τους κύριους «διαχειριστές» της οικογένειας, αφού είναι οι πρώτοι ιθύνοντες για τη δημιουργία και κατ' επέκταση τη λειτουργία της. Από την άλλη μεριά, η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία δεν μπορεί να μην επηρεάζει την ζωή και των τυπικώς αναπτυσσόμενων αδελφών. Δεδομένου μάλιστα ότι πρόκειται για ανήλικα άτομα τα οποία δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί, η τόσο στενή συγγένεια με έναν άνθρωπο με αναπηρία καθιστά υποχρεωτική τη διερεύνηση των επιπτώσεων αυτής της σχέσης.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρείται η σκιαγράφηση των δυνατοτήτων και δυσκολιών των αδελφών παιδιών με αναπηρία, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει σε αυτές η αποδοχή από τους γονείς τους. Οι δυνατότητες και οι δυσκολίες αυτών των παιδιών θα συγκριθούν τόσο ανάμεσα στις ομάδες αδελφών με διαφορετικού τύπου αναπηρία όσο και μια ομάδα ελέγχου, δηλαδή με μια ομάδα αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία.

Αρχικά, με βάση τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας φαίνεται πως το είδος της αναπηρίας του αδελφού επηρεάζει διαφορετικά τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών. Συγκεκριμένα, η θετική κοινωνική συμπεριφορά των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία είναι σε υψηλότερα επίπεδα από όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία. Αντιθέτως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αν και υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους, εμφανίζουν αυξημένη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα, διαταραχές συναισθήματος και διαταραχές διαγωγής. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Griffith et al. 2014. Ross & Cuskelly 2006. Verte et al., 2003 Fisman et al., 1996. Gold 1993. Rodrigue et al. 1993), οι οποίες υποστηρίζουν πως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος. Ωστόσο, ορισμένες έρευνες που αφορούν στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό δεν έχουν βρει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Hastings & Petalas, 2014. Dempsey et al., 2012. Pilowsky et al., 2004. Hastings, 2003b. Dewey, 2002). Οι διαφορές που εντοπίζονται στα επίπεδα όλων των υποκλιμάκων των δυνατοτήτων και δυσκολιών δεν είναι δυνατό να δικαιολογηθούν με βάση παλαιότερα ευρήματα καθώς δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες επάνω στα αδέλφια παιδιών με διαφορετικούς τύπους αναπηρίας. Ενδεχομένως, οι παρούσες αυξομειώσεις να μπορούν να αιτιολογηθούν, τουλάχιστον προς το παρόν, με βάση τις διαφορετικές ανάγκες που συνοδεύουν την κάθε αναπηρία. Ακόμη ο βαθμός της κάθε αναπηρίας μπορεί να επηρεάζει τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, στοιχείο που δε διερευνηθηκε στην παρούσα εργασία.

Εξαιρέση αποτελεί το εύρημα σχετικά με τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, όπου τα αδέλφια των παιδιών με ακουστική αναπηρία αλλά και τα αδέλφια της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν φτωχότερες σχέσεις με τους συνομηλίκους τους σε αντίθεση με τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση και προβλήματα όρασης. Παλαιότερες έρευνες πάνω στις σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους έχουν αποδείξει ότι παράγοντες όπως η αυτοεκτίμηση και η αυτεπάρκεια παίζουν καθοριστικού ρόλο στη διαμόρφωση των διαπροσωπικών σχέσεων (Zuffian, Alessandri, Gertino, Kamacri, Di Giunta, Milioni & Caprara, 2013. Δεδομένου πως τέτοιες μεταβλητές δεν ήταν εφικτό να μετρηθούν στην παρούσα έρευνα, το συγκεκριμένο εύρημα δεν μπορεί να συσχετιστεί με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φαίνεται πως τα περισσότερα στοιχεία επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα αδέλφια παιδιών με



αναπηρία σε αντίθεση με τα αδέρφια παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, το φύλο των αδελφών επηρεάζει τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση και τα αδέρφια παιδιών με κώφωση. Ειδικότερα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα κορίτσια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα θετική κοινωνική συμπεριφορά από τα αγόρια καθώς και σημαντικά χαμηλότερες δυσκολίες με βάση το συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα παλαιότερων ερευνών τα οποία υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια παρέχουν περισσότερη φροντίδα στους γύρω τους και τρέφουν πιο θετικά αισθήματα σε σχέση με τα αγόρια (Osmond & Seltzer, 2000). Η αλτρουϊστική συμπεριφορά των κοριτσιών που έχουν αδέρφια με αυτισμό επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα η οποία έδειξε ότι τα κορίτσια που έχουν αδέρφια με αναπηρία αναλαμβάνουν τις περισσότερες φορές τη φροντίδα του ανάπηρου αδελφού τους (Bray et al., 2000). Επίσης οι Verte, Roeyers και Buysse (2003) βρήκαν ότι συγκεκριμένα οι αδελφές παιδιών με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας τείνουν να αποδίδουν στους εαυτούς τους υψηλότερη κοινωνική προσαρμογή και να έχουν θετικότερη γενική ιδέα για τον εαυτό τους.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα δέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση και ακουστική αναπηρία. Σ' αυτές τις ομάδες τα αγόρια κατέχουν υψηλότερα αποτελέσματα τόσο στη θετική κοινωνική συμπεριφορά αλλά και χαμηλότερα ως προς τις δυσκολίες ψυχοκοινωνικής φύσης. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των προαναφερθέντων ερευνών, ωστόσο συμφωνούν ως προς τις διαταραχές συναισθήματος με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα. Σύμφωνα με αυτά τα κορίτσια αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (Κολαΐτης, 2012). Ωστόσο, ορισμένες έρευνες κατέδειξαν ότι στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία το φύλο δεν δείχνει να επηρεάζει την κοινωνική τους προσαρμογή και την κατάθλιψη παρά το γεγονός ότι τα κορίτσια αναλαμβάνουν περισσότερες αρμοδιότητες για τα αδέρφια τους με αναπηρία και για τις δουλειές του σπιτιού (Gold, 1993. Mates, 1990).

Η ηλικία των αδελφών παιδιών με αναπηρία είναι μια ακόμα παράμετρος που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών αυτών. Οι μεγαλύτερες στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στην ηλικιακή ομάδα 14-16 ετών των αδελφών παιδιών με αυτισμό τα οποία παρουσίασαν χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά αλλά και υψηλό συνολικό δείκτη ως προς τις δυσκολίες τους, σε σχέση με αδέρφια παιδιών με αυτισμό ηλικίας 11-13 και 17-18 ετών. Τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, τύφλωση και κώφωση έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική διαφορά των αδελφών που είναι 17-18 ετών. Συγκεκριμένα τα αδέρφια που υπάγονται σ' αυτές τις τρεις ομάδες και είναι ηλικίας 17-18 παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερο συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών οι οποίες υποστηρίζουν ότι τα αδέρφια με ηλικίες 6-11 ετών εμφανίζουν περισσότερα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα και περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά (Verte, Roeyers και Buysse 2003). Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες ο βαθμός των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων που εμφανίζουν τα αδέρφια αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία τους (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993), ενώ το επίπεδο κατάθλιψης είναι υψηλότερο για τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία που βρίσκονται στην εφηβεία (Gold, 1993). Επίσης η μεγαλύτερη ηλικία των παιδιών συνεπάγεται και περισσότερες γνώσεις και

πιο σφαιρική πληροφόρηση γύρω από την κατάσταση των αδελφών τους, γεγονός που διευκολύνει τα παιδιά προς την κατανόηση του προβλήματος και κατ' επέκταση ομαλότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003).

Ως προς την **ύπαρξη άλλων αδελφών** οι ομάδες των αδελφών παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση δείχνουν να επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση που έχουν και άλλα αδέλφια παρουσιάζουν χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά και υψηλό δείκτη για τις δυσκολίες τους. Ως προς τη χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά συμφωνούν και τα δέλφια παιδιών με κώφωση τα οποία έχουν και άλλα αδέλφια με τη διαφορά ότι παρουσιάζουν υψηλή διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Σε συνδυασμό με την ύπαρξη άλλων αδελφών μπορεί να αναφερθεί η επιρροή που ασκείται στα αδέλφια παιδιών με αναπηρία από τη συμβίωσή τους και με **άλλους συγγενείς** (γιαγιά, παππούς, θείοι κτλ.). ειδικότερα τόσο τα δέλφια παιδιών με αυτισμό όσο και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δε μένουν με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερα συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση που συγκατοικούν και με έμμεσους συγγενείς. Οι δύο αυτές παράμετροι μπορούν να συνοψιστούν στην έννοια του μεγέθους της οικογένειας, παράμετρος που ενώ εδώ επηρεάζει τα υποκείμενα της έρευνας σε παλαιότερες έρευνες δείχνει να μην ασκεί ιδιαίτερη επίδραση στα αδέλφια παιδιών με αναπηρία στην προσαρμογή των αδελφών στο σπίτι και στο σχολείο (Mates, 1990), ούτε και την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στα αδέλφια (Kaminsky & Dewey, 2001). Άλλες πάλι έρευνες αποδεικνύουν ότι το μέγεθος της οικογένειας των παιδιών φαίνεται ότι είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την προσαρμογή τους. Τα αδέλφια που προέρχονται από μεγάλες οικογένειες έχουν συχνά καλύτερη προσαρμογή (Bauminger & Yinniya, 2001) και αντιμετωπίζουν την αναπηρία των αδελφών τους νιώθοντας λιγότερη ντροπή και αμηχανία σε σχέση με τα αδέλφια που προέρχονται από μικρότερες οικογένειες (McHale et al., 1986). Μια νεότερη έρευνα, όμως, οδηγήθηκε σε αντίθετα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία όσο μεγαλύτερο ήταν το μέγεθος της οικογένειας τόσο μεγαλύτερη ήταν η καθυστέρηση στις δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών (Pilowsky et al. 2004).

Ο παράγοντας της **κινητικής ανεξαρτησίας** φαίνεται να επηρεάζει κατα κύριο λόγο τα δέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση. Ειδικότερα τα παιδιά της ομάδας αυτής που έχουν αδελφό με αναπηρία ο οποίος είναι κινητικά ανεξάρτητος εμφανίζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερο δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα παιδιά που τα αδέλφια τους είναι κινητικά εξαρτημένα εξ ολοκλήρου ή εν μέρει. Η **ομιλητική ικανότητα** των ανάπηρων αδελφών είναι επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει την ύπαρξη ή μη ψυχοπαθολογίας στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και κώφωση, αναλυτικά, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο αδελφός τους εντοπίζεται να έχουν χαμηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και υψηλότερο δείκτη δυσκολιών. Αντιθέτως, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση που δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο αδελφός τους παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Τα παλαιότερα ευρήματα γύρω από τις επικοινωνιακές και κινητικές δεξιότητες των παιδιών με αναπηρία και πώς αυτές επηρεάζουν τα αδέλφια τους ποικίλουν, με αποτέλεσμα άλλα να συμφωνούν και άλλα να διαφωνούν με τα παρόντα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι δεξιότητες των παιδιών με αναπηρία

δεν επηρεάζουν την προσαρμογή των αδελφών τους αφού ακόμη και τα αδέλφια παιδιών με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Hastings, 2003). Ωστόσο, οι Pilowsky και συνεργάτες (2004), οδηγήθηκαν σε αντίθετα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η αύξηση της σοβαρότητας της διαταραχής των παιδιών όξυνε τα προβλήματα συμπεριφοράς των αδελφών, ενώ παράλληλα ασκούσε θετική επίδραση στις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Αναφορικά με το **μορφωτικό επίπεδο της μητέρας** τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με αυτό. Αναλυτικά τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση και με κώφωση των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερες δυσκολίες σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία των οποίων η μητέρες έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με την **εργασία της μητέρας**. Τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση των οποίων οι μητέρες είναι δημόσιοι υπάλληλοι δείχνουν να επηρεάζονται θετικά ως προς τη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά και αρνητικά σε σχέση με τις δυσκολίες τους. Το μεν υψηλό μορφωτικό επίπεδο των μητέρων συνεπάγεται καλύτερη γνώση και ενημέρωση γύρω από την αναπηρία, η δε εργασία της μητέρας ως δημόσια υπάλληλος εξασφαλίζει την οικονομική σταθερότητα. Οι δυο αυτές παράμετροι λοιπόν συνεισφέρουν στη μείωση του άγχους των οικογενειών παιδιών με αναπηρία (Bailey, Golden, Roberts & Ford, 2007, Emerson, Hatton, Llewellyn, Blacker & Graham, 2006, Graham et al., 2010), γεγονός που σαφώς διευκολύνει τα αδέλφια αυτών των παιδιών να έχουν μια πιο ομαλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε σχέση με τα παιδιά που ζουν σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα και ανασφάλεια. Το έυρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη των γονέων επηρεάζει την προσαρμογή των αδελφών, αφού οξύνει τα προβλήματα προσαρμογής που αντιμετωπίζουν τα αδέλφια (Fisman, Wolf, Ellison & Freeman, 2000). Σε αντίθεση με τους προηγούμενους ερευνητές, ο Hastings (2003), υποστήριξε πως το άγχος της μητέρας δεν επηρεάζει σημαντικά την προσαρμογή συμπεριφοράς των αδελφών.

Όσον αφορά τη **διαμονή και με τους δυο γονείς** εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα κυρίως στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και στα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που ζουν και με τους δυο γονείς τους παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Ακόμη τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν χαμηλότερο συνολικό δείκτη δυσκολιών και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν χαμηλότερη υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συμβαδίζει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνητών που προτείνουν πως η προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία φαίνεται να επηρεάζεται από την ποιότητα της συζυγικής σχέσης των γονέων. Όταν η συζυγική σχέση μεταξύ των γονέων είναι καλή, τα αδέλφια αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής και έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993). Αντίθετα, όταν το άγχος των γονέων είναι αυξημένο και στη συζυγική σχέση υπάρχουν εντάσεις, οι δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών εμφανίζουν μεγαλύτερη καθυστέρηση (Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004), η ποιότητα της σχέσης

των αδελφών παρακαμάζει και τα παιδιά έχουν περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές προς τα αδέρφια τους με αναπηρία (Rivers & Stoneman, 2003).

Αναφορικά με την παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων/θεραπειών από τα αδέρφια με αναπηρία φάνηκε να επηρεάζονται τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση και τα αδέρφια παιδιών με κώφωση. Τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και τύφλωση δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές καθώς όλα τα αδέρφια παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση και τα αδέρφια παιδιών με κώφωση τα οποία παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα εμφανίζουν χαμηλότερη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Ακόμη τα αδέρφια παιδιών με κώφωση που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα εμφανίζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων εξετάστηκε και ως προς τις ώρες που περνούν σε αυτές τα παιδιά με αναπηρία. Έτσι σε γενικές γραμμές φάνηκε πως όσες περισσότερες ώρες απαιτούν οι παρακολουθήσεις των προγραμμάτων αυτών από τα παιδιά με αναπηρία τόσο καλύτερος είναι ο αντίκτυπός τους στις ψυχοκοινωνικές δυνατότητες των αδελφών τους. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την υπόθεση πως όσο καλύτερη δουλειά γίνεται προκειμένου να αμβλυνθούν τα ελλείμματα των παιδιών με αναπηρία τόσο μικρότερη θα είναι και επίπτωση των χαρακτηριστικών του εκάστοτε τύπου αναπηρίας στα αδέρφια αυτών των παιδιών. Φυσικά σ' αυτό παίζει ρόλο και η σοβαρότητα της διαταραχής του κάθε παιδιού. Το εύρημα αυτό διασταυρώνεται και με παλαιότερα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία η αύξηση της σοβαρότητας της διαταραχής των παιδιών όξυνε τα προβλήματα συμπεριφοράς των αδελφών, ενώ παράλληλα ασκούσε θετική επίδραση στις κοινωνικές τους δεξιότητες (Pilowsky et al., 2004). Η παρέμβαση ωστόσο όχι μόνο στα παιδιά με αναπηρία αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, υποστηρίζεται από άλλες έρευνες, πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία. Ειδικότερα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες τα προβλήματα προσαρμογής των αδελφών παιδιών με αναπηρία μπορούσαν να περιοριστούν και οι σχέσεις με τα αδέρφια τους να βελτιωθούν αν οι γονείς συμμετείχαν σε ομάδες υποστήριξης και αν τα αδέρφια συμμετείχαν σε προγράμματα παρέμβασης με συνομηλίκους (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003). Η παράμετρος όμως αυτή δεν εξετάστηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία.

Όσον αφορά τα τρία τελευταία δημογραφικά χαρακτηριστικά των αδελφών παιδιών με αναπηρία, δηλαδή το βαθμό **βοήθειας**, το βαθμό **παιχνιδιού** με το παιδί με αναπηρία καθώς και το βαθμό **παιχνιδιού** με το παιδί με αναπηρία και **με φίλους** παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά στοιχεία τα οποία φέρουν συνάφεια μεταξύ τους. Ειδικότερα, τα αδέρφια παιδιών από όλες τις ομάδες αναπηρίας που δήλωσαν ότι βοηθούν, παίζουν και παίζουν και μαζί με τους φίλους τους με τον αδελφό με αναπηρία πολύ και πάρα πολύ εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα αδέρφια που δήλωσαν για τα αντίστοιχα στοιχεία λίγο ή καθόλου. Τα αδέρφια λοιπόν με τον υψηλότερο βαθμό βοήθειας και παιχνιδιού παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερες δυσκολίες ψυχοκοινωνικής φύσης. Οι διαδικασίες αυτές μπορούν να συνοψιστούν με τον όρο της οικειότητας και της ενασχόλησης και επιβεβαιώνονται και από άλλα ερευνητικά αποτελέσματα σύμφωνα

με τα οποία παρέχουν ένα σημαντικό πλαίσιο για την κατανόηση της ανάπτυξης του κοινωνικού, συναισθηματικού, ηθικού και γνωστικού κόσμου των παιδιών (Volling, Kennedy, Jackey, 2010. Howe, Petrakos, Rinaldi, LeFebvre, 2005). Ειδικότερα, τα αδέρφια παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατανόησης του νου των άλλων, δηλαδή την κατανόηση των συναισθημάτων, των σκέψεων, των προθέσεων και των απόψεων (Howe, Ross, Recchia, 2011. Dunn, 2002).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στην παρούσα ερευνητική εργασία τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία που συνιστούν την ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά στοιχεία ως προς την επιρροή τους από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρά σε λίγες μόνο περιπτώσεις. Η μόνη παράμετρος που δείχνει να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία είναι η **ύπαρξη άλλων αδελφών**. Συγκεκριμένα τα περισσότερα αδέρφια επηρεάζουν θετικά τις σχέσεις με τους συνομηλίκους των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία. Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να επιβεβαιώνουν το παρόν εύρημα παρά μόνο η υπόθεση ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν μαζί με αδέρφια μαθαίνουν από νωρίς την έννοια της συνύπαρξης καθώς και το μοίρασμα επομένως η κοινωνικοποιητική διαδικασία είναι γι' αυτά ευκολότερη.

Σχετικά με τη διερεύνηση της αντίληψης της γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης σημαντικό ρόλο δείχνει να διαδραματίζει το είδος της αναπηρίας του αδελφού. Προέκυψαν λοιπόν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής αποδοχής από όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία. Ακόμη, παρουσίασαν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, παραμέλησης/αδιαφορίας και γονεϊκής απόρριψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς λόγω των ιδιαιτεροτήτων της οικογένειας ενός παιδιού με αναπηρία που συνεπάγεται μεταξύ των άλλων και την εξουθένωση των γονέων το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα ήταν το αντίστροφο. Ωστόσο δεν μπορεί να υποστηριχθεί με αποτελέσματα άλλων ερευνητών καθώς η διερεύνηση της γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης δεν έχει διεξαχθεί σε πληθυσμό που αφορά την αναπηρία. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των αδελφών παιδιών με αναπηρία δεν μπορούν να επιβεβαιωθούν από άλλες έρευνες για τον ίδιο ακριβώς λόγο.

Ως προς την επιρροή που ασκούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης φαίνεται πως τα περισσότερα στοιχεία επιδρούν στατιστικά σημαντικά στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία.

Ειδικότερα, το **φύλο** των αδελφών παιδιών με αναπηρία επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση. Συγκεκριμένα τα αγόρια αδέρφια παιδιών με αυτισμό εμφανίζουν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη επιθετικότητας/εχθρότητας, παραμέλησης/αδιαφορίας και απόρριψης σε σχέση με τα κορίτσια. Στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση και κώφωση ισχύει το αντίστροφο. Στη συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών πάνω στην γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη το φύλο δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο (Rohner, Khaleque, Cournoyer, 2012).

Khaleque & Rohner, 2011). Σύμφωνα με αυτά τα ερευνητικά δεδομένα είναι οι ομάδες των αδελφών παιδιών με τύφλωση και τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία.

Τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν **την ηλικία των υποκειμένων της έρευνας, την ηλικία των αδελφών με αναπηρία, την ύπαρξη άλλων αδελφών, τη συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς, την ικανότητα ομιλίας και κίνησης** ενώ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για όλες σχεδόν τις ομάδες των συμμετεχόντων στις έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε σχέση με την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα (Rohner, Khaleque, Cournoyer, 2012. Khaleque & Rohner, 2011. Bredenhof, Mennicke, Potter & Clarke, 1998. Rohner, 1985). Ορισμένα βέβαια από αυτά αφορούν άμεσα τη φύση της αναπηρία (κίνηση, ομιλία) που όπως έχει ήδη ειπωθεί δεν έχει συμπεριληφθεί ως παράμετρος στις έρευνες αυτού του πεδίου. Το ίδιο ισχύει και για τις μεταβλητές που αφορούν **την παρακολούθηση και τις ώρες που αφιερώνεται σε αυτήν ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων/θεραπειών, τη βοήθεια προς τον αδελφό, το παιχνίδι με τον αδελφό και το παιχνίδι με τον αδελφό μαζί με φίλους**.

Ως προς **το μορφωτικό επίπεδο και την εργασία της μητέρας** παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα οι μητέρες των αδελφών παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση που είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ και εργάζονται ως δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι επηρεάζουν θετικά την αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής σε σχέση με τις μητέρες των οποίων το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλότερο και από αυτές που είναι άνεργες. Τα παιδιά αυτά εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη επιθετικότητας/εχθρότητα, παραμέλησης/αδιαφορίας και απόρριψης. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με παλαιότερες έρευνες, δηλαδή με βάση τα αποτελέσματα ερευνών σε έναν πληθυσμό παιδιών αμερικανικής και κορεατικής καταγωγής φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο στην γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη παίζει το επάγγελμα της μητέρας τους και η κοινωνική τάξη, αφού τα παιδιά που προέρχονται από μεσαία κοινωνικά στρώματα αποδείχθηκαν πιο αποδεκτά από τις μητέρες τους σε σχέση με τα παιδιά εργατικών και χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Σε άμεση συνάρτηση με βρίσκονται τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στην Κολομβία. Εκεί τα παιδιά που προέρχονται από κατώτερα κοινωνικά στρώματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς και στοιχεία παραβατικότητας, κυρίως λόγω της φτώχειας και της έντονης εγκληματικότητας που χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο μέρος. Ωστόσο η γονεϊκή αγάπη, φροντίδα και γενικά η αποδοχή λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την κατεύθυνση των παιδιών προς τη μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Lila, Garcia & Garcia, 2007). Επιπλέον, η κακή οικονομική κατάσταση αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα που επηρεάζει τη γονεϊκή συμπεριφορά (Weiss, Dodge, Bates & Pettit, 1992. Lempers, Clark-Lempers & Simons, 1989. Elder, Nguyen & Caspi, 1985. Elder, 1974). Επίσης παρόλο που υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο στον πολιτισμό όσο και στην οικογενειακή δομή των πολιτών της Κίνας σε σχέση με πολίτες του Δυτικού κόσμου (η περισσότερες οικογένειες στην Κίνα δεν έχουν πάνω από ένα παιδί) αποδεικνύεται ότι και σε αυτό το πλαίσιο ο παράγοντας της οικονομικής κατάστασης και πιο συγκεκριμένα τα ζητήματα στέγασης επηρεάζουν αρνητικά τους Κινέζους γονείς (Chen & Rubin, 2013). Βέβαια, τα ευρήματα αυτά διαφέρουν με τα αποτελέσματα της παρούσας

έρευνας ως προς την ομάδα ελέγχου, η οποία δεν επηρεάζεται ούτε από το μορφωτικό επίπεδο αλλά ούτε από την εργασία της μητέρας.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το αποτέλεσμα που αφορά τη **διαμονή και με τους δύο γονείς**. Αναφορικά με αυτό το δημογραφικό χαρακτηριστικό των αδελφών παιδιών με αναπηρία, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά στοιχεία τα οποία όμως χαρακτηρίζονται ως μη αναμενόμενα και αντιφατικά σε σχέση με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Ειδικότερα, τόσο τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό όσο και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δε μένουν και με τους δυο γονείς τους φάνηκε να έχουν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, της παραμέλησης/αδιαφορίας και της απόρριψης, σε σχέση με τα παιδιά που δήλωσαν πως κατοικούν και με τους δυο γονείς τους. Όπως προαναφέρθηκε το εύρημα αυτό δε συμβαδίζει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σύμφωνα με τα οποία η ποιότητα της συζυγικής σχέσης επηρεάζει την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης (Jennings, Stagg & Connors, 1991. Cox, Owen, Lewis & Henderson, 1989. Jouriles, Pfiffner & O'Leary, 1988. Goldberg & Easterbrooks, 1984. Conger, McCarty, Young, Lahey & Kropp, 1984).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί ξανά η ομάδα των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία η οποία δείχνει να μην επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από καμία σχεδόν δημογραφική παράμετρο. Γεγονός που με βάση τις προαναφερθείσες έρευνες άλλοτε συμφωνεί με παλαιότερα ευρήματα (π.χ φύλο, ηλικία κ.ά.) και άλλοτε διαφωνεί (π.χ. διαμονή και με τους δυο γονείς).

Αναφορικά με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των αδελφών παιδιών με αναπηρία και το πώς αυτές επηρεάζονται από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει θετική επίδραση στη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίφαση με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν δείξει ότι η θετική κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών είναι άμεσα συνυφασμένη με τη γονεϊκή αποδοχή. Συγκεκριμένα, οι Bryant & Crockenberg, (1981) και Feshback (1978) έχουν δείξει ότι η θετική γονεϊκή συμπεριφορά σχετίζεται με την ανάπτυξη συνεργατικής συμπεριφοράς των παιδιών.

Επίσης, τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση δείχνουν να επηρεάζονται θετικά ως προς τη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά παρά την αρνητική συμπεριφορά των γονέων τους προς αυτά. Συγκεκριμένα η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία επιδρούν θετικά προς την ανάπτυξη προκοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών. Το παρόν εύρημα έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις στην οικογένειά τους τείνουν να είναι ντροπαλά και αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την κακή ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Shah & Kahn, 2014). Το ίδιο ισχύει και για τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα αδέρφια παιδιών με κώφωση για τα οποία η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή φαίνεται να επηρεάζει θετικά την θετική κοινωνική συμπεριφορά ενώ η γονεϊκή απόρριψη τα επηρεάζει αρνητικά σ' αυτόν τον τομέα. Το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με αυτά άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι η γονεϊκή αποδοχή

αποτελεί σημαντικό σημείο αναφοράς για την πρόβλεψη θετικών συμπεριφορών από το παιδί αλλά και αντιστρόφως (Bjorklund & Pellegrini, 2002. Leary, 1999. Baumeister & Leary, 1995. Rohner, 1975, 1986. Rohner & Rohner, 1980).

Όσον αφορά τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, δηλαδή τα αδέλφια παιδιών χωρίς αναπηρία, το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας ήταν και πάλι αντιφατικό. Η γονεϊκή ζεστασιά και στοργή φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη θετική κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με πλήθος άλλων ερευνών που έχουν δείξει ότι η αποδοχή είναι συνδεδεμένη με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (Schonert-Reichl, 1999. Parkhurst & Asher, 1992), ενώ αντίθετα η απόρριψη είναι αυτή που πολλές φορές οδηγεί στη μειωμένη θετική κοινωνική συμπεριφορά (Gest, Graham-Bermann & Hartup, 2001. Wentzel & McNamara, 1999. Asher & Coier, 1990).

Σε γενικές γραμμές βέβαια τα αποτελέσματα που αφορούν τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία και την κοινωνική τους ανάπτυξη και προσαρμογή είναι διαφορούμενα, όπως και στην παρούσα έρευνα. Η κυρίαρχη πεποίθηση που επικρατούσε για τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία υποστήριζε πως τα αδέλφια των παιδιών με αναπηρία μεγαλώνουν σε ένα οικογενειακό πλαίσιο μοναδικό και διαφορετικό, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς σε σχέση με τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Griffith et al. 2014. Ross and Cuskelly 2006. Hastings, 2003. Bauminger & Yirmiya, 2001. Fisman et al. 1996; Gold 1993. Rodrigue et al. 1993. McHale, Simeonsson, & Sloan, 1984) και βιώνουν φτωχότερες συναισθηματικά αδελφικές σχέσεις (Kaminsky and Dewey 2001). Ωστόσο, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει πως η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια δεν επηρεάζει την κοινωνική προσαρμογή των τυπικώς αναπτυσσόμενων αδελφών, αφού δε βρέθηκαν διαφορές στην κοινωνική ικανότητα των αδελφών παιδιών με αναπηρία και των αδελφών παιδιών με τυπική ανάπτυξη (Gold, 1993. Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004. Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993. Yirmiya et al., 2001).

Τα αποτελέσματα που αφορούν τη σύνδεση της γονεϊκής αποδοχής με την υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής έδειξαν ότι τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζονται τόσο από τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα όσο και από τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή αρνητικά. Η τάση για διασπαστική προσοχή και υπερκινητικότητα των αδελφών παιδιών με νοητική υστέρηση ενισχύεται τόσο από τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή όσο και από τη γονεϊκή απόρριψη. Στα αδέλφια παιδιών με τύφλωση η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή επηρεάζει αρνητικά τη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα σε αντίθεση με την γονεϊκή απόρριψη που επιδρά θετικά. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τα αδέλφια παιδιών με κώφωση, ενώ τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών δε δείχνουν να επηρεάζονται ως προς την διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα από τη συμπεριφορά των γονέων. Τα παραπάνω ευρήματα δεν μπορούν να διασταυρωθούν με ευρήματα άλλων ερευνών, καθώς δεν υπάρχουν μελέτες που να συνδέουν την γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη με τη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Από μαθησιακής άποψης ωστόσο η οποία συνδέεται με τη διάσπαση προσοχής και την υπερκινητικότητα τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνών τα οποία στοχοποιούν τη γονεϊκή απόρριψη ως υπεύθυνη για τη σχολική αποτυχία (Tulviste & Rohner, 2010).



Αναφορικά με τα αποτελέσματα γύρω από τη διαταραχή συναισθημάτων στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία τα αποτελέσματα ποικίλουν, ορισμένα από αυτά συμφωνούν ενώ άλλα αντιτίθενται στα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών. Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση καθώς και στα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη διαταραχής συναισθήματος. Από την άλλη μεριά, τόσο στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση όσο και στα αδέρφια παιδιών με ακουστική αναπηρία η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία και η γονεϊκή εχθρότητα έχουν θετικό αντίκτυπο στη διαταραχή συναισθημάτων. Δηλαδή η γονεϊκή απόρριψη οφείλεται για προβλήματα ψυχολογικής φύσης που αναπτύσσουν τα αδέρφια παιδιών με αισθητηριακά ελλείματα. Τα αποτελέσματα για τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και κώφωση συμφωνούν με ευρήματα παλαιότερων ερευνών ενώ τα αποτελέσματα για τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση διαφωνούν. Συγκεκριμένα σε παλαιότερες έρευνες η γονεϊκή απόρριψη συνδέεται αρνητικά με την κακή ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών (Rohner, Khaleque, & Cournoyer, 2009. Khaleque & Rohner, 2002a). Άλλα πάλι ευρήματα έχουν αποδείξει πως η γονεϊκή απόρριψη κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτεπάρκεια στην ενήλικη ζωή (Ansari & Qureshi 2013. Khaleque & Rohner, 2011. Hewitt, 2009, Hetherington & Parke, 1986, Rohner, 1986). Ακόμη η γονεϊκή απόρριψη έχει συνδεθεί σε έρευνες παγκόσμιου βελινεκού με την κλινική και μη κλινική κατάθλιψη. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης λόγω της γονεϊκής απόρριψης έχουν παρουσιαστεί σε μεγάλες εθνικές ομάδες κατοίκων των Ηνωμένων Πολιτειών, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών (Crook, Raskin, & Eliot, 1981), των Ασιατών Αμερικανών (Greenberger & Chen, 1996), των Ευρωπαϊκών Αμερικανών (Whitbeck, Conger, & Kao, 1993. Whitbeck, Hoyt, Miller, και Kao, 1992. Belsky & Pensky, 1988. Jacobson, Fasman, & DiMascio, 1975), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Dumka, Roosa, & Jackson, 1997). Επιπλέον, η γονεϊκή απόρριψη έχει βρεθεί να συνδέεται με την κατάθλιψη σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας (Parker, 1983a. Parker, Kiloh, & Hayward, 1987), της Κίνας (Chen, Rubin, & Li, 1995), της Αιγύπτου (Fattah, 1996. Hassab-Allah, 1996. Salama, 1990), της Γερμανίας (Richter, 1994), της Ουγγαρίας (Richter, 1994), της Ιταλίας (Richter, 1994), της Σουηδίας (Richter, 1994. Perris et al., 1986), και της Τουρκίας (Erkman, 1992). Επιπλέον, ένας αριθμός από διαμήκεις μελέτες δείχνει ότι η αντίληψη της γονεϊκής απόρριψης στην παιδική ηλικία τείνει να προηγείται της ανάπτυξης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Ge, Best, Conger, & Simons, 1996. Chen, Rubin, Li, 1995. Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994. Peterson, Sarigiani, & Kennedy, 1991. Robertson & Simons, 1989. Lefkowitz & Tesiny, 1984).

Ως προς τις διαταραχές διαγωγής σχεδόν όλες οι ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία αλλά και τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία παρουσίασαν ίδια αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα επιδρά αρνητικά στις διαταραχές διαγωγής των αδελφών παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση, με τύφλωση, με κώφωση και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Το γεγονός αυτό αντιτίθεται σε ερευνητικά ευρήματα παλαιότερων μελετών τα οποία υποστηρίζουν πως η γονεϊκή απόρριψη οδηγεί στην ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η γονεϊκή απόρριψη φαίνεται να είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης σχεδόν όλων των μορφών προβλημάτων συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της συμπεριφοράς, την εξωτερικήωση

συμπεριφοράς και την παραβατικότητα. Διαπολιτισμικά ευρήματα που υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα προέρχονται από το Μπαχρέιν (Al-Falaij, 1991), την Κίνα (Chen, Rubin, & Li, 1997), την Κροατία (Ajdukovic, 1990), την Αίγυπτο (Salama, 1984), την Αγγλία (Maughan, Pickles & Quinton, 1995. Farrington & Hawkins, 1991), την Ινδία (Saxena, 1992) και τη Νορβηγία (Pedersen, 1994). Μελέτες υποστηρίζουν επίσης αυτό το συμπέρασμα μεταξύ αμερικανικών εθνοτικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών, των Ασιατών Αμερικανών, των Ευρωπαίων Αμερικανών, και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Chen et al., 1998. Marcus & Gray, 1998. Rothbaum & Weis, 1994. Whitbeck, Hoyt, & Ackley, 1997). Τέλος, ένας αριθμός μακροχρόνιων μελετών στις ΗΠΑ (Ge, Best, Conger, & Simon, 1996. Simons, Robertson, & Downs, 1989. Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986), και παγκοσμίως (Chen et al., 1997) δείχνουν ότι η γονεϊκή απόρριψη τείνει να προηγείται της ανάπτυξης προβλημάτων συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες και σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα αποτελεί η εξαίρεση της ομάδας των αδελφών με τύφλωση που ενώ συμφωνούν ως προς τα αποτελέσματα της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, η συνολική γονεϊκή τους απόρριψη συνδέεται με διαταραχές διαγωγής. Η σύνδεση της γονεϊκής απόρριψης με τις διαταραχές διαγωγής επεκτείνεται και εξειδικεύεται σε συγκεκριμένο τομέα προβλημάτων συμπεριφοράς ο οποίος είναι η κατάχρηση ουσιών. Η υποστήριξη για την παγκόσμια συσχέτιση μεταξύ της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης και την κατάχρηση ουσιών προέρχεται από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία (Rosenberg, 1971), τον Καναδά (Hundleby & Mercer, 1987), την Αγγλία (Καλά, 1972), την Ολλανδία (Emmelkamp & Heeres, 1988), και τη Σουηδία (Vrasti et al., 1990). Μερικές από αυτές τις μελέτες δείχνουν σαφώς ότι η γονεϊκή απόρριψη συνδέεται αιτιολογικά τόσο με την κατάχρηση ναρκωτικών όσο και με την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει επίσης βρεθεί ότι γονεϊκή απόρριψη συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών σε μεγάλες εθνοτικές ομάδες στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών (Myers, Newcomb, Richardson, & Alvy, 1997. Shedler & Block, 1990. Eldred, Brown, & Mahabir, 1974. Prendergast & Schaefer, 1974), των Ασιατών Αμερικανών (Shedler & Block, 1990), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Coombs, Paulson, & Richardson, 1991. Coombs & Paulson, 1988). Επιπλέον, οι Rohner και Britner (2002) μέσω ενός αριθμού μελετών παρέχουν αποδείξεις για τη σχέση μεταξύ της γονεϊκής απόρριψης και της κατάχρησης ουσιών στη μεσαία και την εργατική τάξη Ευρωπαίων Αμερικανών.

Όσον αφορά το σύνολο των δυνατοτήτων και δυσκολιών που περιλαμβάνει τις υποκλίμακες των διαταραχών συναισθήματος, την υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής, τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, τις διαταραχές διαγωγής, τα αποτελέσματα διαφέρουν σε ορισμένες περιπτώσεις σε σχέση με τις μεμονωμένες παλλινδρομικές εξισώσεις. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση, με τύφλωση και με κώφωση στο συνολικό τους δείκτη ΔΔ φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στις διαταραχές συναισθήματος εξαιτίας της γονεϊκής αποδοχής, γεγονός που συμφωνεί με τις προαναφερθείσες έρευνες. Τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών από την άλλη μεριά έχουν αρνητική

επίδραση της γονεϊκής απόρριψης ως προς το συνολικό δείκτη ΔΔ, πράγμα που σημαίνει ότι έρχονται σε αντίθεση με τα προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα.

Όπως φαίνεται ορισμένα αποτελέσματα που συνδέουν τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των αδελφών παιδιών με αναπηρία συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών. Ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός των αποτελεσμάτων διαφωνεί με τα ευρήματα αυτά. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί ως εξής. Αρχικά, η έρευνα γύρω από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη δεν έχει συμπεριλάβει δείγμα που να είναι άμεσα συνδεδεμένο με την αναπηρία. Από τη στιγμή λοιπόν που η αναπηρία δεν έχει υπαχθεί ως μεταβλητή στις μέχρι σήμερα μελέτες γύρω από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη και τις συνέπειές της τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να διασταυρωθούν με πλήρη ανταπόκριση και ακρίβεια με άλλα ευρήματα άλλων μελετών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Επίσης, η διάσταση που φαίνεται να υπάρχει στα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας σε σχέση με την πλειοψηφία των αποτελεσμάτων παλαιότερων ερευνών μπορεί να τοποθετηθεί και να εξηγηθεί μέσω του θεωρητικού πλαισίου της *Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης*. Συγκεκριμένα, στη θεωρία αυτή περιλαμβάνεται η *υποθεωρία της αντιμετώπισης*. Το βασικό ερώτημα αυτής της υποθεωρίας είναι το πώς ορισμένα απορριφθέντα άτομα είναι σε θέση να αντέξουν την απόρριψη και τις συνέπειές της, ενώ άλλα διαβρώνονται τόσο κατά την παιδική αλλά και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους. Με βάση λοιπόν αυτή την υποθεωρία υπάρχουν δύο τύποι αντιδράσεων που αναμένονται. Τα άτομα που προσωποποιούν την απόρριψη θεωρώντας που το βάρος αυτής πέφτει στους δικούς της ώμους και στα άτομα που έχουν την ικανότητα να αποπροσωποποιούν την απόρριψη στηριζόμενοι στην ψυχολογική ασπίδα που έχουν δημιουργήσει προκειμένου να κρατηθούν μακριά από τις αρνητικές συνέπειες της απόρριψης. Τα άτομα αυτά αποκαλούνται *copers* και διαχωρίζονται σε *affective copers* και *instrumental copers*. Δεδομένου λοιπόν πως τα άτομα που μεγαλώνουν και συμβιώνουν με ένα άτομο με αναπηρία βρίσκονται σε ένα μοναδικό περιβάλλον με διαφορετικές και συνεχώς επαναπροσδιοριζόμενες συνθήκες ενδεχομένως να είναι σε θέση να καταγούν στην κατηγορία των *copers* και να είναι σε θέση να χειρίζονται καλύτερα την απόρριψη από τους γονείς τους. Επίσης, η κάθε οικογένεια παιδιού με αναπηρία ενδέχεται να παρακολουθεί ειδικά προγράμματα για την αντιμετώπιση και την ομαλή δημέρευση με το παιδί με αναπηρία. Ακόμη, τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία ενδεχομένως να είναι σε θέση να καλύπτουν το συναισθηματικό κενό που δημιουργείται από την απόρριψη των γονέων τους με κάποιο άλλο άτομο προσκόλλησης, γεγονός που μπορεί να εξυπηρετεί την ομαλή ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή. Οι δυο τελευταίες παράμετροι δεν ήταν δυνατό να εξεταστούν ως μεταβλητές της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Από τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών προκύπτει η άποψη ότι οι οικογένειες παιδιών με αναπηρία σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα παθολογίας και ότι χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές προσαρμογής στην κατάσταση του παιδιού (Stoneman, 1996. Hodapp, 1995). Ωστόσο οι μελέτες που αφορούν τα

αδέλφια παιδιών με αναπηρία είναι περιορισμένες και κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθούν οι δυνατότητες και οι δυσκολίες τους καθώς και ο ρόλος που παίζει σ' αυτές η γονεϊκή αποδοχή. Αυτή η διαδικασία απαιτείται προκειμένου να σχεδιαστούν εκπαιδευτικές υπηρεσίες για τη στήριξη των οικογενειών παιδιών με αναπηρία και ειδικότερα εκπαιδευτικά προγράμματα ενημέρωσης, στήριξης και εκπαίδευσης για τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία, των οποίων οι ανάγκες σαφώς διαφέρουν από αυτές των ενηλίκων.

Δεδομένης της ιδιαιτερότητας των χαρακτηριστικών ενός ανάπητου παιδιού, είναι τεράστια η επίδραση στη ζωή των μελών ολόκληρης της οικογένειας (Hastings, Kovshoff, Ward et al., 2005). Ωστόσο παρά τον μεγάλο αριθμό αυτού του είδους των ευρημάτων, οι οικογένειες των παιδιών με αναπηρία δεν εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα, αφού πέραν της αναπηρίας υπάρχει σύνδεση και με ένα πλήθος άλλων μεταβλητών (Baxter et al., 2000. Quine & Pahl, 1991. Frey et al., 1989). Ανάλογα με το εκάστοτε πεδίο έρευνας, ο τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης της ύπαρξης ενός παιδιού με αναπηρία από την οικογένεια αξιολογείται διαφορετικά.

Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που αφορά στις οικογένειες παιδιών με αναπηρία, αφορά στους γονείς. Αντιθέτως, τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία συνιστούν μια ομάδα που λίγο έχει ερευνηθεί. Σαφώς οι γονείς αποτελούν τους κύριους «διαχειριστές» της οικογένειας, αφού είναι οι πρώτοι ιθύνοντες για τη δημιουργία και κατ' επέκταση τη λειτουργία της. Από την άλλη μεριά, η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία δεν μπορεί να μην επηρεάζει την ζωή και των τυπικώς αναπτυσσόμενων αδελφών. Δεδομένου μάλιστα ότι πρόκειται για ανήλικα άτομα τα οποία δεν έχουν ακόμη διαμορφωθεί, η τόσο στενή συγγένεια με έναν άνθρωπο με αναπηρία καθιστά υποχρεωτική τη διερεύνηση των επιπτώσεων αυτής της σχέσης.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρείται η σκιαγράφηση των δυνατοτήτων και δυσκολιών των αδελφών παιδιών με αναπηρία, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει σε αυτές η αποδοχή από τους γονείς τους. Οι δυνατότητες και οι δυσκολίες αυτών των παιδιών θα συγκριθούν τόσο ανάμεσα στις ομάδες αδελφών με διαφορετικού τύπου αναπηρία όσο και μια ομάδα ελέγχου, δηλαδή με μια ομάδα αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία.

Αρχικά, με βάση τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας φαίνεται πως το είδος της αναπηρίας του αδελφού επηρεάζει διαφορετικά τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών. Συγκεκριμένα, η θετική κοινωνική συμπεριφορά των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία είναι σε υψηλότερα επίπεδα από όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία. Αντιθέτως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αν και υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους, εμφανίζουν αυξημένη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα, διαταραχές συναισθήματος και διαταραχές διαγωγής. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Griffith et al. 2014. Ross & Cuskelly 2006. Verte et al., 2003 Fisman et al., 1996. Gold 1993. Rodrigue et al. 1993), οι οποίες υποστηρίζουν πως τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος. Ωστόσο, ορισμένες έρευνες που αφορούν στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό δεν έχουν βρει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Hastings & Petalas, 2014. Dempsey et al., 2012. Pilowsky et al., 2004. Hastings, 2003b. Dewey, 2002). Οι διαφορές που εντοπίζονται

στα επίπεδα όλων των υποκλιμάκων των δυνατοτήτων και δυσκολιών δεν είναι δυνατό να δικαιολογηθούν με βάση παλαιότερα ευρήματα καθώς δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες επάνω στα αδέρφια παιδιών με διαφορετικούς τύπους αναπηρίας. Ενδεχομένως, οι παρούσες αυξομειώσεις να μπορούν να αιτιολογηθούν, τουλάχιστον προς το παρόν, με βάση τις διαφορετικές ανάγκες που συνοδεύουν την κάθε αναπηρία. Ακόμη ο βαθμός της κάθε αναπηρίας μπορεί να επηρεάζει τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, στοιχείο που δε διερευνηθηκε στην παρούσα εργασία.

Εξαίρεση αποτελεί το εύρημα σχετικά με τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, όπου τα αδέρφια των παιδιών με ακουστική αναπηρία αλλά και τα αδέφια της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν φτωχότερες σχέσεις με τους συνομηλίκους τους σε αντίθεση με τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση και προβλήματα όρασης. Παλαιότερες έρευνες πάνω στις σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους έχουν αποδείξει ότι παράγοντες όπως η αυτεοεκτίμηση και η αυτεπάρκεια παίζουν καθοριστικού ρόλο στη διαμόρφωση των διαπροσωπικών σχέσεων (Zuffian, Alessandri, Gertino, Kamacri, Di Giunta, Milioni & Caprara, 2013). Δεδομένου πως τέτοιες μεταβλητές δεν ήταν εφικτό να μετρηθούν στην παρούσα έρευνα, το συγκεκριμένο εύρημα δεν μπορεί να συσχετιστεί με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φαίνεται πως τα περισσότερα στοιχεία επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία σε αντίθεση με τα αδέρφια παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, το φύλο των αδελφών επηρεάζει τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση και τα αδέρφια παιδιών με κώφωση. Ειδικότερα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό τα κορίτσια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα θετική κοινωνική συμπεριφορά από τα αγόρια καθώς και σημαντικά χαμηλότερες δυσκολίες με βάση το συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα παλαιότερων ερευνών τα οποία υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια παρέχουν περισσότερη φροντίδα στους γύρω τους και τρέφουν πιο θετικά αισθήματα σε σχέση με τα αγόρια (Osmond & Seltzer, 2000). Η αλτρουϊστική συμπεριφορά των κοριτσιών που έχουν αδέρφια με αυτισμό επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα η οποία έδειξε ότι τα κορίτσια που έχουν αδέρφια με αναπηρία αναλαμβάνουν τις περισσότερες φορές τη φροντίδα του ανάπηρου αδελφού τους (Bray et al., 2000). Επίσης οι Verte, Roeyers και Buysse (2003) βρήκαν ότι συγκεκριμένα οι αδελφές παιδιών με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας τείνουν να αποδίδουν στους εαυτούς τους υψηλότερη κοινωνική προσαρμογή και να έχουν θετικότερη γενική ιδέα για τον εαυτό τους.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση και ακουστική αναπηρία. Σ' αυτές τις ομάδες τα αγόρια κατέχουν υψηλότερα αποτελέσματα τόσο στη θετική κοινωνική συμπεριφορά αλλά και χαμηλότερα ως προς τις δυσκολίες ψυχοκοινωνικής φύσης. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των προαναφερθέντων ερευνών, ωστόσο συμφωνούν ως προς τις διαταραχές συναισθήματος με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα. Σύμφωνα με αυτά τα κορίτσια αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (Κολαΐτης, 2012). Ωστόσο, ορισμένες έρευνες κατέδειξαν ότι στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία το φύλο δεν δείχνει να επηρεάζει την κοινωνική τους προσαρμογή και την κατάθλιψη παρά το γεγονός ότι τα κορίτσια αναλαμβάνουν περισσότερες αρμοδιότητες για τα αδέρφια τους με αναπηρία και για τις δουλειές του σπιτιού (Gold, 1993. Mates, 1990).

Η ηλικία των αδελφών παιδιών με αναπηρία είναι μια ακόμα παράμετρος που επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών αυτών. Οι μεγαλύτερες στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στην ηλικιακή ομάδα 14-16 ετών των αδελφών παιδιών με αυτισμό τα οποία παρουσίασαν χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά αλλά και υψηλό συνολικό δείκτη ως προς τις δυσκολίες τους, σε σχέση με αδέρφια παιδιών με αυτισμό ηλικίας 11-13 και 17-18 ετών. Τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση, τύφλωση και κώφωση έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική διαφορά των αδελφών που είναι 17-18 ετών. Συγκεκριμένα τα αδέρφια που υπάγονται σ' αυτές τις τρεις ομάδες και είναι ηλικίας 17-18 παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερο συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών οι οποίες υποστηρίζουν ότι τα αδέρφια με ηλικίες 6-11 ετών εμφανίζουν περισσότερα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα και περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά (Verte, Roeyers και Buysse 2003). Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες ο βαθμός των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων που εμφανίζουν τα αδέρφια αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία τους (Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993), ενώ το επίπεδο κατάθλιψης είναι υψηλότερο για τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία που βρίσκονται στην εφηβεία (Gold, 1993). Επίσης η μεγαλύτερη ηλικία των παιδιών συνεπάγεται και περισσότερες γνώσεις και πιο σφαιρική πληροφορία γύρω από την κατάσταση των αδελφών τους, γεγονός που διευκολύνει τα παιδιά προς την κατανόηση του προβλήματος και κατ' επέκταση ομαλότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003).

Ως προς την **ύπαρξη άλλων αδελφών** οι ομάδες των αδελφών παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση δείχνουν να επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση που έχουν και άλλα αδέρφια παρουσιάζουν χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά και υψηλό δείκτη για τις δυσκολίες τους. Ως προς τη χαμηλή θετική κοινωνική συμπεριφορά συμφωνούν και τα δέλφια παιδιών με κώφωση τα οποία έχουν και άλλα αδέρφια με τη διαφορά ότι παρουσιάζουν υψηλή διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Σε συνδυασμό με την ύπαρξη άλλων αδελφών μπορεί να αναφερθεί η επιρροή που ασκείται στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία από τη συμβίωσή τους και με **άλλους συγγενείς** (γιαγιά, παππούς, θείοι κτλ.). ειδικότερα τόσο τα δέλφια παιδιών με αυτισμό όσο και τα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δε μένουν με άλλους συγγενείς παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερα συνολικό δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση που συγκατοικούν και με έμμεσους συγγενείς. Οι δύο αυτές παράμετροι μπορούν να συνοψιστούν στην έννοια του μεγέθους τής οικογένειας, παράμετρος που ενώ εδώ επηρεάζει τα υποκείμενα της έρευνας σε παλαιότερες έρευνες δείχνει να μην ασκεί ιδιαίτερη επίδραση στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία στην προσαρμογή των αδελφών στο σπίτι και στο σχολείο (Mates, 1990), ούτε και την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στα αδέρφια (Kaminsky & Dewey, 2001). Άλλες πάλι έρευνες αποδεικνύουν ότι το μέγεθος της οικογένειας των παιδιών φαίνεται ότι είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την προσαρμογή τους. Τα αδέρφια που προέρχονται από μεγάλες οικογένειες έχουν συχνά καλύτερη προσαρμογή (Bauminger & Yinniya, 2001) και αντιμετωπίζουν την αναπηρία των αδελφών τους νιώθοντας λιγότερη ντροπή και αμηχανία σε σχέση με τα αδέρφια που

προέρχονται από μικρότερες οικογένειες (McHale et al., 1986). Μια νεότερη έρευνα, όμως, οδηγήθηκε σε αντίθετα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία όσο μεγαλύτερο ήταν το μέγεθος της οικογένειας τόσο μεγαλύτερη ήταν η καθυστέρηση στις δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών (Pilowsky et al. 2004).

Ο παράγοντας της **κινητικής ανεξαρτησίας** φαίνεται να επηρεάζει κατά κύριο λόγο τα δέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση. Ειδικότερα τα παιδιά της ομάδας αυτής που έχουν αδελφό με αναπηρία ο οποίος είναι κινητικά ανεξάρτητος εμφανίζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερο δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών από τα παιδιά που τα αδέλφια τους είναι κινητικά εξαρτημένα εξ ολοκλήρου ή εν μέρει. Η **ομιλητική ικανότητα** των ανάπηρων αδελφών είναι επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει την ύπαρξη ή μη ψυχοπαθολογίας στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και κώφωση, αναλυτικά, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό που δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο αδελφός τους εντοπίζεται να έχουν χαμηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και υψηλότερο δείκτη δυσκολιών. Αντιθέτως, τα αδέλφια παιδιών με κώφωση που δεν καταλαβαίνουν όλα όσα λέει ο αδελφός τους παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Τα παλαιότερα ευρήματα γύρω από τις επικοινωνιακές και κινητικές δεξιότητες των παιδιών με αναπηρία και πώς αυτές επηρεάζουν τα αδέλφια τους ποικίλουν, με αποτέλεσμα άλλα να συμφωνούν και άλλα να διαφωνούν με τα παρόντα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι δεξιότητες των παιδιών με αναπηρία δεν επηρεάζουν την προσαρμογή των αδελφών τους αφού ακόμη και τα αδέλφια παιδιών με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Hastings, 2003). Ωστόσο, οι Pilowsky και συνεργάτες (2004), οδηγήθηκαν σε αντίθετα ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η αύξηση της σοβαρότητας της διαταραχής των παιδιών όξυνε τα προβλήματα συμπεριφοράς των αδελφών, ενώ παράλληλα ασκούσε θετική επίδραση στις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Αναφορικά με το **μορφωτικό επίπεδο της μητέρας** τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με αυτό. Αναλυτικά τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση και με κώφωση των οποίων οι μητέρες είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερες δυσκολίες σε σχέση με τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία των οποίων η μητέρες έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με την **εργασία της μητέρας**. Τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση των οποίων οι μητέρες είναι δημόσιοι υπάλληλοι δείχνουν να επηρεάζονται θετικά ως προς τη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά και αρνητικά σε σχέση με τις δυσκολίες τους. Το μεν υψηλό μορφωτικό επίπεδο των μητέρων συνεπάγεται καλύτερη γνώση και ενημέρωση γύρω από την αναπηρία, η δε εργασία της μητέρας ως δημόσια υπάλληλος εξασφαλίζει την οικονομική σταθερότητα. Οι δυο αυτές παράμετροι λοιπόν συνεισφέρουν στη μείωση του άγχους των οικογενειών παιδιών με αναπηρία (Bailey, Golden, Roberts & Ford, 2007. Emerson, Hatton, Llewellyn, Blacker & Graham, 2006, Graham et al., 2010), γεγονός που σαφώς διευκολύνει τα αδέλφια αυτών των παιδιών να έχουν μια πιο ομαλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε σχέση με τα παιδιά που ζουν σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα και ανασφάλεια. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη των γονέων επηρεάζει την προσαρμογή των αδελφών, αφού οξύνει τα προβλήματα προσαρμογής που αντιμετωπίζουν τα αδέλφια (Fisman, Wolf, Ellison & Freeman. 2000). Σε αντίθεση με

τους προηγούμενους ερευνητές, ο Hastings (2003), υποστήριξε πως το άγχος της μητέρας δεν επηρεάζει σημαντικά την προσαρμογή συμπεριφοράς των αδελφών.

Όσον αφορά τη **διαμονή και με τους δυο γονείς** εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα κυρίως στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και στα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που ζουν και με τους δυο γονείς τους παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Ακόμη τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν χαμηλότερο συνολικό δείκτη δυσκολιών και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν χαμηλότερη υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συμβαδίζει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνητών που προτείνουν πως η προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία φαίνεται να επηρεάζεται από την ποιότητα της συζυγικής σχέσης των γονέων. Όταν η συζυγική σχέση μεταξύ των γονέων είναι καλή, τα αδέλφια αντιμετωπίζουν λιγότερες δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής και έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Rodríguez, Geffken & Morgan, 1993). Αντίθετα, όταν το άγχος των γονέων είναι αυξημένο και στη συζυγική σχέση υπάρχουν εντάσεις, οι δεξιότητες κοινωνικοποίησης των αδελφών εμφανίζουν μεγαλύτερη καθυστέρηση (Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004), η ποιότητα της σχέσης των αδελφών παρακαμάζει και τα παιδιά έχουν περισσότερες αρνητικές συμπεριφορές προς τα αδέλφια τους με αναπηρία (Rivers & Stoneman, 2003).

Αναφορικά με την **παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων/θεραπειών** από τα αδέλφια με αναπηρία φάνηκε να επηρεάζονται τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση και τα αδέλφια παιδιών με κώφωση. Τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και τύφλωση δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές καθώς όλα τα αδέλφια παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση και τα αδέλφια παιδιών με κώφωση τα οποία παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα εμφανίζουν χαμηλότερη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Ακόμη τα αδέλφια παιδιών με κώφωση που παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα εμφανίζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Η παρακολούθηση ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων εξετάστηκε και ως προς τις **ώρες** που περνούν σε αυτές τα παιδιά με αναπηρία. Έτσι σε γενικές γραμμές φάνηκε πως όσες περισσότερες ώρες απαιτούν οι παρακολουθήσεις των προγραμμάτων αυτών από τα παιδιά με αναπηρία τόσο καλύτερος είναι ο αντίκτυπός τους στις ψυχοκοινωνικές δυνατότητες των αδελφών τους. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την υπόθεση πως όσο καλύτερη δουλειά γίνεται προκειμένου να αμβλυνθούν τα ελλείμματα των παιδιών με αναπηρία τόσο μικρότερη θα είναι και επίπτωση των χαρακτηριστικών του εκάστοτε τύπου αναπηρίας στα αδέλφια αυτών των παιδιών. Φυσικά σ' αυτό παίζει ρόλο και η σοβαρότητα της διαταραχής του κάθε παιδιού. Το εύρημα αυτό διασταυρώνεται και με παλαιότερα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία η αύξηση της σοβαρότητας της διαταραχής των παιδιών όξυνε τα προβλήματα συμπεριφοράς των αδελφών, ενώ παράλληλα ασκούσε θετική επίδραση στις κοινωνικές τους δεξιότητες (Pilowsky et al., 2004). Η παρέμβαση ωστόσο όχι μόνο στα παιδιά με αναπηρία αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, υποστηρίζεται από άλλες έρευνες, πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή προσαρμογή των αδελφών παιδιών με αναπηρία. Ειδικότερα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες τα προβλήματα προσαρμογής των αδελφών παιδιών με αναπηρία μπορούσαν να



περιοριστούν και οι σχέσεις με τα αδέρφια τους να βελτιωθούν αν οι γονείς συμμετείχαν σε ομάδες υποστήριξης και αν τα αδέρφια συμμετείχαν σε προγράμματα παρέμβασης με συνομηλίκους (Kaminsky & Dewey, 2001. Rivers & Stoneman, 2003). Η παράμετρος όμως αυτή δεν εξετάστηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία.

Όσον αφορά τα τρία τελευταία δημογραφικά χαρακτηριστικά των αδελφών παιδιών με αναπηρία, δηλαδή το βαθμό **βοήθειας**, το βαθμό **παιχνιδιού** με το παιδί με αναπηρία καθώς και το βαθμό **παιχνιδιού** με το παιδί με αναπηρία και **με φίλους** παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά στοιχεία τα οποία φέρουν συνάφεια μεταξύ τους. Ειδικότερα, τα αδέρφια παιδιών από όλες τις ομάδες αναπηρίας που δήλωσαν ότι βοηθούν, παίζουν και παίζουν και μαζί με τους φίλους τους με τον αδελφό με αναπηρία πολύ και πάρα πολύ εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τα αδέρφια που δήλωσαν για τα αντίστοιχα στοιχεία λίγο ή καθόλου. Τα αδέρφια λοιπόν με τον υψηλότερο βαθμό βοήθειας και παιχνιδιού παρουσιάζουν υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλότερες δυσκολίες ψυχοκοινωνικής φύσης. Οι διαδικασίες αυτές μπορούν να συνοψιστούν με τον όρο της οικειότητας και της ενασχόλησης και επιβεβαιώνονται και από άλλα ερευνητικά αποτελέσματα σύμφωνα με τα οποία παρέχουν ένα σημαντικό πλαίσιο για την κατανόηση της ανάπτυξης του κοινωνικού, συναισθηματικού, ηθικού και γνωστικού κόσμου των παιδιών (Volling, Kennedy, Jackey, 2010. Howe, Petrakos, Rinaldi, LeFebvre, 2005). Ειδικότερα, τα αδέρφια παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατανόησης του νου των άλλων, δηλαδή την κατανόηση των συναισθημάτων, των σκέψεων, των προθέσεων και των απόψεων (Howe, Ross, Recchia, 2011. Dunn, 2002).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στην παρούσα ερευνητική εργασία τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία που συνιστούν την ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά στοιχεία ως προς την επιρροή τους από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρά σε λίγες μόνο περιπτώσεις. Η μόνη παράμετρος που δείχνει να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία είναι η **ύπαρξη άλλων αδελφών**. Συγκεκριμένα τα περισσότερα αδέρφια επηρεάζουν θετικά τις σχέσεις με τους συνομηλίκους των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία. Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να επιβεβαιώνουν το παρόν εύρημα παρά μόνο η υπόθεση ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν μαζί με αδέρφια μαθαίνουν από νωρίς την έννοια της συνύπαρξης καθώς και το μοίρασμα επομένως η κοινωνικοποιητική διαδικασία είναι γι' αυτά ευκολότερη.

Σχετικά με τη διερεύνηση της αντίληψης της γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης σημαντικό ρόλο δείχνει να διαδραματίζει το είδος της αναπηρίας του αδελφού. Προέκυψαν λοιπόν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία σε σχέση με τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλότερη αντίληψη γονεϊκής αποδοχής από όλες τις ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία. Ακόμη, παρουσίασαν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, παραμέλησης/αδιαφορίας και γονεϊκής απόρριψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς λόγω των ιδιαιτεροτήτων της οικογένειας ενός παιδιού με αναπηρία που συνεπάγεται μεταξύ των άλλων και την εξουθένωση των γονέων το αναμενόμενο αποτέλεσμα θα ήταν το αντίστροφο. Ωστόσο δεν μπορεί να

υποστηριχθεί με αποτελέσματα άλλων ερευνητών καθώς η διερεύνηση της γονεϊκής αποδοχής/απόρριψης δεν έχει διεξαχθεί σε πληθυσμό που αφορά την αναπηρία. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των αδελφών παιδιών με αναπηρία δεν μπορούν να επιβεβαιωθούν από άλλες έρευνες για τον ίδιο ακριβώς λόγο.

Ως προς την επιρροή που ασκούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης φαίνεται πως τα περισσότερα στοιχεία επιδρούν στατιστικά σημαντικά στα αδέλφια παιδιών με αναπηρία.

Ειδικότερα, το φύλο των αδελφών παιδιών με αναπηρία επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση. Συγκεκριμένα τα αγόρια αδέλφια παιδιών με αυτισμό εμφανίζουν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη επιθετικότητας/εχθρότητας, παραμέλησης/αδιαφορίας και απόρριψης σε σχέση με τα κορίτσια. Στα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση και κώφωση ισχύει το αντίστροφο. Στη συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών πάνω στην γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη το φύλο δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο (Rohner, Khaleque, Cournoyer, 2012. Khaleque & Rohner, 2011). Σύμφωνα με αυτά τα ερευνητικά δεδομένα είναι οι ομάδα των αδελφών παιδιών με τύφλωση και τα αδέλφια παιδιών χωρίς αναπηρία.

Τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν **την ηλικία των υποκειμένων της έρευνας, την ηλικία των αδελφών με αναπηρία, την ύπαρξη άλλων αδελφών, τη συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς, την ικανότητα ομιλίας και κίνησης** ενώ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για όλες σχεδόν τις ομάδες των συμμετεχόντων στις έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε σχέση με την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα (Rohner, Khaleque, Cournoyer, 2012. Khaleque & Rohner, 2011. Bredenhof, Mennicke, Potter & Clarke, 1998. Rohner, 1985). Ορισμένα βέβαια από αυτά αφορούν άμεσα τη φύση της αναπηρία (κίνηση, ομιλία) που όπως έχει ήδη ειπωθεί δεν έχει συμπεριληφθεί ως παράμετρος στις έρευνες αυτού του πεδίου. Το ίδιο ισχύει και για τις μεταβλητές που αφορούν **την παρακολούθηση και τις ώρες που αφιερώνεται σε αυτήν ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων/θεραπειών, τη βοήθεια προς τον αδελφό, το παιχνίδι με τον αδελφό και το παιχνίδι με τον αδελφό μαζί με φίλους.**

Ως προς **το μορφωτικό επίπεδο και την εργασία της μητέρας** παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα οι μητέρες των αδελφών παιδιών με αυτισμό, νοητική υστέρηση και κώφωση που είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ και εργάζονται ως δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι επηρεάζουν θετικά την αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής σε σχέση με τις μητέρες των οποίων το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλότερο και από αυτές που είναι άνεργες. Τα παιδιά αυτά εμφανίζουν στατιστικά υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη επιθετικότητας/εχθρότητα, παραμέλησης/αδιαφορίας και απόρριψης. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με παλαιότερες έρευνες, δηλαδή με βάση τα αποτελέσματα ερευνών σε έναν πληθυσμό παιδιών αμερικανικής και κορεατικής καταγωγής φαίνεται ότι σημαντικό ρόλο στην γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη παίζει το επάγγελμα της μητέρας τους και η κοινωνική τάξη, αφού τα παιδιά που προέρχονται από μεσαία κοινωνικά στρώματα αποδείχθηκαν πιο αποδεκτά από τις

μητέρες τους σε σχέση με τα παιδιά εργατικών και χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Σε άμεση συνάρτηση με βρίσκονται τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στην Κολομβία. Εκεί τα παιδιά που προέρχονται από κατώτερα κοινωνικά στρώματα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς και στοιχεία παραβατικότητας, κυρίως λόγω της φτώχειας και της έντονης εγκληματικότητας που χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο μέρος. Ωστόσο η γονεϊκή αγάπη, φροντίδα και γενικά η αποδοχή λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την κατεύθυνση των παιδιών προς τη μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά (Lila, Garcia & Garcia, 2007). Επιπλέον, η κακή οικονομική κατάσταση αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα που επηρεάζει τη γονεϊκή συμπεριφορά (Weiss, Dodge, Bates & Pettit, 1992. Lempers, Clark-Lempers & Simons, 1989. Elder, Nguyen & Caspi, 1985. Elder, 1974). Επίσης παρόλο που υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο στον πολιτισμό όσο και στην οικογενειακή δομή των πολιτών της Κίνας σε σχέση με πολίτες του Δυτικού κόσμου (η περισσότερες οικογένειες στην Κίνα δεν έχουν πάνω από ένα παιδί) αποδεικνύεται ότι και σε αυτό το πλαίσιο ο παράγοντας της οικονομικής κατάστασης και πιο συγκεκριμένα τα ζητήματα στέγασης επηρεάζουν αρνητικά τους Κινέζους γονείς (Chen & Rubin, 2013). Βέβαια, τα ευρήματα αυτά διαφέρουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ως προς την ομάδα ελέγχου, η οποία δεν επηρεάζεται ούτε από το μορφωτικό επίπεδο αλλά ούτε από την εργασία της μητέρας.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το αποτέλεσμα που αφορά τη **διαμονή και με τους δύο γονείς**. Αναφορικά με αυτό το δημογραφικό χαρακτηριστικό των αδελφών παιδιών με αναπηρία, τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά στοιχεία τα οποία όμως χαρακτηρίζονται ως μη αναμενόμενα και αντιφατικά σε σχέση με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Ειδικότερα, τόσο τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό όσο και τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση που δε μένουν και με τους δυο γονείς τους φάνηκε να έχουν υψηλότερη αντίληψη της γονεϊκής ζεστασιάς/στοργής και χαμηλότερη αντίληψη της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, της παραμέλησης/αδιαφορίας και της απόρριψης, σε σχέση με τα παιδιά που δήλωσαν πως κατοικούν και με τους δυο γονείς τους. Όπως προαναφέρθηκε το εύρημα αυτό δε συμβαδίζει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σύμφωνα με τα οποία η ποιότητα της συζυγικής σχέσης επηρεάζει την αντίληψη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης (Jennings, Stagg & Connors, 1991. Cox, Owen, Lewis & Henderson, 1989. Jouriles, Pfiffner & O'Leary, 1988. Goldberg & Easterbrooks, 1984. Conger, McCarty, Young, Lahey & Kropp, 1984).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί ξανά η ομάδα των αδελφών παιδιών χωρίς αναπηρία η οποία δείχνει να μην επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από καμία σχεδόν δημογραφική παράμετρο. Γεγονός που με βάση τις προαναφερθείσες έρευνες άλλοτε συμφωνεί με παλαιότερα ευρήματα (π.χ φύλο, ηλικία κ.ά.) και άλλοτε διαφωνεί (π.χ. διαμονή και με τους δυο γονείς).

Αναφορικά με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των αδελφών παιδιών με αναπηρία και το πώς αυτές επηρεάζονται από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι στα αδέλφια παιδιών με αυτισμό η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία έχει θετική επίδραση στη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίφαση με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν δείξει ότι η θετική κοινωνική συμπεριφορά των

παιδιών είναι άμεσα συνυφασμένη με τη γονεϊκή αποδοχή. Συγκεκριμένα, οι Bryant & Crockenberg, (1981) και Feshback (1978) έχουν δείξει ότι η θετική γονεϊκή συμπεριφορά σχετίζεται με την ανάπτυξη συνεργατικής συμπεριφοράς των παιδιών.

Επίσης, τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση δείχνουν να επηρεάζονται θετικά ως προς τη θετική κοινωνική τους συμπεριφορά παρά την αρνητική συμπεριφορά των γονέων τους προς αυτά. Συγκεκριμένα η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα, η γονεϊκή απόρριψη και η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία επιδρούν θετικά προς την ανάπτυξη προκοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών. Το παρόν εύρημα έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις στην οικογένειά τους τείνουν να είναι ντροπαλά και αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την κακή ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Shah & Kahn, 2014). Το ίδιο ισχύει και για τα αδέλφια παιδιών με τύφλωση.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα αδέλφια παιδιών με κώφωση για τα οποία η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή φαίνεται να επηρεάζει θετικά την θετική κοινωνική συμπεριφορά ενώ η γονεϊκή απόρριψη τα επηρεάζει αρνητικά σ' αυτόν τον τομέα. Το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με αυτά άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι η γονεϊκή αποδοχή αποτελεί σημαντικό σημείο αναφοράς για την πρόβλεψη θετικών συμπεριφορών από το παιδί αλλά και αντιστρόφως (Bjorklund & Pellegrini, 2002. Leary, 1999. Baumeister & Leary, 1995. Rohner, 1975, 1986. Rohner & Rohner, 1980).

Όσον αφορά τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, δηλαδή τα αδέλφια παιδιών χωρίς αναπηρία, το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας ήταν και πάλι αντιφατικό. Η γονεϊκή ζεστασιά και στοργή φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη θετική κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με πλήθος άλλων ερευνών που έχουν δείξει ότι η αποδοχή είναι συνδεδεμένη με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (Schonert-Reichl, 1999. Parkhurst & Asher, 1992), ενώ αντίθετα η απόρριψη είναι αυτή που πολλές φορές οδηγεί στη μείωμένη θετική κοινωνική συμπεριφορά (Gest, Graham-Bermann & Hartup, 2001. Wentzel & McNamara, 1999. Asher & Coier, 1990).

Σε γενικές γραμμές βέβαια τα αποτελέσματα που αφορούν τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία και την κοινωνική τους ανάπτυξη και προσαρμογή είναι διφορούμενα, όπως και στην παρούσα έρευνα. Η κυρίαρχη πεποίθηση που επικρατούσε για τα αδέλφια παιδιών με αναπηρία υποστήριζε πως τα αδέλφια των παιδιών με αναπηρία μεγαλώνουν σε ένα οικογενειακό πλαίσιο μοναδικό και διαφορετικό, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς σε σχέση με τα αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Griffith et al. 2014. Ross and Cuskelly 2006. Hastings, 2003. Bauminger & Yirmiya, 2001. Fisman et al. 1996; Gold 1993. Rodrigue et al. 1993. McHale, Simeonsson, & Sloan, 1984) και βιώνουν φτωχότερες συναισθηματικά αδελφικές σχέσεις (Kaminsky and Dewey 2001). Ωστόσο, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει πως η ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια δεν επηρεάζει την κοινωνική προσαρμογή των τυπικώς αναπτυσσόμενων αδελφών, αφού δε βρέθηκαν διαφορές στην κοινωνική ικανότητα των αδελφών παιδιών με αναπηρία και των αδελφών παιδιών με τυπική ανάπτυξη (Gold, 1993. Pilowsky, Yirmiya, Doppelt, Gross-Tsur & Shalev, 2004. Rodrigue, Geffken & Morgan, 1993. Yirmiya et al., 2001).

Τα αποτελέσματα που αφορούν τη σύνδεση της γονεϊκής αποδοχής με την υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής έδειξαν ότι τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό επηρεάζονται τόσο από τη γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα όσο και από τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή αρνητικά. Η τάση για διασπαστική προσοχή και υπερκινητικότητα των αδελφών παιδιών με νοητική υστέρηση ενισχύεται τόσο από τη γονεϊκή ζεστασιά/στοργή όσο και από τη γονεϊκή απόρριψη. Στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση η γονεϊκή ζεστασιά/στοργή επηρεάζει αρνητικά τη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα σε αντίθεση με την γονεϊκή απόρριψη που επιδρά θετικά. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τα αδέρφια παιδιών με κώφωση, ενώ τα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών δε δείχνουν να επηρεάζονται ως προς την διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα από τη συμπεριφορά των γονέων. Τα παραπάνω ευρήματα δεν μπορούν να διασταυρωθούν με ευρήματα άλλων ερευνών, καθώς δεν υπάρχουν μελέτες που να συνδέουν την γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη με τη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Από μαθησιακής άποψης ωστόσο η οποία συνδέεται με τη διάσπαση προσοχής και την υπερκινητικότητα τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνών τα οποία στοχοποιούν τη γονεϊκή απόρριψη ως υπεύθυνη για τη σχολική αποτυχία (Tulviste & Rohner, 2010).

Αναφορικά με τα αποτελέσματα γύρω από τη διαταραχή συναισθημάτων στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία τα αποτελέσματα ποικίλουν, ορισμένα από αυτά συμφωνούν ενώ άλλα αντιτίθενται στα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών. Συγκεκριμένα, στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση καθώς και στα αδέρφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη διαταραχής συναισθήματος. Από την άλλη μεριά, τόσο στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση όσο και στα αδέρφια παιδιών με ακουστική αναπηρία η γονεϊκή παραμέληση/αδιαφορία και η γονεϊκή εχθρότητα έχουν θετικό αντίκτυπο στη διαταραχή συναισθημάτων. Δηλαδή η γονεϊκή απόρριψη οφείλεται για προβλήματα ψυχολογικής φύσης που αναπτύσσουν τα αδέρφια παιδιών με αισθητηριακά ελλείματα. Τα αποτελέσματα για τα αδέρφια παιδιών με τύφλωση και κώφωση συμφωνούν με ευρήματα παλαιότερων ερευνών ενώ τα αποτελέσματα για τα αδέρφια παιδιών με αυτισμό και νοητική υστέρηση διαφωνούν. Συγκεκριμένα σε παλαιότερες έρευνες η γονεϊκή απόρριψη συνδέεται αρνητικά με την κακή ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών (Rohner, Khaleque, & Cournoyer, 2009. Khaleque & Rohner, 2002a). Άλλα πάλι ευρήματα έχουν αποδείξει πώς η γονεϊκή απόρριψη κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανεπάρκεια στην ενήλικη ζωή (Ansari & Qureshi 2013. Khaleque & Rohner, 2011. Hewitt, 2009, Hetherington & Parke, 1986, Rohner, 1986). Ακόμη η γονεϊκή απόρριψη έχει συνδεθεί σε έρευνες παγκόσμιου βελινεκούς με την κλινική και μη κλινική κατάθλιψη. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης λόγω της γονεϊκής απόρριψης έχουν παρουσιαστεί σε μεγάλες εθνικές ομάδες κατοίκων των Ηνωμένων Πολιτειών, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών (Crook, Raskin, & Eliot, 1981), των Ασιατών Αμερικανών (Greenberger & Chen, 1996), των Ευρωπαίων Αμερικανών (Whitbeck, Conger, & Kao, 1993. Whitbeck, Hoyt, Miller, και Kao, 1992. Belsky & Pensky, 1988. Jacobson, Fasman, & DiMascio, 1975), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Dumka, Roosa, & Jackson, 1997). Επιπλέον, η γονεϊκή απόρριψη έχει βρεθεί να συνδέεται με την κατάθλιψη σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας (Parker, 1983a. Parker, Kiloh, & Hayward, 1987), της Κίνας (Chen, Rubin, & Li, 1995), της Αιγύπτου (Fattah, 1996. Hassab-Allah, 1996. Salama, 1990), της Γερμανίας (Richter, 1994), της Ουγγαρίας (Richter, 1994), της Ιταλίας (Richter, 1994), της Σουηδίας (Richter, 1994. Perris et al., 1986), και της Τουρκίας (Erkman,

1992). Επιπλέον, ένας αριθμός από διαμήκεις μελέτες δείχνει ότι η αντιλήψη της γονεϊκής απόρριψης στην παιδική ηλικία τείνει να προηγείται της ανάπτυξης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Ge, Best, Conger, & Simons, 1996. Chen, Rubin, Li, 1995. Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994. Peterson, Sarigiani, & Kennedy, 1991. Robertson & Simons, 1989. Lefkowitz & Tesiny, 1984).

Ως προς τις διαταραχές διαγωγής σχεδόν όλες οι ομάδες αδελφών παιδιών με αναπηρία αλλά και τα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία παρουσίασαν ίδια αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η γονεϊκή επιθετικότητα/εχθρότητα επιδρά αρνητικά στις διαταραχές διαγωγής των αδελφών παιδιών με αυτισμό, με νοητική υστέρηση, με τύφλωση, με κώφωση και στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία. Το γεγονός αυτό αντιτίθεται σε ερευνητικά ευρήματα παλαιότερων μελετών τα οποία υποστηρίζουν πως η γονεϊκή απόρριψη οδηγεί στην ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η γονεϊκή απόρριψη φαίνεται να είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης σχεδόν όλων των μορφών προβλημάτων συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της συμπεριφοράς, την εξωτερίκευση συμπεριφοράς και την παραβατικότητα. Διαπολιτισμικά ευρήματα που υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα προέρχονται από το Μπαχρέιν (Al-Falaij, 1991), την Κίνα (Chen, Rubin, & Li, 1997), την Κροατία (Ajdukovic, 1990), την Αίγυπτο (Salama, 1984), την Αγγλία (Maughan, Pickles & Quinton, 1995. Farrington & Hawkins, 1991), την Ινδία (Saxena, 1992) και τη Νορβηγία (Pedersen, 1994). Μελέτες υποστηρίζουν επίσης αυτό το συμπέρασμα μεταξύ αμερικανικών εθνοτικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών, των Ασιατών Αμερικανών, των Ευρωπαίων Αμερικανών, και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Chen et al., 1998. Marcus & Gray, 1998. Rothbaum & Weis, 1994. Whitbeck, Hoyt, & Ackley, 1997). Τέλος, ένας αριθμός μακροχρόνιων μελετών στις ΗΠΑ (Ge, Best, Conger, & Simon, 1996. Simons, Robertson, & Downs, 1989. Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986), και παγκοσμίως (Chen et al., 1997) δείχνουν ότι η γονεϊκή απόρριψη τείνει να προηγείται της ανάπτυξης προβλημάτων συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες και σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα αποτελεί η εξαίρεση της ομάδας των αδελφών με τύφλωση που ενώ συμφωνούν ως προς τα αποτελέσματα της γονεϊκής επιθετικότητας/εχθρότητας, η συνολική γονεϊκή τους απόρριψη συνδέεται με διαταραχές διαγωγής. Η σύνδεση της γονεϊκής απόρριψης με τις διαταραχές διαγωγής επεκτείνεται και εξειδικεύεται σε συγκεκριμένο τομέα προβλημάτων συμπεριφοράς ο οποίος είναι η κατάχρηση ουσιών. Η υποστήριξη για την παγκόσμια συσχέτιση μεταξύ της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης και την κατάχρηση ουσιών προέρχεται από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία (Rosenberg, 1971), τον Καναδά (Hundleby & Mercer, 1987), την Αγγλία (Καλά, 1972), την Ολλανδία (Emmelkamp & Heeres, 1988), και τη Σουηδία (Vrasti et al., 1990). Μερικές από αυτές τις μελέτες δείχνουν σαφώς ότι η γονεϊκή απόρριψη συνδέεται αιτιολογικά τόσο με την κατάχρηση ναρκωτικών όσο και με την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει επίσης βρεθεί ότι γονεϊκή απόρριψη συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών σε μεγάλες εθνοτικές ομάδες στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών (Myers, Newcomb, Richardson, & Alvy, 1997. Shedler & Block, 1990. Eldred, Brown, & Mahabir, 1974.

Prendergast & Schaefer, 1974), των Ασιατών Αμερικανών (Shedler & Block, 1990), και των ισπανόφωνων Αμερικανών (Coombs, Paulson, & Richardson, 1991. Coombs & Paulson, 1988). Επιπλέον, οι Rohner και Britner (2002) μέσω ενός αριθμού μελετών παρέχουν αποδείξεις για τη σχέση μεταξύ της γονεϊκής απόρριψης και της κατάχρησης ουσιών στη μεσαία και την εργατική τάξη Ευρωπαϊών Αμερικανών.

Όσον αφορά το σύνολο των δυνατοτήτων και δυσκολιών που περιλαμβάνει τις υποκλίμακες των διαταραχών συναισθήματος, την υπερκινητικότητα-διάσπαση προσοχής, τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, τις διαταραχές διαγωγής, τα αποτελέσματα διαφέρουν σε ορισμένες περιπτώσεις σε σχέση με τις μεμονομένες παλλινδρομικές εξισώσεις. Συγκεκριμένα, τα αδέλφια παιδιών με νοητική υστέρηση, με τύφλωση και με κώφωση στο συνολικό τους δείκτη ΔΔ φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στις διαταραχές συναισθήματος εξαιτίας της γονεϊκής αποδοχής, γεγονός που συμφωνεί με τις προαναφερθείσες έρευνες. Τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό και αδέλφια τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών από την άλλη μεριά έχουν αρνητική επίδραση της γονεϊκής απόρριψης ως προς το συνολικό δείκτη ΔΔ, πράγμα που σημαίνει ότι έρχονται σε αντίθεση με τα προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα.

Όπως φαίνεται ορισμένα αποτελέσματα που συνδέουν τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των αδελφών παιδιών με αναπηρία συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών. Ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός των αποτελεσμάτων διαφωνεί με τα ευρήματα αυτά. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί ως εξής. Αρχικά, η έρευνα γύρω από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη δεν έχει συμπεριλάβει δείγμα που να είναι άμεσα συνδεδεμένο με την αναπηρία. Από τη στιγμή λοιπόν που η αναπηρία δεν έχει υπαχθεί ως μεταβλητή στις μέχρι σήμερα μελέτες γύρω από τη γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη και τις συνέπειές της τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να διασταυρωθούν με πλήρη ανταπόκριση και ακρίβεια με άλλα ευρήματα άλλων μελετών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Επίσης, η διάσταση που φαίνεται να υπάρχει στα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας σε σχέση με την πλειοψηφία των αποτελεσμάτων παλαιότερων ερευνών μπορεί να τοποθετηθεί και να εξηγηθεί μέσω του θεωρητικού πλαισίου της *Θεωρίας Γονεϊκής Αποδοχής-Απόρριψης*. Συγκεκριμένα, στη θεωρία αυτή περιλαμβάνεται η *υποθεωρία της αντιμετώπισης*. Το βασικό ερώτημα αυτής της υποθεωρίας είναι το πώς ορισμένα απορριφθέντα άτομα είναι σε θέση να αντέξουν την απόρριψη και τις συνέπειές της, ενώ άλλα διαβρώνονται τόσο κατά την παιδική αλλά και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους. Με βάση λοιπόν αυτή την υποθεωρία υπάρχουν δύο τύποι αντιδράσεων που αναμένονται. Τα άτομα που προσωποποιούν την απόρριψη θεωρώντας που το βάρος αυτής πέφτει στους δικούς της ώμους και στα άτομα που έχουν την ικανότητα να αποπροσωποποιούν την απόρριψη στηριζόμενοι στην ψυχολογική ασπίδα που έχουν δημιουργήσει προκειμένου να κρατηθούν μακριά από τις αρνητικές συνέπειες της απόρριψης. Τα άτομα αυτά αποκαλούνται *copers* και διαχωρίζονται σε *affective copers* και *instrumental copers*. Δεδομένου λοιπόν πως τα άτομα που μεγαλώνουν και συμβιώνουν με ένα άτομο με αναπηρία βρίσκονται σε ένα

μοναδικό περιβάλλον με διαφορετικές και συνεχώς επαναπροσδιοριζόμενες συνθήκες ενδεχομένως να είναι σε θέση να καταγούν στην κατηγορία των *copers* και να είναι σε θέση να χειρίζονται καλύτερα την απόρριψη από τους γονείς τους. Επίσης, η κάθε οικογένεια παιδιού με αναπηρία ενδέχεται να παρακολουθεί ειδικά προγράμματα για την αντιμετώπιση και την ομαλή διημέρευση με το παιδί με αναπηρία. Ακόμη, τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία ενδεχομένως να είναι σε θέση να καλύπτουν το συναισθηματικό κενό που δημιουργείται από την απόρριψη των γονέων τους με κάποιο άλλο άτομο προσκόλλησης, γεγονός που μπορεί να εξυπηρετεί την ομαλή ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή. Οι δυο τελευταίες παράμετροι δεν ήταν δυνατό να εξαιτεστούν ως μεταβλητές της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

### 3.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ως περιορισμοί της παρούσας ερευνητικής εργασίας μπορούν να χαρακτηριστούν τα εξής:

- Αριθμός του δείγματος. Τα υποκείμενα που αντιπροσωπεύουν την κάθε ομάδα των αδελφών με αναπηρία ήταν τριάντα (30) αριθμός περιορισμένος σε σχέση με το συνολικό αριθμό αδελφών παιδιών με αναπηρία.
- Το δείγμα προέρχεται από διαφορετικές πόλεις όμως ανισομερώς καταναμεμμένο. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν παιδιά από τα Ιωάννινα, την Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Άρτα και την Ηγουμενίτσα. Ωστόσο ο αριθμός των παιδιών που αποτέλεσαν το δείγμα δεν ήταν ίδιος από κάθε πόλη.
- Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή των παιδιών που έχουν αδέρφια με αναπηρία ήταν να κατοικούν μαζί με τον αδελφό τους με αναπηρία και ο δεύτερος να μην κατοικεί σε κάποιο ίδρυμα/δομή για άτομα με αναπηρία κτλ.
- Δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθεί ως παράμετρος καθώς και να μετρηθεί η επίδραση του αν τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία ή και ολόκληρη η οικογένεια παρακολουθούσαν προγράμματα υποστήριξης ή ψυχολογικής στήριξης.

### 3.3 Προτάσεις για νέες έρευνες

Είναι ευρέως γνωστό πως οι έρευνες που αφορούν τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία είναι αρκετά περιορισμένες συγκριτικά με τον αριθμό των ερευνών που έχει αφιερωθεί ιδίως στις μητέρες αλλά και στους πατέρες παιδιών με αναπηρία. Για το λόγο αυτό προτείνεται:

- Έρευνα με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος.
- Έρευνα σε αδέρφια παιδιών συγκεκριμένων ομάδων τύπων αναπηρίας με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων και μετέπειτα συγκριτική μελέτη των ομάδων μεταξύ τους.
- Η γονεϊκή αποδοχή-απόρριψη δεν έχει διερευνηθεί σε πληθυσμό που αφορά την αναπηρία. Τα αδέρφια παιδιών με αναπηρία είχαν σημαντικές αποστάσεις



από τις μέχρι τώρα έρευνες που αφορούσαν σε αυτή. Προτείνεται λοιπόν εκτενέστερη μελέτη της γονεϊκής αποδοχής-απόρριψης στα αδέρφια παιδιών με αναπηρία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmed, R.A., Rohner, R.P., & Carrasco, M.A. (2011). Relations between psychological adjustment and perceived parental, sibling, best friend and teacher acceptance among Kuwaiti adolescents. Manuscript submitted for publication.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ajdukovic, M. (1990). Differences in parent's rearing style between female and male predelinquent and delinquent youth (Abstract). *Psychologische Beitrage*, 32, 7-15.

Al-Falaij, A. (1991). *Family conditions, ego development and sociomoral development in juvenile delinquency: A study of Bahraini adolescents*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, PA.

Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1031-1042.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,(DSM-5)*. Washington, DC.

Amato, P. R., & Booth, A. (1997). *A Generation at Risk*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Amato, P. R., & Fowler, F. (2002). Parenting practices, child adjustment, and family diversity. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 703-716.

Αναγνωστάκη, Α. (2008). Οι σχέσεις φιλίας των παιδιών με τους συνομηλίκους και η σημασία τους για τη φυσιολογική συναισθηματική ανάπτυξή τους. *Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 55, 32-36.

Andry, R. G. (1962). Paternal and maternal roles and delinquency. In M. D. Ainsworth (Ed.), *Deprivation of maternal care* (Vol. 14) (pp. 31-41). Geneva, Switzerland: World Health Organization

Aronoff, J. (1967). *Psychological needs and cultural systems: A case study*. Princeton, NJ: D. Van Nostrand.

Arrindell, W. A., Gerlsma, C., Vandereycken, W., Hageman, W. J. J. M., & Daeseleire, T. (1998). Convergent validity of the dimensions underlying the parental bonding instrument (PBI) and the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 24, 341-350.

Baldwin, A. L., Kalhoun, J., & Breese, F. H. (1945). Patterns of parent behavior. *Psychological Monographs*, 58, 3.

Baldwin, A. L., Kalhoun, J., & Breese, F. H. (1949). The appraisal of parent behavior. *Psychological Monographs*, 63, 4.

- Asen E. (2002) Multiple family therapy an overview. *Journal on Family Therapy* 24, 3-16.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2002). *The origins of human nature: Evolutionary developmental psychology*. Washington, D.C.: APA Books.
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61, 1101-1111
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*, 2nd edition. New York: Basic Books.
- Brown I. & Brown R. I. (2009) Choice as an aspect of life for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice In Intellectual Disabilities* 6, 11-18.
- Brown I. (1999) Embracing quality of life in times of spending restraint. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 24, 299-308.
- Brown I., Anand S., Fung W. L. A., Isaacs B. & Baum N. (2003) Family quality of life: Canadian Results from an international study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15, 207-219.
- Brown I., Anand S., Fung W. L. A., Isaacs B. & Baum N. (2003) ) Family quality of life: Canadian Results from an international study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15, 207-230.
- Brown R. I. (1997) *Assessing Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practices*, Stanley Thornes, Cheltenham.
- Brown, R. I., Schalock, R. L., & Brown, I. (2009). Quality of life: its application to persons with intellectual disabilities and their families – introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2-6.
- Brook, J. E., & Brook, J. S. (1988). A developmental approach examining social and personal correlates in relation to alcohol use over time. *The Journal of Genetic Psychology*, 149, 93-110.
- Brook, J. S., Whiteman, M., & Gordon, A. S. (1981). The role of the father in his son's marijuana use. *The Journal of Genetic Psychology*, 138, 81-86.

Chen, C., Greenberger, E., Lester, J., Dong, Q., & Guo, M. S. (1998). A cross-cultural study of family and peer correlates of adolescent misconduct. *Developmental Psychology, 34*, 770-781.

Chen, X., Dong, Q., & Zhou, H. (1997). Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 855-873.

Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998). Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: A cross-cultural study. *Developmental Psychology, 34*, 677-686.

Chen, X., Liu, M., & Li, D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology, 14*, 401-420.

Chen, X., Rubin, K. H., & Li, B. (1995). Depressed mood in Chinese children: Relations with school performance and family environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 938-947.

Chen, X., Rubin, K. H., & Li, B. (1997). Maternal acceptance and social and school adjustment in Chinese children: A four-year longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly, 43*, 663-681.

Chen, X., Wu, H., Chen, H., Wang, L., & Cen, G. (2001). Parenting practices and aggressive behavior in Chinese children. *Parenting: Science and Practice, 1*, 159-184.

Clausen, J.A. (1972). *The life course of individuals*. In M. W. Riley, M. Johnson, & A. Foner (Eds.), *Aging in Society*, 3. New York: Russell Sage Foundation.

Coie, J. D., Lockman, J. E., Terry, R., & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 783-792

Cole M., Cole S.R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*, Β΄ τόμος. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.

Colin, V.L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.

Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting (pp. 243-267). (Vol. 5) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Dowling, M., & Dolan, L., (2001). Families with children with disabilities-inequalities and the social model. *Disability & Society, 16*(1), 21-35.

Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatization of parents of children of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1011-1027.

Fizman S., Wolf L. (1991). The Handicapped Child: Psychological Effects of Parental marital and sibling relationships, *Psych Clin North Am*, 14, 199-277.

Flach F. F. (1974). Κατάθλιψη: η μυστική της δύναμη. (Μετάφραση: Β. Αναστασίου). Εκδόσεις Δίοδος.

Francis, A. (2012). Stigma in an era of medicalization and anxious parenting: How proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace. *Sociology of Health & Illness*, 34(6), 927-942.

Fortune, G., Barrowclough, C., & Loban, F. (2004). Illness representation in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.

Frank\_stromborg, M. (1988). *Instruments of clinical nursing research*. Norwalk, CT: Apleton & Lange.

Frey K., S., Grennberg M. T. & Fewell R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: a multi-dimensional approach. *American Journal on Mental*.

Friedrich W. N., Wilturner L. T. & Cohen D. S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 130-139.

Gill, J., & Liamputtong, P. (2011). Being the mother of a child with Asperger's syndrome: women's experiences of stigma. *Health Care for Women International*, 32(8), 708-722.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy : An overview*. Belmont. Brooks Cole Eds.

Green F. P., Schleien S. J., Mactavish J. & Benepe S. (1995). Nondisabled adults' perceptions of relationships in the early stages of arranged partnerships with peers with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 30, 91-108.

Green, S. E. (2007). We're tired, not sad: Benefits and burdens of mothering of a child with a disability. *Social Science & medicine*, 64(1), 150-163.

Gordon, M., Roseman, L., & Cuskelly, M. (2007). Constrained labor: Maternal employment when children have disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 236-246.

Γενά, Α. (2002). Αυτισμός και Διαχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Γκονέλα, Ε. (2006). Αυτισμός, αίτιο και πραγματικότητα, από τη θεωρητική εκπαίδευση στην παρέμβαση. Αθήνα: Οδυσσέας.

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, 125-137.

Hobbs, N. (1975). *The futures of children: Categories, label, and their consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hodapp R. M. (1995). Parenting children with Down Syndrome and other types of mental retardation. In: *Handbook of Parenting*, Vol. 1 (ed. M. H. Bornstein), pp. 223-253. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.

Kagan, J. (1974). The psychological requirements for human development. In N. B. Talbot (Ed.), *Raising children in modern America: Problems and prospective solutions*. (pp. 86-97). Boston, MA: Little, Brown, & Co.

Kagan, J. (1978). The parental love trap. *Psychology Today*, 12, 54-61.

Khaleque, A. (2001). *Parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and intimate adult relationships*. Unpublished master's thesis, School of Family Studies, University of Connecticut, Storrs, CT.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002a). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 54-64.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002b). Reliability of measures assessing the pancultural association between perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 87-99.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2011a). Pancultural assessments between perceived parental acceptance and psychological adjustment in children and adults: A meta-analytical review of worldwide research. Manuscript submitted for publication.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2011b). Pancultural relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta analytic review of world wide research. Manuscript submitted for publication.

Khaleque, A., Rohner, R. P., & Laukkala, H. (2008). Intimate partner acceptance, parental acceptance, behavioral control, and psychological adjustment among Finnish adults in ongoing attachment relationships. In R. P. Rohner & T. Melendez (Eds.) *Parental Acceptance-Rejection Theory Studies of Intimate Adult Relationships*. *Cross-Cultural Research*, 42, 35-45.

Khamis, V. 2007. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64: 850-7.

Klein D.M. & White, J. M (1996). Family theories: an introduction. Understanding Families, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος

McManus, B. M., Carle, A., Acevedo-Garcia, D., Ganz, M., Hauser-Cram, P., & McCormick, M. (2011). Modeling the social determinants of caregiver burden among families of children with developmental disabilities. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(3), 246-260.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press

Μαργαρίτη, Μ. (2006). «Οικογένεια και περιβάλλον». Έργο ΠΡΟΣΒΑΣΗ, ΕΠΕΑΕΚ «ΠΡΟΣΒΑΣΗ», Μέτρο 1.1., Ενέργεια 1.1.4., Πράξη α, Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μαυροπούλου, Σ. (2007). Η εκπαιδευτική ένταξη σε σχολείο και η μετάβαση σε χώρο εργασίας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού: θεωρητικά ζητήματα και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Βόλος: Εκδόσεις Γραφημα.

Μπεζεβέγκη, Η. (1989). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία*, τόμος Α'. Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Μπουσκάλια, Λ. (1993). Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους. Αθήνα: Γλάρος.

Owen, L., Gordon, M., Frederico, M., & Cooper, B. (2002). *Listen to us: supporting families with children with disabilities: identifying service responses that impact on the risk of family breakdown*. Melbourne: Victorian Department of Human Services on behalf of National Disability Administrators.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29, 611-621.

Parker, J. G., Rubin, K. H., Price, J. M. & DeRosier, M. E. (1995). Peer relationships, child development and adjustment: a developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 96-161). New York: Wiley.

Rohner, R. P. (1960). *Child acceptance-rejection and modal personality in three Pacific societies*. M.A. Thesis, Stanford University.

Rohner, R. P. (1975). *They love me, they love me not: A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection*. New Haven, CT: HRAF Press (Available from Rohner Research Publications, Storrs, CT).

Rohner, R. P. (1977). Advantages of the comparative method of anthropology. *Behavior Science Research* (now *Cross-Cultural Research*), *12*, 117-144.

Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc. (Available from Rohner Research Publications, Storrs, CT).

Rohner, R. P. (1987). [Effects of perceived parental warmth, control, and punishment on the psychological adjustment, school conduct, and academic achievement of youth in a biracial southern community.] Unpublished data.

Rohner, R. P. (1994). Patterns of parenting: The warmth dimension in cross-cultural perspective. In W. J. Lonner & R. S. Malpass (Eds.) *Readings in psychology and culture*. (pp.113120). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Rohner, R. P. (1998). Father love and child development: History and current evidence. *Current Directions in Psychological Science*, *7*, 157-161.

Rohner, R. P. (1999). Acceptance and rejection. In D. Levinson, J. Ponzetti, & P. Jorgensen (Eds.), *Encyclopedia of human emotions*, Vol. 1, pp. 6-14. New York: Macmillan Reference.

Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome:" Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, *59*, 830-840.

Rohner, R. P. (2005a). Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ): Test manual. In

R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.) *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*, 4th ed. (pp. 43-106). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P. (2005b). Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire (PARQ/Control): Test manual. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.) *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*, 4th ed. (pp. 137-186). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P. (2010). Perceived teacher acceptance, parental acceptance, and the adjustment, achievement, and behavior of school-going youth internationally. *Cross-Cultural Research*, *44*(3), 211-221.

Rohner, R. P. (2012). Parental acceptance and rejection bibliography. Retrieved February 1, 2012 from [www.csiar.uconn.edu](http://www.csiar.uconn.edu).

Rohner, R. P., Bourque, S. L., & Elordi, C. A. (1996). Children's perceptions of corporal punishment, caretaker acceptance, and psychological adjustment in a poor, biracial southern community. *Journal of Marriage and the Family*, *58*, 842-852.



Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research, 36*, 16-47.

Rohner, R. P., & Chaki-Sircar, M. (1988). *Women and children in a Bengali village*. Hanover, NH: University Press of New England.

Rohner, R. P. & Frampton, S. (1982). Perceived parental acceptance-rejection and artistic preference: An unexplained contradiction. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 13*, 250-259.

Rohner, R. P., & Khaleque, A (Eds.). (2005a). *Handbook for the study of parental acceptance and rejection (4th Edition)*. Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2005b). Personality Assessment Questionnaire: Test manual. In R. P. Rohner & A. Khaleque (Eds.) *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*, 4th ed. (187-226). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2008). Relations between partner acceptance and parental acceptance, behavioral control, and psychological adjustment among heterosexual adult women in the U.S. In F. Columbus (Ed.), *Family Relations: Behavioral, Psychological, and Sociological Aspect* (pp. 187-197). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2010). Testing central postulates of parental acceptance-rejection theory (PARTheory): A meta-analysis of cross-cultural studies. *Journal of Family Theory and Review, 3*, 73-87.

Rohner, R. P., Uddin, M. K., Shomsunaher, M., & Khaleque, A. (2008). Intimate partner acceptance, parental acceptance in childhood, and psychological adjustment among Japanese adults. In R. P. Rohner & T. Melendez (Eds.), *Cross Cultural Research, 42*(1), 87-97.

Rohner, R. P., Melendez, T., & Kraimer-Rickaby, L. (2008). Intimate partner acceptance, parental acceptance in childhood, and psychological adjustment among American adults in ongoing attachment relationships. *Cross Cultural Research, 42*(1), 13-22.

Rohner, R. P., Naroll, R., Barry, III, H., Divale, W. T., Erickson, E. E., Schaefer, J. M., & Sipes, R. G. (1978). Guidelines for holocultural research. *Current Anthropology, 19*, 128-129.

Rohner, R. P., & Neilsen, C. C. (1978). *Parental acceptance and rejection: A review and annotated bibliography of research and theory* (2 Volumes). New Haven, CT: HRAF Press.

Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). Worldwide tests of parental acceptance-rejection theory [Special Issue]. *Behavior Science Research, 15*.

Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1981). Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 20, 245-260.

Rohner, R. P., & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5, 382-405

Samuel, P. S., Rillota, F., & Brown, I. (2012). The development of family quality of life concepts and measures. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 1-16.

Seligman, M & Darling, R. B. (1997). *Ordinary Families, special children* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Solomon, A. & Chung, B. (2012). Understanding Autism: How Family Therapists Can Support Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Family Process*, 51(2), 250-64.

Σινανίδου, Μ. (2003). Συγκριτική κλική μελέτη εκτίμησης των στρεσογόνων παραγόντων που χαρακτηρίζουν μητέρες παιδιών με Αναπτυξιακές Διαταραχές και Νοητική Καθυστέρηση με το Clarke QRS. *Αρχαία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.*, 1(10), 14-16.

Σινανίδου, Μ. (2004). Προγράμματα για την αντιμετώπιση και εκπαίδευση των παιδιών του αυτιστικού φάσματος (Τ.Ε.Α.Χ.Η.)- Ενσωμάτωση και ένταξη στα κανονικά σχολεία- Αναγκαιότητα Συμβουλευτικής Υποστήριξης των Γονέων. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 135, 158-168.

Σούλης, Σ. & Φλωρίδης, Θ. (2006). Ποιότητα ζωής και νέοι με νοητική υστέρηση: Αναζητώντας τις επιλογές τους με βάση το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. *Ψυχολογία*, 13(2), 1-13.

Turnbull A., Brown I., & Turnbull H. R. (2014) *Families and People with Mental Retardation and Quality of Life: International Perspectives* American Association on Mental retardation, Washington, DC.

Turnbull A., Turnbull R., Erwin E. & Soodak L., (2006) *Families, Professionals and Exceptionality: Positive Outcomes Through Partnerships and Trust* 5th edn, Merrill/Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Turnbull AP, Pereira L., Blue-Banning MJ. (1999). Parents' facilitation of friendships between their children with a disability and friends without a disability. *Research and Practice for Person Severe Disabilities* 24, 85-99.

Turnbull H. R., Beegle G. & Stowe M. J. (2001). The core concepts of disability policy affecting families who have children with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies* 12, 133-143.

Turnbull A. & R. Turnbull (2001). Self-Determination for Individuals with Significant Cognitive Disabilities and Their Families, *The Association for Persons with Severe Disabilities*, 26(1), 56-62.

Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Summers, J. A., & Poston, D. (2008). Partnering with to enhance family quality of life. In H. P. Parette & G. R. Peterson-Karlan (Eds.), *Research-based practices in developmental disabilities* (2nd ed., pp. 481-499). Austin, TX: ProEd.

Τσιμπιδάκη, Α. (2007). Παιδί με ειδικές ανάγκες, οικογένεια και σχολείο. Μία σχέση σε αλληλεπίδραση. Αθήνα: Ατραπός.

Vandell, D. L., & Hembree, S. E. (1994). Peer social status and friendship: Independent contributors to children's social and academic adjustment. *Merrill - Palmer Quarterly*, 40, 461-477.

Veneziano, R. A. (2000). Perceived paternal and maternal acceptance and rural African American and European American youths' psychological adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 123-132.

Veneziano, R. A. (2003). The importance of paternal warmth. *Cross-Cultural Research*, 37, 265- 281.

Veneziano, R. A., Rohner, R. P. (1998). Perceived paternal acceptance, paternal involvement, and youths' psychological adjustment in a rural, biracial southern community. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 335-343.

Young, M. H., Miller, B. C., Norton, M. C., & Hill, E. J. (1995). The effect of parental supportive behaviors on life satisfaction of adolescent offspring. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 813-822.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΕΩΝ

#### Αδέρφια παιδιών με αυτισμό

**Πίνακας 1:** Model Summary<sup>b</sup> με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,927 <sup>a</sup>	,860	,855	1,06608	,860	172,052	1	28	,000	,297

a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif

b. Dependent Variable: Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά

**Πίνακας 2: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,752	,934		-,805	,427
	Neg_Indif	,285	,022	,927	13,117	,000

a. Dependent Variable: Θετική Κοιν Συμπ

**Πίνακας 3: Model Summary<sup>c</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,987 <sup>a</sup>	,975	,974	,59692	,975	1074,016	1	28	,000	
2	,989 <sup>b</sup>	,979	,978	,55190	,004	5,755	1	27	,024	,586

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Warmth\_Aff

c. Dependent Variable: Υπερκινητικότητα ΔιαΠροσ

**Πίνακας 4: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα - Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	30,157	1,703		17,707	,000
	Agg_Host	-,468	,024	-1,103	-19,751	,000
	Warmth_Aff	-,038	,016	-,134	-2,399	,024

a. Dependent Variable: Υπερκινητικότητα ΔιαΠροσ

**Πίνακας 5: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,934 <sup>a</sup>	,872	,867	,60081	,872	190,763	1	28	,000	1,623

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 6: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	16,861	,582		28,970	,000
	Agg_Host	-,178	,013	-,934	-13,812	,000

a. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 7: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις με τους συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,912 <sup>a</sup>	,832	,826	,66307	,832	138,873	1	28	,000	,472

a. Predictors: (Constant), Rej\_Undif

b. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους

**Πίνακας 8: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις με τους συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14,347	,616		23,303	,000
	Rej_Undif	-,250	,021	-,912	-11,784	,000

a. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους

**Πίνακας 9: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,946 <sup>a</sup>	,894	,891	,58672	,894	236,934	1	28	,000	,106

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 10: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	15,192	,568			26,729	,000
	Agg_Host	-,193	,013	-,946		-15,393	,000

a. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 11: Model Summary<sup>b</sup> Πίνακας : Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,991 <sup>a</sup>	,983	,982	1,10632	,983	1625,243	1	28	,000	1,447

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

**Πίνακας 12: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με αυτισμό

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	72,898	1,072			68,020	,000
	Agg_Host	-,955	,024	-,991		-40,314	,000

a. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

## Αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

**Πίνακας 13: Model Summary<sup>e</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,983 <sup>a</sup>	,966	,964	,46767	,966	788,897	1	28	,000	
2	,991 <sup>b</sup>	,982	,981	,34447	,016	24,610	1	27	,000	
3	,994 <sup>c</sup>	,987	,986	,29316	,005	11,278	1	26	,002	
4	,995 <sup>d</sup>	,991	,989	,25442	,003	9,521	1	25	,005	1,275

- a. Predictors: (Constant), Agg\_Host  
 b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif  
 c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Neg\_Indif  
 d. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Neg\_Indif, Total\_PARQ  
 e. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 14: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
4	(Constant)	-7,813	,629		-12,412	,000
	Agg_Host	,233	,034	,606	6,785	,000
	Rej_Undif	,259	,035	,327	7,482	,000
	Neg_Indif	,191	,042	,704	4,588	,000
	Total_PARQ	-,045	,015	-,580	-3,086	,005

- a. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 15: Model Summary<sup>c</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,927 <sup>a</sup>	,859	,854	1,11171	,859	169,967	1	28	,000	
2	,987 <sup>b</sup>	,973	,971	,49241	,115	115,719	1	27	,000	1,495

- a. Predictors: (Constant), Warmth\_Aff  
 b. Predictors: (Constant), Warmth\_Aff, Rej\_Undif  
 c. Dependent Variable: Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής

**Πίνακας 16: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	-16,865	1,654		-10,199	,000
	Warmth_Aff	,277	,010	1,348	26,825	,000
	Rej_Undif	,501	,047	,541	10,757	,000

- a. Dependent Variable: Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής

**Πίνακας 17: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics	Durbin-
-------	---	----------------	---------------------	------------	-------------------	---------

					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	F	Watson
1	,975 <sup>a</sup>	,951	,949	,28681	,951	540,946	1	28	,000		1,375

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 18: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	17,962	,380		47,225	,000
	Agg_Host	-,192	,008	-,975	-23,258	,000

b. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 19: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,857 <sup>a</sup>	,735	,726	1,11699	,735	77,691	1	28	,000	
2	,952 <sup>b</sup>	,906	,899	,67653	,171	49,327	1	27	,000	
3	,989 <sup>c</sup>	,979	,976	,32883	,072	88,289	1	26	,000	1,746

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Warmth\_Aff

c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Warmth\_Aff, Rej\_Undif

d. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους

**Πίνακας 20: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	51,995	1,929		26,961	,000
	Agg_Host	-,575	,030	-1,738	-19,054	,000
	Warmth_Aff	-,199	,013	-1,323	-15,335	,000
	Rej_Undif	-,310	,033	-,456	-9,396	,000

a. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους

**Πίνακας 21: Model Summary<sup>e</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	



1	,945 <sup>a</sup>	,893	,890	,69123	,893	234,662	1	28	,000	
2	,982 <sup>b</sup>	,963	,961	,41192	,070	51,844	1	27	,000	
3	,986 <sup>c</sup>	,971	,968	,37183	,008	7,137	1	26	,013	
4	,985 <sup>d</sup>	,970	,968	,37183	-,001	1,000	1	26	,326	,574

- a. Predictors: (Constant), Total\_PARQ  
b. Predictors: (Constant), Total\_PARQ, Rej\_Undif  
c. Predictors: (Constant), Total\_PARQ, Rej\_Undif, Agg\_Host  
d. Predictors: (Constant), Rej\_Undif, Agg\_Host  
e. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 22: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
4	(Constant)	25,277	,598		42,263	,000
	Rej_Undif	-,318	,037	-,480	-8,566	,000
	Agg_Host	-,180	,018	-,557	-9,948	,000

- a. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 23: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,996 <sup>a</sup>	,992	,992	,65952	,992	3697,134	1	28	,000	
2	,998 <sup>b</sup>	,996	,996	,48463	,004	24,856	1	27	,000	
3	,998 <sup>c</sup>	,997	,996	,45645	,001	4,436	1	26	,045	1,661

- a. Predictors: (Constant), Agg\_Host  
b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Total\_PARQ  
c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Total\_PARQ, Neg\_Indif  
d. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

**Πίνακας 24: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με νοητική υστέρηση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	85,493	1,067		80,126	,000
	Agg_Host	-,850	,061	-,733	-13,829	,000
	Total_PARQ	-,097	,020	-,416	-4,979	,000
	Neg_Indif	,120	,057	,147	2,106	,045

- a. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

## Αδέρφια παιδιών με τύφλωση

**Πίνακας 25: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,870 <sup>a</sup>	,757	,748	1,22503	,757	87,058	1	28	,000	1,777

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 26: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-2,087	1,279		-1,631	,114
	Agg_Host	,257	,028	,870	9,330	,000

a. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 27: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,737 <sup>a</sup>	,544	,527	2,51232	,544	33,346	1	28	,000	
2	,916 <sup>b</sup>	,839	,827	1,51821	,296	49,673	1	27	,000	
3	,936 <sup>c</sup>	,875	,861	1,36334	,036	7,483	1	26	,011	2,873

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif

c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Warmth\_Aff

d. Dependent Variable: ΥπερκινητικότηταΔιαΠροσ

**Πίνακας 28: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	36,848	5,320		6,926	,000
	Agg_Host	-1,315	,123	-2,973	-10,697	,000
	Rej_Undif	1,368	,198	1,901	6,910	,000
	Warmth_Aff	-,164	,060	-,445	-2,736	,011

a. Dependent Variable: ΥπερκινητικότηταΔιαΠροσ

**Πίνακας 29: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,870 <sup>a</sup>	,756	,748	,52090	,756	86,986	1	28	,000	
2	,955 <sup>b</sup>	,911	,905	,32042	,155	47,001	1	27	,000	
3	,964 <sup>c</sup>	,929	,921	,29238	,018	6,427	1	26	,018	2,420

- a. Predictors: (Constant), Rej\_Undif  
 b. Predictors: (Constant), Rej\_Undif, Agg\_Host  
 c. Predictors: (Constant), Rej\_Undif, Agg\_Host, Neg\_Indif  
 d. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 30: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	13,645	,346		39,452	,000
	Rej_Undif	-,528	,046	-,2584	-11,489	,000
	Agg_Host	,196	,025	1,558	7,714	,000
	Neg_Indif	,035	,014	,249	2,535	,018

- a. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 31: Model Summary<sup>e</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,858 <sup>a</sup>	,737	,727	1,30472	,737	78,307	1	28	,000	
2	,895 <sup>b</sup>	,801	,786	1,15591	,064	8,673	1	27	,007	
3	,925 <sup>c</sup>	,856	,840	1,00015	,056	10,065	1	26	,004	
4	,925 <sup>d</sup>	,856	,845	,98290	,000	,077	1	26	,784	2,453

- a. Predictors: (Constant), Rej\_Undif  
 b. Predictors: (Constant), Rej\_Undif, Warmth\_Aff  
 c. Predictors: (Constant), Rej\_Undif, Warmth\_Aff, Total\_PARQ  
 d. Predictors: (Constant), Warmth\_Aff, Total\_PARQ  
 e. Dependent Variable: ΣχέσειςΜεΤουςΣυνομηλίκους

**Πίνακας 32: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
4	(Constant)	84,460	9,218		9,163	,000
	Warmth_Aff	-,666	,095	-,2646	-7,013	,000
	Total_PARQ	-,286	,032	-,3367	-8,921	,000

- a. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλίκους

**Πίνακας 33: Model Summary<sup>c</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,894 <sup>a</sup>	,800	,792	,68391	,800	111,754	1	28	,000	
2	,973 <sup>b</sup>	,946	,942	,36064	,147	73,692	1	27	,000	2,070

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif

c. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 34: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	14,668	,377		38,869	,000
	Agg_Host	-,421	,031	-2,315	-13,505	,000
	Rej_Undif	,435	,051	1,472	8,584	,000

a. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 35: Model Summary<sup>c</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,916 <sup>a</sup>	,838	,833	3,06774	,838	145,201	1	28	,000	
2	,948 <sup>b</sup>	,900	,892	2,46225	,061	16,464	1	27	,000	1,997

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Total\_PARQ

c. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

**Πίνακας 36: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τον Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με τύφλωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
2	(Constant)	66,305	2,931		22,619	,000
	Agg_Host	-1,531	,181	-1,686	-8,455	,000
	Total_PARQ	,206	,051	,809	4,058	,000

c. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

## Αδέρφια παιδιών με κώφωση

**Πίνακας 37: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη την Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,879 <sup>a</sup>	,773	,765	1,12428	,773	95,313	1	28	,000	
2	,996 <sup>b</sup>	,992	,991	,22111	,219	696,885	1	27	,000	
3	1,000 <sup>c</sup>	1,000	1,000	,00000	,008	.	1	26	.	,106

- a. Predictors: (Constant), Agg\_Host  
 b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif  
 c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Warmth\_Aff  
 d. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 38: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη την Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	-15,608	,000		.	.
	Agg_Host	,659	,000	1,955	.	.
	Rej_Undif	-,297	,000	-,819	.	.
	Warmth_Aff	,057	,000	,401	.	.

- a. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 39: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,853 <sup>a</sup>	,727	,717	1,57141	,727	74,605	1	28	,000	
2	,966 <sup>b</sup>	,933	,928	,79203	,206	83,219	1	27	,000	
3	,995 <sup>c</sup>	,991	,989	,30382	,057	157,488	1	26	,000	,967

- a. Predictors: (Constant), Agg\_Host  
 b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif  
 c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Warmth\_Aff  
 d. Dependent Variable: ΥπερκινητικότηταΔιαΠρος

**Πίνακας 40: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη την Υπερκινητικότητα-Διάσπαση Προσοχής στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	59,478	2,282		26,066	,000
	Agg_Host	-1,068	,035	-2,485	-30,119	,000
	Rej_Undif	,341	,016	,737	20,673	,000
	Warmth_Aff	-,189	,015	-1,045	-12,549	,000

- a. Dependent Variable: ΥπερκινητικότηταΔιαΠρος

**Πίνακας 41: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,984 <sup>a</sup>	,968	,967	,19532	,968	846,614	1	28	,000	
2	,999 <sup>b</sup>	,997	,997	,06073	,029	262,654	1	27	,000	
3	1,000 <sup>c</sup>	1,000	,999	,02432	,003	142,411	1	26	,000	1,577

- a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif  
b. Predictors: (Constant), Neg\_Indif, Agg\_Host  
c. Predictors: (Constant), Neg\_Indif, Agg\_Host, Rej\_Undif  
d. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 42: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	15,047	,034		444,411	,000
	Neg_Indif	-,107	,001	-,834	-125,900	,000
	Agg_Host	-,051	,002	-,327	-27,123	,000
	Rej_Undif	,021	,002	,126	11,934	,000

- a. Dependent Variable: Διαταραχές Συναισθήματος

**Πίνακας 43: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλικούς στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,852 <sup>a</sup>	,727	,717	,57082	,727	74,405	1	28	,000	
2	,953 <sup>b</sup>	,909	,902	,33606	,182	53,782	1	27	,000	
3	1,000 <sup>c</sup>	1,000	1,000	,00297	,091	346633,660	1	26	,000	1,580

- a. Predictors: (Constant), Total\_PARQ  
b. Predictors: (Constant), Total\_PARQ, Rej\_Undif  
c. Predictors: (Constant), Total\_PARQ, Rej\_Undif, Agg\_Host  
d. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλικούς

**Πίνακας 44: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις Με Τους Συνομηλικούς στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	13,999	,005		2821,953	,000
	Total_PARQ	-,013	,000	-,409	-215,158	,000
	Rej_Undif	,159	,000	,946	1005,243	,000
	Agg_Host	-,194	,000	-1,241	-588,756	,000

- a. Dependent Variable: Σχέσεις Με Τους Συνομηλικούς

**Πίνακας 45: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,850 <sup>a</sup>	,722	,712	,94237	,722	72,631	1	28	,000	
2	,965 <sup>b</sup>	,932	,927	,47449	,210	83,447	1	27	,000	
3	1,000 <sup>c</sup>	1,000	1,000	,01486	,068	27503,800	1	26	,000	1,577

- a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif  
 b. Predictors: (Constant), Neg\_Indif, Agg\_Host  
 c. Predictors: (Constant), Neg\_Indif, Agg\_Host, Rej\_Undif  
 d. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 46: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	20,584	,021		994,829	,000
	Neg_Indif	-,066	,001	-,312	-125,900	,000
	Agg_Host	-,309	,001	-1,210	-268,647	,000
	Rej_Undif	,180	,001	,654	165,843	,000

- a. Dependent Variable: Διαταραχές Διαγωγής

**Πίνακας 47: Model Summary<sup>d</sup>** με εξαρτημένη το Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,845 <sup>a</sup>	,714	,704	3,55994	,714	70,002	1	28	,000	
2	,998 <sup>b</sup>	,996	,995	,45148	,281	1713,837	1	27	,000	
3	,999 <sup>c</sup>	,998	,998	,30382	,002	33,623	1	26	,000	,967

- a. Predictors: (Constant), Agg\_Host  
 b. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif  
 c. Predictors: (Constant), Agg\_Host, Rej\_Undif, Warmth\_Aff  
 d. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

**Πίνακας 48: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη το Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών με κώφωση

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	67,934	2,282		29,772	,000
	Agg_Host	-1,390	,035	-1,460	-39,181	,000
	Rej_Undif	1,012	,016	,988	61,389	,000
	Warmth_Aff	,087	,015	,218	5,799	,000

- a. Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης ΕΔΔ

## Αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

**Πίνακας 49: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,462 <sup>a</sup>	,213	,185	1,86576	,213	7,583	1	28	,010	2,182

a. Predictors: (Constant), Warmth\_Aff

b. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

**Πίνακας 50: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	16,354	1,172		13,958	,000
	Warmth_Aff	-,106	,039	-,462	-2,754	,010

a. Dependent Variable: ΘετικήΚοινΣυμπ

Dependent Variable: **Υπερκινητικότητα**

### Warnings

No variables were entered into the equation.

**Πίνακας 51: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,429 <sup>a</sup>	,184	,155	2,15623	,184	6,306	1	28	,018	1,899

a. Predictors: (Constant), Agg\_Host

b. Dependent Variable: ΔιαταραχέςΣυναισθήματος

**Πίνακας 52: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Συναισθήματος στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	17,085	3,837		4,453	,000
	Agg_Host	-,177	,070	-,429	-2,511	,018

b. Dependent Variable: ΔιαταραχέςΣυναισθήματος



**Πίνακας 53: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,717 <sup>a</sup>	,514	,497	1,33654	,514	29,641	1	28	,000	1,300

a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif

b. Dependent Variable: ΣχέσειςΜεΤουςΣυνομηλίκους

**Πίνακας 54: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	26,535	3,712		7,148	,000
	Neg_Indif	-,366	,067	-,717	-5,444	,000

a. Dependent Variable: ΣχέσειςΜεΤουςΣυνομηλίκους

**Πίνακας 55: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model	R	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	Std. Error	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,579 <sup>a</sup>	,336	,312	1,29745	,336	14,157	1	28	,001	1,550

a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif

b. Dependent Variable: ΔιαταραχέςΔιαγωγής

**Πίνακας 56: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη τις Διαταραχές Διαγωγής στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	20,564	3,604		5,706	,000
	Neg_Indif	-,245	,065	-,579	-3,763	,001

b. Dependent Variable: ΔιαταραχέςΔιαγωγής

**Πίνακας 57: Model Summary<sup>b</sup>** με εξαρτημένη το Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,645 <sup>a</sup>	,417	,396	4,18301	,417	19,999	1	28	,000	1,845

a. Predictors: (Constant), Neg\_Indif

b. Dependent Variable: ΣυνολικόςΔείκτηςΕΔΔ

**Πίνακας 58: Coefficients<sup>a</sup>** με εξαρτημένη το Συνολικό Δείκτη ΕΔΔ στα αδέρφια παιδιών χωρίς αναπηρία

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	80,115	11,619		6,895	,000
	Neg_Indif	-,940	,210	-,645	-4,472	,000

a. Dependent Variable: ΣυνολικόςΔείκτηςΕΔΔ

