



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ**



**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ
ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΤΟΤΣΙΚΑΣ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Ευχαριστίες

Η ενασχόλησή μου τα τελευταία χρόνια με την Ειδική Αγωγή μου εξήγησε το ενδιαφέρον για το παραπάνω ζήτημα. Τα διάφορα σεμινάρια που παρακολούθησα την τελευταία δεκαετία στο ΤΕΙ Λάρισας-Τμήμα Νοσηλευτικής καθώς και τα μαθήματα στο μεταπτυχιακό κύκλο των σπουδών μου, μου έδωσαν τη δυνατότητα να διερευνήσω το θέμα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών γονέων με μαθητές σε Σχολεία Ειδικής Αγωγής.

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής βοήθησαν αρκετά άτομα τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω από τη θέση αυτή.

Αρχικά επιθυμώ να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας, η οποία με στήριξε τόσο με τα μαθήματα της και την εμπειρία της όσο και με τις επιστημονικές της γνώσεις. Ευχαριστίες επίσης εκφράζω στα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, κ. Γκούβα Μαίρη Επίκουρο Καθηγήτρια στο ΤΕΙ Ηπείρου και την κ. Κοτρώτσιου Στυλιανή Καθηγήτρια εφαρμογών του Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω τέλος, στους συμμετέχοντες γονείς, στους συναδέλφους εκπαιδευτικούς, κυρίως στην κ. Κολιούση Αναστασία ψυχολόγο του Ειδικού Δημοτικού και ΕΕΕΕΚ Κατερίνης και στην κ. Σταμπόλη Κων/να ψυχολόγο του ΤΕΕ ΕΑ Κατερίνης που βοήθησαν με οιοδήποτε τρόπο στην έρευνα αυτή.

Τίτλος : ψυχολογικά χαρακτηριστικά γονέων με μαθητές σε σχολεία ειδικής αγωγής

Του Αποστόλου Τότσικα, Εκπαιδευτικού Ειδικής αγωγής

Υπο την επίβλεψη των:

1.Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας,

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

2.Γκούβα Μαίρη

Επίκουρος Καθηγήτρια στο ΤΕΙ Ηπείρου, μέλος

3.Κοτρώτσιου Στυλιανή

Καθηγήτρια εφαρμογών του τμήματος

Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας, μέλος

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες συχνά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας.

Σκοπός : Ήταν να διερευνηθεί, εάν εμφανίζουν οι γονείς των παιδιών που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, παθολογικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψυχαναγκασμός και ενοχές, στο γενικότερο πλαίσιο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών τους.

Υλικό και μέθοδος : Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 γονείς μαθητών των Ειδικών Σχολείων του Νομού Πιερίας. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και τα ερωτηματολόγια SCL-90, HDHQ, STAI, OAS, EES και FES, για την ψυχική δυσφορία, την επιθετικότητα, το άγχος, την εξωτερική ντροπή, την εσωτερική ντροπή και την οικογενειακή συνοχή αντίστοιχα.

Αποτελέσματα : Οι μητέρες των παιδιών και οι μονογονεϊκές οικογένειες εμφανίζουν ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας. Ιδιαίτερα ευάλωτες εμφανίζονται οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι υποκλίμακες με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση ήταν ενδοστρέφεια και το άγχος, του οποίου οι τιμές κυμαίνονταν σε επίπεδα ανώτερα του γενικού πληθυσμού. Υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες της ντροπής του SCL-90 και του άγχους συσχετίστηκε με μικρότερη οικογενειακή συνοχή, ενώ η άποψη που είχαν οι γονείς για τη βαρύτητα της νόσου του παιδιού τους δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με κάποια από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν.

Συμπεράσματα: Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες σχετίζονται σημαντικά με την αυξημένη ψυχική δυσφορία που παρουσιάζουν οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Υπάρχει ανάγκη περαιτέρω υποστήριξης των οικογενειών, ώστε να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες των παιδιών τους.

Abstract

Title: psychological characteristics of parents with students in special education schools

By Totsikas Apostolis, special education teacher

Under the supervision of:

1.Evangelia Kotrotsiou

Professor, Department of Nursing at the TEI of Larissa Supervisor

2. Mary Gouva

Assistant Professor at TEI of Epirus, member

3. Styliani Kotrotsiou

Professor scope of section Nursing at the TEI of Larissa, member

Date: September 2012

ABSTRACT

Introduction: Parents of children with special needs often exhibit increased levels of psychological distress.

Aim: It was to investigate if parents of children attending special needs schools exhibit psychopathological disturbances , such as anxiety, depression, obsession, and guilt in the general context of their psychological characteristics

Material and methods: The study sample were 100 parents of children attending special needs schools in the prefecture of Pieria. A questionnaire of demographic variables and the questionnaires SCL-90, HDHQ, STAI, OAS, EES and FES, for distress, hostility, anxiety, external shame , internal shame and family cohesion were used.

Results: Mothers of children and one-parent families exhibit a gross range of psychopathology. Families of low income and low educational level are particularly vulnerable. Subscales with the greatest burden were introversion and anxiety, the latter being considerably higher than in the general population. A higher score in shame scales and in SCL-90 was related to lower family cohesion, while the aspect parents have for the severity of their child disease was not correlated with any of the scales used.

Conclusion: Socioeconomic factors are significantly related to increased distress symptoms in parents of children attending special needs schools. It is necessary to further support families, in order to respond to the increased needs of their children.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή
2. Άτομο με ειδικές ανάγκες.
3. Ορισμοί της νοητικής ανεπάρκειας.
4. Η πρόληψη στα πλαίσια της οικογένειας.
5. Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ) - Ο θεσμός της ειδικής αγωγής.
6. Σκοπός της Ειδικής Αγωγής.
7. Φορείς του θεσμού της ειδικής αγωγής.
8. Φοίτηση στην Ειδική Αγωγή.
9. Η εκπαιδευτική πολιτική του Υ.Π.Θ.Π.Α. για τα άτομα με ειδικ. εκπαιδευτικές ανάγκες.
10. Οικογένεια και παιδί με ειδικές ανάγκες.
11. Σχέσεις και ρόλοι των μελών για την ισορροπία στην οικογένεια.
12. Οι σχέσεις και οι ρόλοι με την απόκτηση ενός παιδιού με αναπηρία.
13. Διάγνωση του προβλήματος της αναπηρίας και η οικογένεια.
14. Ψυχική και η φυσική υγεία των γονιών.
15. Λειτουργία Συζύγων.
16. Σχέσεις με τα αδέλφια.
17. Λειτουργικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια.
18. Σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον.
19. Αντίστοιχες έρευνες.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις.
2. Μεθοδολογία και Υλικό της έρευνας.
3. Ερευνητικά εργαλεία
 - 3.1 Δημογραφικά Στοιχεία
 - 3.2 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos
 - 3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)
 - 3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS), (Andrews, Qian & Valentine, 2002)
 - 3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)
 - 3.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)
 - 3.7 Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)
4. Στατιστική επεξεργασία
5. Αποτελέσματα
 - 5.1 Περιγραφική στατιστική
 - 5.2 Επαγωγική στατιστική
6. Συζήτηση-Συμπεράσματα
 - 6.1 Περιορισμοί
7. Προτάσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I

Ερευνητικά Εργαλεία - Ερωτηματολόγια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Άδεια διεξαγωγής έρευνας Υ.Π.Θ.Α.Π.

1. Εισαγωγή

Η οικογένεια αποτελεί το σημαντικότερο φορέα ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης του ατόμου. Μέσα σε αυτή το άτομο διαμορφώνει το χαρακτήρα του και μαθαίνει τους ρόλους του. Προϋπόθεση για την ομαλή ανάπτυξή του είναι η σταθερή συνοχή στην οικογένεια και οι καθαρά προσδιορισμένοι ρόλοι.

Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των συζύγων οδηγούν στην αντιμετώπιση σχεδόν κάθε προβλήματος.

Τα συναισθήματα που δημιουργούνται στο οικογενειακό περιβάλλον αυξομειώνονται, ανάλογα και με τα προβλήματα που εμφανίζονται. Η απόκτηση ενός παιδιού με αναπηρία είναι ένα από τα προβλήματα που θα κλονίσει τη συνοχή της οικογένειας και θα διαταράξει την ισορροπία των σχέσεων. Η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις.

Τα συναισθήματα που προκαλούνται στους γονείς, από την ύπαρξη ενός παιδιού με αναπηρία στην οικογένεια, είναι συνήθως, συγκεχυμένα και πολύ έντονα. Αναπτύσσουν δε διάφορες άμυνες, ανάλογα με την προσωπικότητά τους. Οι γονείς βιώνουν καθημερινά την απόρριψη και οδηγούνται στην κοινωνική απομόνωση, παρόλο που η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό και από την ίδια την οικογένεια.

Στο σχολείο η οικογένεια αντιμετωπίζει πρωτίστως πρακτικά προβλήματα που αφορούν την μετακίνηση και την κτιριακή υποδομή, την αρνητική στάση των άλλων παιδιών και των γονέων τους και στη συνέχεια τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού τους που θα νοιώσει την αναπηρία ακόμα πιο βαριά μέχρι να προσαρμοστεί. Επιπλέον, το σχολείο είναι ο δέκτης και της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των γονιών και αδελφών των μαθητών επιφορτίζοντας το σχολείο με έναν επιπλέον ρόλο, αυτόν της καθοδήγησης και υποστήριξής τους.

Κατ' ουσία θα μπορούσε το Ειδικό Σχολείο να αποτελεί, πέρα από χώρο παροχής εξειδικευμένης μάθησης για τους μαθητές, και χώρο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, δια μέσου των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής Εκπαίδευσης τόσο ως προς τους μαθητές, όσο και προς τους γονείς τους.

Η ενασχόλησή μου τα τελευταία χρόνια με την Ειδική Αγωγή μου εξήγησε το ενδιαφέρον για το παραπάνω ζήτημα. Τα διάφορα σεμινάρια που παρακολούθησα την τελευταία δεκαετία στο ΤΕΙ Λάρισας-Τμήμα Νοσηλευτικής καθώς και τα μαθήματα στο

μεταπτυχιακό κύκλο των σπουδών μου, μου έδωσαν τη δυνατότητα να διερευνήσω το θέμα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών γονέων με μαθητές σε Σχολεία Ειδικής Αγωγής.

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής βοήθησαν αρκετά άτομα τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω από τη θέση αυτή.

Αρχικά επιθυμώ να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας, η οποία με στήριξε τόσο με τα μαθήματα της και την εμπειρία της όσο και με τις επιστημονικές της γνώσεις. Ευχαριστίες επίσης εκφράζω στα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, κ. Γκούβα Μαίρη Επίκουρο Καθηγήτρια στο ΤΕΙ Ηπείρου και την κ. Κοτρώτσιου Στυλιανή Καθηγήτρια εφαρμογών του Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Λάρισας.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω τέλος, στους συμμετέχοντες γονείς, στους συναδέλφους εκπαιδευτικούς, κυρίως στην κ. Κολιούση Αναστασία ψυχολόγο του Ειδικού Δημοτικού και ΕΕΕΕΚ Κατερίνης και στην κ. Σταμπόλη Κων/να ψυχολόγο του ΤΕΕ ΕΑ Κατερίνης που βοήθησαν με οιοδήποτε τρόπο στην έρευνα αυτή.

2. Άτομο με ειδικές ανάγκες.

Άτομο με ειδικές ανάγκες ή μειονεκτικό άτομο είναι αυτό που υποφέρει από οποιαδήποτε συνεχιζόμενη ανικανότητα του σώματος, του πνεύματος ή της προσωπικότητας. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τους Sherill et al (1986) και Thomas J. et al (1988) και υπάγονται στις παρακάτω Γενικές κατηγορίες:

1. Διαταραχές ομιλίας
2. Δυσκολίες μάθησης
3. Ελαφριά ή μέση νοητική καθυστέρηση
4. Βαριά νοητική υστέρηση
5. Σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές
6. Διάφορα οργανικά νοσήματα
7. Σοβαρή απώλεια ακοής
8. Πολλαπλές μειονεξίες
9. Ορθοπεδικές βλάβες
10. Κώφωση
11. Ελλιπής όραση
12. Τύφλωση.

3. Ορισμοί της νοητικής ανεπάρκειας.

Στο λεξικό της Ψυχολογίας του N.Sillamy η νοητική ανεπάρκεια ορίζεται ως συγγενής ανεπάρκεια στην ανάπτυξη της νοημοσύνης, που εκδηλώνεται νωρίς και που συνήθως δεν είναι δυνατόν να αναπληρωθεί. Τον ίδιο περίπου ορισμό δίνει και ο ψυχίατρος Τ.Νικολόπουλος στη Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια.

Ο A.Binet (1907) προσπάθησε να ορίσει τη νοητική ανεπάρκεια με αναφορά σε εξελικτικά κριτήρια: Καθυστερημένο είναι το παιδί που από την άποψη της νοητικής εξέλιξης εξομοιώνεται με ένα κανονικό παιδί μικρότερης ηλικίας. Είναι όμως ένα παιδί που εξελίσσεται αργά και που η ανάπτυξή του θα σταματήσει.

Το κριτήριο που συνήθως χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης είναι η επίδοση σε τεστ νοημοσύνης. Η επίδοση αυτή εκφράζεται αριθμητικά με δύο ψυχομετρικούς δείκτες: το νοητικό ηλικίο και τη νοητική ηλικία. Το νοητικό ηλικίο, που είναι γνωστό και ως δείκτης νοημοσύνης, εκφράζει το ρυθμό της νοητικής ανάπτυξης του ατόμου, και παραμένει, σχετικά, σταθερό κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Πολλοί ερευνητές έχουν κατακρίνει το ρόλο του δείκτη νοημοσύνης, στην κατηγοριοποίηση των ατόμων ως νοητικά υστερούντα. Αναφέρουν ότι υπάρχουν αρκετοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν το νοητικό ηλικίο, χωρίς να έχουν άμεση σχέση με αυτό. Επίσης, αναφέρουν ότι είναι αρκετές εκείνες οι φορές που το νοητικό ηλικίο αλλάζει από ηλικία σε ηλικία, και έχει σημαντική διαφορά από τη γέννηση μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου. Ο δείκτης νοημοσύνης είναι χρήσιμος όταν λαμβάνεται υπόψη συνετά και κατανοητά, και όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό και με άλλες πληροφορίες για το άτομο (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Τον ίδιο προσανατολισμό έχει και ο ορισμός του Αμερικανού Porteus (1922) ενός από τους πρώτους διευθυντές της σχολής του Vineland που επινόησε το γνωστό «τεστ των λαβυρίνθων». Νοητική ανεπάρκεια που δεν οφείλεται σε διαταραχή των αισθητηρίων και που δεν επιτρέπει στο άτομο να λύσει τα διάφορα προβλήματα και να εξασφαλίσει την ύπαρξή του, στο μέτρο που το απαιτεί η κοινωνική ζωή.

Ο ψυχολόγος Edgar Doll, για πολλά χρόνια κατείχε τα πρωτεία του αποδεκτού ορισμού για τη νοητική καθυστέρηση, διατυπώνοντας τα ακόλουθα κριτήρια νοητικής καθυστέρησης:

1. εμφανίζεται νωρίς στη ζωή του ατόμου, ή κατά τη γέννηση,
2. οφείλεται σε ανεπαρκή νοητική ανάπτυξη,

3. χαρακτηρίζεται από φτωχή ικανότητα κοινωνικής προσαρμογής,
4. καταλήγει σε κοινωνική ανεπάρκεια κατά την ωριμότητα,
5. είναι οργανικής αιτίας και
6. είναι βασικά αθεράπευτη. (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Επικρατέστερος είναι ο ορισμός που διατυπώθηκε από την Αμερικανική Ένωση για τη νοητική ανεπάρκεια (American Association of Mental Deficiency). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η νοητική υστέρηση χαρακτηρίζεται από γενική νοητική ανάπτυξη κάτω του μέσου όρου, εμφανίζεται στην περίοδο της ανάπτυξης και συνοδεύεται από υποβαθμισμένη προσαρμοστική συμπεριφορά. Τέλος, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD10) η νοητική υστέρηση είναι κατάσταση καθυστερημένης ή ατελούς ανάπτυξης της νόησης, που χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από διαταραχή των δεξιοτήτων, οι οποίες εκδηλώνονται στη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και οι οποίες συμβάλλουν στο συνολικό επίπεδο της νοημοσύνης, δηλαδή των γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών, και κοινωνικών ικανοτήτων.

4. Η πρόληψη στα πλαίσια της οικογένειας

Πριν πάρουν την απόφαση να τεκνοποιήσουν, οι γονείς πρέπει να βεβαιωθούν για την υγεία τους. Το ζευγάρι που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί πρέπει να αποφύγει με κάθε τρόπο τη χρήση οиноπνευματωδών ποτών. Ιδιαίτερα σοβαρός, είναι ο κίνδυνος για τα παιδιά που συλλαμβάνονται σε κατάσταση μέθης του ενός ή και των δύο συζύγων.

Η σωστή διατροφή της εγκύου είναι απαραίτητη πρώτα για το δικό της οργανισμό. Τα νύχια που σπάζουν, τα δόντια που πέφτουν, οι κυρτωμένοι ώμοι και άλλα φαινόμενα οφείλονται ακριβώς στην κακή διατροφή. Το παιδί παίρνει τις ουσίες που χρειάζεται από το μητρικό οργανισμό. Όσο λιγότερες θα είναι οι ελλείψεις τόσο πιο άρτια θα είναι η εξέλιξή του. Συνήθως συνιστάται πρωτεϊνική και πλούσια σε βιταμίνες και άλλα συστατικά τροφή.

Στη διάρκεια της κύησης η μητέρα είναι ευπρόσβλητη από τις διάφορες παθήσεις. Μερικές από τις παθήσεις αυτές, όπως τα μολυσματικά νοσήματα, έχουν άμεση δυσμενή επίδραση στο έμβρυο.

Αν η προσφυγή σε ιατρικές συμβουλές που αφορούν την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι χρήσιμη, η παρουσία γιατρού την ώρα του τοκετού είναι απολύτως απαραίτητη, τόσο για

τη ζωή και την υγεία της μητέρας όσο και για την αρτιμέλεια και την αποφυγή τραυματισμών του παιδιού, ιδιαίτερα στην περιοχή του εγκεφάλου. Τα πρώτα παιδικά χρόνια. Η πρόληψη στην περίοδο αυτή συνίσταται κυρίως σε φροντίδα υγιεινής διαβίωσης. Το άμεσο βάρος πέφτει φυσικά στην οικογένεια, αλλά και η οργανωμένη κοινωνία δεν απαλλάσσεται από την ευθύνη, αφού έχει την υποχρέωση να ετοιμάσει το πλαίσιο (υγιεινή του περιβάλλοντος, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κοινωνική αντίληψη, κ.λ.π.), μέσα στο οποίο θα μπορέσει να κινηθεί η οικογένεια.

5. Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ) - Ο θεσμός της ειδικής αγωγής.

Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ) είναι το σύνολο των παρεχόμενων εκπαιδευτικών υπηρεσιών στους μαθητές με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Η πολιτεία δεσμεύεται να κατοχυρώνει και να αναβαθμίζει διαρκώς τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης ως αναπόσπαστο μέρος της υποχρεωτικής και δωρεάν δημόσιας παιδείας και να μεριμνά για την παροχή δωρεάν δημόσιας ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης στους αναπήρους όλων των ηλικιών και για όλα τα στάδια και τις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Δεσμεύεται επίσης να διασφαλίζει σε όλους τους πολίτες με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ίσες ευκαιρίες για πλήρη συμμετοχή και συνεισφορά στην κοινωνία, ανεξάρτητη διαβίωση, οικονομική αυτάρκεια και αυτονομία, με πλήρη κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους στη μόρφωση και στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη.

Η πολιτεία αλλά και όλες οι υπηρεσίες και οι λειτουργοί του Κράτους οφείλουν να αναγνωρίζουν την αναπηρία ως μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης αλλά και ως ένα σύνθετο κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο και σε κάθε περίπτωση να αποτρέπουν τον υποβιβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία στη συμμετοχή ή στη συνεισφορά τους στην κοινωνική ζωή (ΝΟΜΟΣ 3699/2008 – ΦΕΚ 199/Α’/2.10.2008).

6. Σκοπός της Ειδικής Αγωγής.

Στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) και κατά τη συνεκπαίδευση στα γενικά σχολεία, εφαρμόζονται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, ανάλογα με τις αναπηρίες και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών, για όσο χρονικό διάστημα είναι αναγκαίο ή και για ολόκληρη τη διάρκεια της σχολικής ζωής τους.

Προγράμματα συστηματικής παρέμβασης όπως εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και κάθε άλλη υπηρεσία που στηρίζει την ισότιμη μεταχείριση των μαθητών, αξιολόγηση και παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη, παρέχονται κατά κύριο λόγο μέσα από τις ΣΜΕΑΕ και επικουρικά από τα ΚΕΔΔΥ.

Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται ΕΑΕ, η οποία στο πλαίσιο των σκοπών της προσχολικής, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας, μη τυπικής, άτυπης και δια βίου εκπαίδευσης επιδιώκει να αναπτύξει την προσωπικότητά τους και να τους καταστήσει κατά το δυνατόν ικανούς για αυτόνομη συμμετοχή στην οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και πολιτισμική ζωή.

Η ΕΑΕ (Ειδική Αγωγή & Εκπαίδευση) επιδιώκει ιδίως:

- α)** την ολόπλευρη και αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,
- β)** τη βελτίωση και αξιοποίηση των δυνατοτήτων και δεξιοτήτων τους, ώστε να καταστεί δυνατή η ένταξη ή η επανένταξή τους στο γενικό σχολείο, όπου και όταν αυτό είναι δυνατόν,
- γ)** την αντίστοιχη προς τις δυνατότητές τους ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα, στην κοινωνική ζωή και στην επαγγελματική δραστηριότητα και
- δ)** την αλληλοαποδοχή, την αρμονική συμβίωσή τους με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη, με στόχο τη διασφάλιση της πλήρους προσβασιμότητας των μαθητών με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και των εκπαιδευτικών ή και γονέων και κηδεμόνων με αναπηρία, σε όλες τις υποδομές (κτιριακές, υλικοτεχνικές συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών), τις υπηρεσίες και τα αγαθά που αυτά διαθέτουν. Η εφαρμογή των αρχών του «Σχεδιασμού για Όλους (Design for All)» για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία είναι υποχρεωτική τόσο κατά το σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και του εκπαιδευτικού υλικού όσο και κατά την επιλογή του πάσης φύσεως εξοπλισμού (συμβατικού και ηλεκτρονικού), των κτιριακών υποδομών αλλά και κατά την ανάπτυξη όλων των πολιτικών και διαδικασιών των ΣΜΕΑΕ και ΚΕΔΔΥ (ΝΟΜΟΣ 3699/2008 – ΦΕΚ 199/Α'/2.10.2008).

7. Φορείς του θεσμού της ειδικής αγωγής.

Οι φορείς οι οποίοι είναι αρμόδιοι για το θεσμό της ειδικής αγωγής είναι οι εξής :

- Το υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, για θέματα που αφορούν την ειδική επαγγελματική εκπαίδευση, τη διαγνωστική και συμβουλευτική εργασία.

- Το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, για θέματα που αφορούν την ιατρική βοήθεια και την κοινωνική μέριμνα των ατόμων με ειδικές ανάγκες.
- Ο Ο.Α.Ε.Δ. για θέματα που αφορούν την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων.
- Το υπουργείο Δικαιοσύνης, για θέματα που αφορούν την ίδρυση, την οργάνωση, τη λειτουργία και την εποπτεία των θεραπευτικών καταστημάτων ανηλίκων.
- Τα ΚΕΔΔΥ και τα Ιατροπαιδαγωγικά κέντρα

8. Φοίτηση στην Ειδική Αγωγή.

Η ειδική αγωγή των ατόμων με ειδικές ανάγκες παρέχεται :

- Σε κανονικά σχολεία, στα οποία είναι ενταγμένα τα άτομα αυτά.
- Σε ειδικές τάξεις, τμήματα ή ομάδες που λειτουργούν μέσα σε κανονικά σχολεία ή σε ειδικές τάξεις ή τμήματα παρατήρησης που λειτουργούν με σκοπό τη βαθύτερη διάγνωση δύσκολων περιπτώσεων και εφαρμόζουν ειδικά προγράμματα.
- Σε ειδικά νηπιαγωγεία και σε αυτοτελή ειδικά σχολεία πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Σε ειδικά σχολεία, ειδικές τάξεις ή τμήματα ή ομάδες που λειτουργούν ως παραρτήματα σε νευροψυχιατρικά, ορθοπεδικά και άλλα νοσοκομεία και κλινικές ή ιατροπαιδαγωγικά κέντρα ή θεραπευτικά καταστήματα ανηλίκων.
- Σε ειδικές επαγγελματικές σχολές ή σε ειδικά τμήματα επαγγελματικής εκπαίδευσης μέσα σε κανονικά σχολεία καθώς και σε ειδικά επαγγελματικά εργαστήρια ΕΕΕΚ και ΤΕΕ.ΕΑ
- Σε οποιονδήποτε χρόνο και χώρο εκτός της οικογένειας, ιδίως σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων ή σε θεραπευτήρια καταστήματα ανηλίκων, όπου τα νήπια, τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν για οποιονδήποτε λόγο ειδικές συνθήκες διαβίωσης.

9. Η εκπαιδευτική πολιτική του Υ.Π.Θ.Π.Α. για τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Το Υ.Π.Θ.Π.Α., με βάση την παράγραφο 4 του άρθρου 16 του Ελληνικού Συντάγματος, τις διακηρύξεις των Διεθνών Οργανισμών, τις σύγχρονες παιδαγωγικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και λοιπές επιστημονικές αντιλήψεις, τις προτάσεις του γονεϊκού και αναπηρικού κινήματος, καθώς και των συναρμοδίων φορέων, καταβάλλει σημαντικές

προσπάθειες, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του ευαίσθητου κοινωνικο-εκπαιδευτικού τομέα της Ειδικής Αγωγής.

Το Υπουργείο Παιδείας έχει θεσπίσει σχετική νομοθεσία, η οποία αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη της σύγχρονης Ειδικής Αγωγής στη χώρα μας, όπως το Ν. 1143/1981, το Π.Δ. 603/1982, το Ν.1566/1985, το Ν.2817/2000, το Ν.3194/2003, το Ν.3699/2008.

10. Οικογένεια και παιδί με ειδικές ανάγκες

Η οικογένεια είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του ατόμου και το αλλάζουν, το αναπτύσσουν, το εξελίσσουν. Μέσα στην οικογένεια ο άνθρωπος βιώνει τον εαυτό του, ερχόμενος σε επαφή με τα άλλα μέλη, αναπτύσσει τις ικανότητες και δεξιότητες του, διδάσκεται αξίες και αρχές ζωής, μαθαίνει κοινωνικούς κανόνες τους οποίους συνειδητά ή και ασυνείδητα οικειοποιείται και προετοιμάζεται για τη μετέπειτα ζωή του στο κοινωνικό σύνολο, (Buscaglia, 1993).

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρογραφία της ευρύτερης κοινωνίας, γι αυτό θεωρείται ο πρώτος, αλλά και ο σημαντικότερος φορέας κοινωνικοποίησης. Είναι μια κοινωνική δύναμη με μοναδικότητα στην ταυτότητά της. Είναι ένας θεσμός με τη δική του κουλτούρα και τους δικούς του ειδικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της ζωής που δοκιμάζεται συνεχώς. Αποτελεί μια κοινωνική μονάδα, ένα μικρό πολιτισμό μέσα σ' ένα μεγαλύτερο στον οποίο επιδρά και από τον οποίο επηρεάζεται.

Σε όλα τα στάδια που διανύει η οικογένεια αναπτύσσονται οι σχέσεις των μελών, η προσωπικότητά τους και διαμορφώνονται οι ρόλοι τους. Οι αλλαγές καθορίζονται από την εσωτερική οργάνωση της οικογένειας αλλά και από την εξωτερική της θέση στην κοινότητα και τις επιδράσεις που δέχεται.

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που επηρεάζουν τη δομή και λειτουργία της, είναι η απόκτηση ενός παιδιού με κινητικά προβλήματα εκ γενετής ή από ατύχημα.

Οι οικογένειες που έχουν ένα παιδί με αναπηρία πολλαπλασιάζονται, γιατί η πρόοδος της ιατρικής να μεν επιτρέπει την μείωση γεννήσεων ατόμων με συγγενείς ή περιγεννητικές ανωμαλίες αλλά και αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης εκείνων που γεννώνται. Αυξάνει επομένως η συχνότητα οικογενειών που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ατόμου με αναπηρία

Όλες αυτές οι οικογένειες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στη δομή τους που απορρέουν από τις δυσκολίες που επιφέρει η κινητική αναπηρία και η αναπηρία εν γένει.

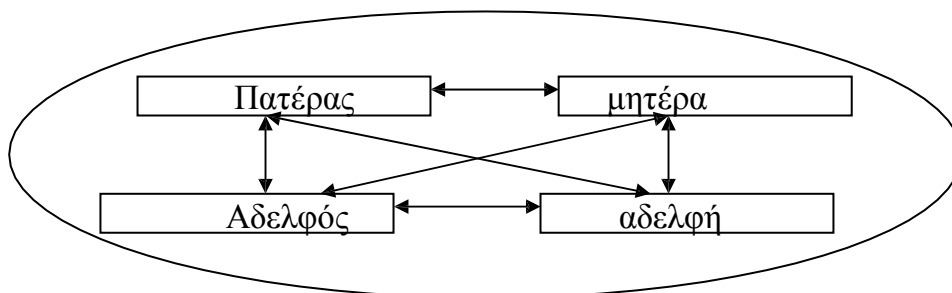
Οι γονείς και τα παιδιά, βιώνουν δύσκολες καταστάσεις, όχι μόνο γιατί οι σχέσεις μεταλλάσσονται και παίρνουν άλλη μορφή, αλλά και γιατί το περιβάλλον (κοινωνικό, σχολικό, εργασιακό) δεν είναι πάντα έτοιμο να δεχτεί τις ιδιαιτερότητες τους. Το διαφορετικό από αυτό που θεωρούμε ως πρότυπο στο κοινωνικό, σχολικό, εργασιακό περιβάλλον μας δεν ενσωματώνεται εύκολα. Για να γίνει αυτό χρειάζεται πολύ «δουλειά» από τα μέλη τα οποία αρκετές στιγμές ματαιώνονται και δεν έχουν το κουράγιο να προσπαθούν, (Τούντας Γ.: Τριανταφύλλου : Φρισηρης , 2000).

Το συναίσθημα της απόρριψης μπορεί να το νιώθει η οικογένεια και το άτομο, καθ' όλη τη διάρκεια του κοινωνικού τους βίου. Η ένταση του όμως μειώνεται με τα χρόνια όταν βρίσκονται μέσα σε κοινωνική ομάδα και προσπαθούν να αλλάξουν τις στάσεις. Σε αντίθετη περίπτωση αυξάνεται. Το παιδί με ειδικές ανάγκες έχει τη δυνατότητα να ζήσει με ψυχική υγεία και να φτάσει σε υψηλά επίπεδα μόρφωσης και κοινωνικής χρησιμότητας. Το ανάπηρο παιδί είναι δυνατό να αισθάνεται υπεύθυνο για το στρες που δημιουργείται από την κατάσταση του όπως συζυγική διχόνοια, οικονομικά προβλήματα, πρόσθετες ευθύνες στα άλλα μέλη της οικογένειας. Αισθάνεται αβεβαιότητα για την αληθινή του αξία μέσα στην οικογένεια ιδιαίτερα όταν όλοι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αναπηρία του παρά στις ικανότητες του. Η πρόοδος και η συνέχιση της ανάπτυξης του παιδιού επηρεάζεται από τη στάση και την ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με αποτελεσματικότητα. (Ραγιά, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 2007).

11. Σχέσεις και ρόλοι των μελών για την ισορροπία στην οικογένεια

Οι περισσότερες οικογένειες έχουν αρκετά σταθερή συνοχή, καθαρά προσδιορισμένους ρόλους και αξίες. Όλα τα μέλη γνωρίζουν το ρόλο τους και τις υποχρεώσεις που συνεπάγονται από αυτόν.

Στις σχέσεις μεταξύ τους παρατηρούμε ότι συνήθως ο πατέρας και η μητέρα σχηματίζουν την κεντρική και σημαντικότερη μονάδα ως κεφαλή του σπιτιού, υπάρχουν όμως πολλές άλλες ενδοοικογενειακές σχέσεις, (σχ.1),



Σχήμα.1. Οι υποομάδες σχέσεων σε μια τετραμελή οικογένεια.

κάθε μια από τις οποίες θα επηρεάσει την άλλη. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται είναι ποικίλες αλλά και περίπλοκες. Οποιαδήποτε αλλαγή, έχει αντίκτυπο στην οικογενειακή συνοχή και θα αλλάξει τις ισορροπίες. Αυτό φαίνεται εύκολα όταν υπάρξει ένα διαζύγιο, μια γέννηση, ένας θάνατος κ.λπ (Buscaglia, 1993) Τα παιδιά μαθαίνουν τους ρόλους τους σιγά-σιγά καθώς αναπτύσσονται ανάλογα με την συνεργασία και την ψυχική ισορροπία που έχει η οικογένεια. Ο καθένας έχει ένα προσδιορισμένο ρόλο και ανάλογα με τις αποκλειστικές του εμπειρίες και τη βασική του προσωπικότητα, έχει γίνει και ένας διαφορετικός άνθρωπος. Έτσι ο ρόλος που αναλαμβάνει το κάθε ένα μέλος συνδέεται με το χαρακτήρα, την προσωπικότητά του, τις καταβολές του.

Στη σημερινή εποχή παρατηρούμε συχνά ότι οι ρόλοι στην οικογένεια είναι μπερδεμένοι και παρά το γεγονός, ότι μπορούν να είναι ξεκάθαροι μπλέκονται και αλλάζουν ανάλογα με τις σχέσεις που έχουν διαμορφωθεί εντωμεταξύ και τα προβλήματα που δημιουργούνται. Όταν χαθεί η ισορροπία οι σχέσεις μερικές φορές είναι τυπικές και στο τέλος χάνεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών.

Βασική προϋπόθεση λοιπόν για αυτή την ισορροπία στις σχέσεις των μελών είναι η επικοινωνία και η καλή σχέση των συζύγων καταρχήν καθώς και η συνειδητοποίησή τους στο ρόλο του γονέα. Η ανησυχία τους για τα αν είναι καλοί γονείς, αν μεγαλώνουν τα παιδιά τους σωστά, πολλές φορές τους δημιουργεί άγχος και στη προσπάθειά τους να είναι «τέλειοι» γονείς κάνουν συνεχώς λάθη.

Οι γονείς όμως είναι πρώτα άνθρωποι και το να παραμείνουν ανθρώπινοι είναι το καλύτερο πρότυπο για τα παιδιά. Για να γίνει κανείς καλός γονιός εκτός από ανθρώπινος χρειάζεται πίστη στο ρόλο, υπομονή, γνώσεις, ευαισθησία, σύνεση (Buscaglia, 1993). Για να μπορούμε τέλος να κατανοήσουμε τις σχέσεις, τις αλληλεπιδράσεις, τον τρόπο που λειτουργεί μια οικογένεια πρέπει να τη βλέπουμε ως σύνολο. Να βλέπουμε τη σύνθεσή της, το πολιτισμικό της προφίλ, τα πιστεύω της, τους τρόπους που αλληλοσχετίζονται και επικοινωνούν τα μέλη, τα καθήκοντα του καθενός, γιατί όπως αναφέραμε κάθε οικογένεια έχει τη δική της ταυτότητα.

12. Οι σχέσεις και οι ρόλοι με την απόκτηση ενός παιδιού με αναπηρία

Η γέννηση ενός οποιουδήποτε παιδιού προκαλεί ορισμένες αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις για τις οποίες οι πιο πολλοί γονείς είναι κάπως προετοιμασμένοι και προσαρμόζονται. Όμως δεν είναι ποτέ προετοιμασμένοι για τη γέννηση ενός ανάπηρου παιδιού και ούτε και για τις συνέπειες που έχει η παρουσία ενός τέτοιου παιδιού.

Για τους περισσότερους το πρόβλημα του παιδιού τους είναι αξεπέραστο, αφού εκτός από την έλλειψη γνώσεων για το πώς θα το αντιμετωπίσουν έχουν να κάνουν με την αρνητική στάση της κοινωνίας και πολλές φορές τη στήριξη του κράτους.

Αρκετοί πιστεύουν ότι η στάση των γονιών επηρεάζει και τη στάση των παιδιών και ότι η κοινωνική αποδοχή επηρεάζεται από την στάση των γονιών απέναντι στο πρόβλημα. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό όταν συνειδητοποιήσουμε ότι η αναπηρία είναι ένα γεγονός, ενώ η μειονεξία για την αναπηρία κατασκευάζεται αρχικά από την ίδια την οικογένεια. Την μειονεξία για την αναπηρία του το άτομο αρχίζει να την νοιώθει όταν έρχεται σε επαφή με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Συχνά νοιώθουν την απόρριψη και την απομόνωση, των ανθρώπων γύρω τους. Η οικογένεια αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες που αφορούν σε όλα τα επίπεδα της ζωής της και αυξάνονται όσο μεγαλώνει το παιδί. Οι πιο σημαντικές είναι:

- Η τροποποίηση των οικογενειακών ισορροπιών και των σχέσεων.
- Η αποδοχή του παιδιού στο στενό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον από την ημέρα της διάγνωσης.
- Οι ματαιώσεις από τη συνεχή αναζήτηση ειδικών, οι οποίοι θα θεραπεύσουν το παιδί.
- Η συμμετοχή στην εκπαίδευση του παιδιού με παραπάνω χρόνο και κόπο από ότι χρειάζεται ένα άλλο παιδί.
- Η αύξηση των εξόδων για μεγάλο χρονικό διάστημα (θεραπείες, εκπαίδευση, ειδικός εξοπλισμός).
- Η κόπωση από τη συνεχή φροντίδα, την αναζήτηση κατάλληλων εκπαιδευτικών και θεραπευτικών πλαισίων, την αναζήτηση τοποθέτησης του σε κάποιο σχολείο ή εργασία.
- Η συνεχής προσπάθεια ενσωμάτωσής του παιδιού τους σε κάθε νέο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, εκτός από τους χώρους εκπαίδευσης.

- Η παραίτηση από την προσωπική και συζυγική πολλές φορές ζωή τους.
- Η αγωνία για το μέλλον του παιδιού, όταν οι γονείς θα πεθάνουν

Όλες αυτές οι δυσκολίες όμως για να αντιμετωπιστούν χρειάζονται δυνατές σχέσεις μεταξύ των μελών και καλή εσωτερική οργάνωση της οικογένειας. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο αν λάβουμε υπόψη ότι οικογένειες χωρίς παρόμοια προβλήματα δυσκολεύονται να διατηρήσουν τη συνοχή τους (Alexander, 1974).

Γονείς που πασχίζουν να διατηρήσουν μια «φυσιολογική» σχέση με το παιδί τους και ένα «φυσιολογικό» τρόπο ζωής μπορεί να κατηγορηθούν ότι αρνούνται το «πρόβλημα» ή ότι δεν είναι «ρεαλιστές», παρόλο που οι δυνατές, στενές οικογενειακές σχέσεις αποτελούν βασική προϋπόθεση της προσαρμογής της οικογένειας. Γιατί παρασυρόμενοι από τις κοινωνικές μας προκαταλήψεις θεωρούμε ότι η οικογένεια που έχει ένα παιδί με αναπηρία είναι «καταδικασμένη» να ζει «προβληματικά», να «δυστυχεί», να παλεύει συνεχώς για να υπερπηδά τα εμπόδια. Όταν αυτό δεν ισχύει, τότε αυτόματα θεωρούμε ότι δεν «μπορεί να είναι πραγματικό». Όμως υπάρχουν οικογένειες που καταφέρνουν να ζουν «ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής» σύμφωνα με τις δικές τους επιθυμίες και όχι με των υπολοίπων, μετά από αρκετή προσπάθεια και «δουλειά» (ΕΚΚΕ, κείμενα εργασίας 2000/12).

13. Διάγνωση του προβλήματος της αναπηρίας και η οικογένεια

Η πρώτη αντίδραση είναι η άρνηση. Υπάρχει πραγματική ανάγκη να αναγνωρίσουμε την θλίψη που δοκιμάζουν οι γονείς και να τους δώσουμε χρόνο να συνέλθουν από το σοκ για να αρχίσουν να προσαρμόζονται. Όμως είναι και θυμωμένοι διότι όπως και κάθε άλλο πλήγμα αποτελεί ένα ναρκισιστικό πλήγμα.

Η οικογένεια κατ' αρχάς πρέπει να αποδεχθεί το αμετάκλητο της κατάστασης και να «πενθήσει» είτε το υγιές παιδί που δεν μπόρεσε να φέρει στον κόσμο, είτε μια προηγούμενη πιο εύκολη ζωή, με ένα μέλος της οικογένειας υγιή και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Πριν όμως κατορθώσει να φτάσει αυτό το στάδιο της αποδοχής, περνά από τη φάση της άρνησης της αναπηρίας και επιδίδεται σ' έναν αγώνα «εξαφάνισής» της. Έτσι, αρχίζει ένας ατελείωτος αγώνας επισκέψεων σε ειδικούς, σε πρακτικούς κ.τ.λ., στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, υποβάλλοντας το παιδί σε θαματοουργές εγχειρήσεις και σε μαγικές θεραπείες. Άλλοτε, υιοθετεί μια συμπεριφορά αγνόησης της αναπηρίας του

παιδιού, θεωρώντας ότι οι δυσκολίες του οφείλονται στην τεμπελιά του, στο ότι δεν προσπαθεί αρκετά και είναι βολεμένο κτλ.(Μαργαρίτη, 2007)

Οι συμπεριφορές αυτές καθυστερούν, παρεμποδίζουν ή και ακυρώνουν την οποιαδήποτε πραγματική, εφικτή και ουσιαστική αγωγή αποκατάστασης, με ανεπανόρθωτες, συχνά, συνέπειες. Η οικογένεια αποπροσανατολίζεται και ο χρόνος περνά, η αναπηρία εγκαθίσταται, οι οργανικές διαταραχές γίνονται πλέον μη αναστρέψιμες. Οι γονείς ελπίζουν μέσω των συνεχών εξετάσεων να βρεθούν λειτουργικές αιτίες που μπορούν να θεραπευτούν και όχι οργανικές που θεωρούνται μόνιμες. Αρνούνται να δεχθούν την πραγματικότητα ξεφεύγουν προσωρινά από ένα γεγονός που το φαντάζονται δύσκολο και καθυστερούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, μπροστά στην οποία αισθάνονται αδύναμοι.

Στην ουσία, αρνούνται τη πορεία που υποπτεύονται πως θα πορευθούν, η οποία περιλαμβάνει, κυρίως, την αναθεώρηση των προτεραιοτήτων που είχαν θέσει στη ζωή τους, την εμπλοκή σε μια μακρόχρονη θεραπευτική αγωγή, τη σύγκρουση των συναισθημάτων τους, αλλά και την αντιμετώπιση της κοινωνικής προκατάληψης και της κρατικής αναποτελεσματικότητας.

Στην αποδοχή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο το είδος της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο έχει γίνει, όπως η στάση εκείνου που την έκανε. πχ ένας γιατρός που θεωρεί ότι απέτυχε ιατρικά για την αναπηρία του παιδιού μεταδίδει την αίσθηση αποτυχίας και απελπισίας και στους γονείς. Γι'αυτό η αρχική διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στο πώς θα γίνει αποδεκτό από την οικογένεια το παιδί με αναπηρία.

Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις που οι γονείς αντιδρούν στο πρόβλημα με βάσει θρησκευτικές αντιλήψεις, όπως πχ το παιδί τους το έστειλε ο θεός σαν τιμωρία. Κάποιοι από αυτούς θεωρούν ότι πρέπει να «ανέβουν τον Γολγοθά για να επέλθει η κάθαρση», κάποιοι άλλοι δεν αντέχουν την τιμωρία και εγκαταλείπουν. Όλα αυτά εξαρτώνται και πάλι από την σχέση που υπάρχει μεταξύ των συζύγων αλλά και των γονέων τους, την προσωπικότητά τους, την ανάπτυξή τους, τη στάση τους στα προβλήματα που εμφανίζονται (Μαργαρίτη Μ, 2007)

Οι γονείς λοιπόν περνούν μια σειρά συναισθηματικών σταδίων μέχρι να αποδεχθούν τη διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού τους. Η σειρά αυτών των σταδίων δεν διαφέρει από αυτή που ακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Σύμφωνα με τους Cunningham και Davis_ακολουθούν τα παρακάτω στάδια (Μαργαρίτη, 2007):

1. Φάση Σοκ , εκδηλώνεται με συναισθητική αποδιοργάνωση, δυσπιστία και σύγχυση. Μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως μερικές

μέρες. Η πρωταρχική ανάγκη σε αυτό το στάδιο είναι συμπόνια και υποστήριξη, γιατί στην ουσία περίμεναν ένα φυσιολογικό μωρό.

2. Φάση Αντίδρασης, εκφράζουν θλίψη, λύπη, απελπισία. Αντιμετωπίζουν με δυσπιστία τη διάγνωση, νοιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον που θα τους ακούσει με συμπάθεια και θα τους δώσει ειλικρινείς πληροφορίες.

3. Φάση Προσαρμογής, αρχίζουν οι διεργασίες για μια ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασης και θέλουν να μάθουν τι μπορούν να κάνουν. Έχουν ανάγκη ακριβών και αξιόπιστων πληροφοριών, για τρόπους αντιμετώπισης του παιδιού και προετοιμασίας για την καλύτερη ανάπτυξή του.

4. Φάση Προσανατολισμού, αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση και προγραμματίζουν το μέλλον. Σε αυτό το στάδιο χρειάζονται συστηματική βοήθεια και καθοδήγηση με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών (Dale, 2000).

Η επόμενη συναισθηματική φάση που περνούν οι οικογένειες των ατόμων με αναπηρία είναι αυτή της υπερπροστασίας και της οργάνωσης της οικογενειακής ζωής γύρω από την αναπηρία.

Μερικοί γονείς μπορεί να ταλαντεύονται ανάμεσα σε αυτά τα στάδια ή και να μην τα βιώσουν καθόλου. Ο χρόνος προσαρμογής των γονιών απέναντι στις ειδικές ανάγκες του παιδιού τους, διαφέρει για τον καθένα και εξαρτάται από τον τρόπο που ο καθένας «δουλεύει» τα συναισθήματά του, ενώ η αρχική αντίδραση είναι η πιο καθοριστική για την μετέπειτα συνειδητοποίηση της δυσκολίας.

Από τα ίδια στάδια περνά και ο γονιός που το παιδί του απόκτησε αναπηρία από ατύχημα ή ασθένεια. Σε αυτή την περίπτωση δεν νοιώθουν ντροπή ή ενοχές για τη γέννησή του, μιας και γεννήθηκε φυσιολογικό. Περνούν όμως μια δύσκολη περίοδο ενοχών και τύψεων επιρρίπτοντας ευθύνες στον εαυτό τους για το ότι δεν πρόλαβαν, δεν φρόντισαν να μην συμβεί, δεν ήταν καλοί γονείς (Μαργαρίτη, 2007).

Από την βρεφική μέχρι την εφηβική ηλικία η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συνδέονται με την αναπηρία ενός παιδιού.

Η επίπονη πορεία από το πρώτο σοκ έως την παραδοχή είναι καθοριστική και η εμπειρία της προσδιοριστικής για αυτό που είναι η οικογένεια. Η πορεία αυτή (πορεία κατά κανόνα μοναχική και για αυτό ακόμα πιο επίπονη) είναι για άλλους σύντομη και για άλλους μακροχρόνια – έχει όμως ουσιαστικά ολοκληρωθεί έως το τέλος της παιδικής ηλικίας του ατόμου με αναπηρία.

14. Ψυχική και η φυσική υγεία των γονιών

Η δύσκολη συναισθηματική κατάσταση των γονέων, η καθημερινή και διαρκής φροντίδα και υποστήριξη του παιδιού ή του νέου, οδηγούν συχνά σε κατάθλιψη. Συνήθως η κατάθλιψη παρουσιάζεται στην μητέρα, η οποία βρίσκεται συνεχώς σε εγρήγορση, κλείνεται στο σπίτι, δεν ησυχάζει, φροντίζει όλη την οικογένεια.

Στην παρακάτω μαρτυρία φαίνεται η απομόνωση της μητέρας από το περιβάλλον, αλλά και πώς μερικές φορές μπορεί να επαναφέρει τη ισορροπία: “ Δύσκολα βρίσκαμε ανθρώπους να μας φυλάξουν τα παιδιά μας. Ο ανάπηρος γιος μας ήταν τόσο δύσκολο παιδί, που δεν διασκεδάσαμε πια. Οι προσκλήσεις φίλων στο σπίτι, ήταν λίγες και αραιές. Τέλος πάντων, ένα βράδυ καθώς έπλενα τα πιάτα, άρχισα να κλαίω και δεν μπορούσα να σταματήσω. Μου φαινόταν πως από τότε που θυμόμουν τον εαυτό μου, δεν είχα δει τίποτε άλλο εκτός από παιδιά, πιάτα και πάνες. Θυμάμαι πως παράτησα τα πιάτα στο νεροχύτη, φόρεσα παλτό, τις μπότες και το σκούφο μου, άρπαξα τα κλειδιά του αυτοκινήτου και έφυγα. Όταν απομακρύνθηκα δύο τετράγωνα από το σπίτι, αντιλήφθηκα ξαφνικά πως δεν είχα που να πάω! Έκανα μερικές βόλτες με το αυτοκίνητο, στο τέλος πήγα στη βιβλιοθήκη και πήρα έξι αστυνομικά μυθιστορήματα, σταμάτησα στο γειτονικό ζαχαροπλαστείο για ένα γλυκό με σιρόπι σοκολάτας και γύρισα σπίτι. Δεν είχα λείψει πάνω από μιάμιση ώρα αλλά αισθανόμουν πολύ καλύτερα! Φυσικά το επόμενο πρωί άρχισε ή ίδια ρουτίνα, από τότε όμως φρόντιζα να προγραμματίσω μια περιστασιακή έξοδο, ακόμη και αν ήταν στο ταχυδρομείο (Buscaglia, 1993).

Ο γονέας όπως είδαμε μπορεί να «ξεφύγει» από μια κατάσταση, εξαρτάται από την προσωπικότητα και τη δύναμή του. Μήπως όμως αυτή την κατάσταση δεν την έχουμε δει και σε οικογένειες, όπου δεν υπάρχει παιδί με αναπηρία;

Οι οικογένειες που λειτούργησαν ενωμένες πριν την εμφάνιση του ανάπηρου παιδιού σε δύσκολες καταστάσεις, θα καταφέρουν και τώρα να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που εμφανίζονται και να έλθουν πάλι σε μια ισορροπία. με διαφορετικούς ρόλους βέβαια και πιο επιβαρυνμένες σχέσεις όμως περισσότερο δεμένες.

Ο γονέας έχει μεγάλη αντοχή. Αρκετά συχνά όμως όλη αυτή η συναισθηματική κόπωση και ταλαιπωρία, μετατρέπεται σε επιθετικότητα. Επιθετικότητα προς τους δασκάλους, το σχολείο, το κράτος. Μερικές φορές δεν συνεργάζονται με τους δασκάλους ή τους καθηγητές, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν θέλουν να ακούσουν ή δεν καταλαβαίνουν αυτό που ακούν. Αυτή η αρνητική στάση που παίρνουν είναι αντίδραση στην λύπη και τον πόνο που έχουν νοιώσει μέχρι τώρα (Μαργαρίτη, 2007).

Επιπρόσθετα ανησυχούν για την ανατροφή του παιδιού τους. Η ανατροφή ενός «φυσιολογικού» παιδιού είναι αρκετά πολύπλοκο θέμα, οπότε το μεγάλωμα ενός παιδιού με αναπηρία γίνεται ακόμα πιο πολύπλοκο. Παράλληλα τους βαραίνει η σκέψη ότι αυτό το παιδί δεν θα ικανοποιήσει ποτέ τις προσδοκίες και τα όνειρά τους. Αυτές οι σκέψεις δεν τους αφήνουν να νοιώσουν αισιόδοξα, γιατί όπως έχουμε δει άλλωστε μέχρι σήμερα τα άτομα με αναπηρίες ικανοποιούν πολλά όνειρα και προσδοκίες, αρκεί να ταιριάζουν στις δυνατότητές και ικανότητές τους.

Όσο περνάνε τα χρόνια εμφανίζονται προβλήματα υγείας, είτε ψυχοσωματικά είτε εξαιτίας της φροντίδας που έχει ο γονιός για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν πχ μεγαλώνει το παιδί, γίνεται πιο βαρύ, αυτό επιφέρει στο γονέα που το σηκώνει προβλήματα στη σπονδυλική του στήλη (Μαργαρίτη, 2007).

Παρουσιάζουν επίσης ψηλά επίπεδα άγχους με αποτέλεσμα αρκετοί να οδηγούνται στην κατάθλιψη, όπως αναφέραμε. Αυτό είναι άλλο ένα στοιχείο που τους συνοδεύει.

15. Λειτουργία Συζύγων

Αναφέραμε ότι όσο πιο καλή είναι η επικοινωνία και η σχέση των γονέων, τόσο σταθερή είναι η συνοχή της οικογένειας και μπορούν πιο εύκολα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έρχονται. Όμως παρόλα αυτά η σχέση των συζύγων επηρεάζεται. Μπορεί να φέρει στην επιφάνεια προϋπάρχουσες συζυγικές συγκρούσεις. Σε μια δυνατή σχέση οι σύζυγοι θα υποστηρίξουν ο ένα τον άλλο. Αν αυτό δεν ισχύει ο ένα σύζυγος καταφεύγει στην παθητικότητα και την απόσυρση. Οι γονείς μπορεί να μεταθέσουν τις δυσκολίες αυτές στο παιδί (Μαργαρίτη, 2007).

Οι ρόλοι των συζύγων αλλάζουν – η μητέρα μένει στο σπίτι και αναλαμβάνει την αντιμετώπιση των περισσότερων προβλημάτων, αποκτώντας και μια πιο ιδιαίτερη σχέση με το παιδί ή τον νέο. Ο πατέρας, εργάζεται συνεχώς για να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες και να εξασφαλίσει καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτή όμως η κατάσταση αρκετές φορές μειώνει τις αντικειμενικές δυνατότητες επαφής και αλληλοκατανόησης των συζύγων που είναι από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί και η οικογένεια. Η απόσταση της οικογένειας του από τον υπόλοιπο κόσμο, εκδηλώνεται σε κάθε στάδιο ανάπτυξής του. Η συχνή συναναστροφή των πρώτων χρόνων μειώνεται κατά το ήμισυ περίπου, όταν το παιδί φτάσει στην εφηβεία.

Απομονωμένοι λοιπόν στο σπίτι και στο πρόβλημα και οι δύο μιας και τις περισσότερες φορές οι συγγενείς δεν είναι κοντά, δεν μπορούν να ζήσουν μαζί κάποιες στιγμές πχ μια

βόλτα, ένα σινεμά.. Η κοινωνική απομόνωση έρχεται και βέβαια ευθύνεται και η ελλιπής πληροφόρηση, γιατί πχ το να αφήσουν ένα βράδυ το παιδί τους σε «βοηθό», όπως πολύ άνετα θα έκαναν με το άλλο τους παιδί, τους φοβίζει. Θεωρούν ότι το παράτησαν, ότι δεν θα το προσέξει άλλος όπως αυτοί, ότι εκείνοι (συνήθως αυτό ισχύει για τη μητέρα), θα διασκεδάζουν και το παιδί τους που δεν μπορεί να το κάνει αυτό κάθεται μόνο του μέσα. Αυτό αργότερα εμπεριέχει και το κίνδυνο του να κακομάθουν το παιδί. Βάζοντας πάντα σε προτεραιότητα τις δικές του ανάγκες και ποτέ των υπόλοιπων μελών, το μεγαλώνουν εγωκεντρικά.

Όσο όμως ο χρόνος περνά η σχέση μεταξύ συζύγων σταθεροποιείται. Θεωρείται ότι η αναπηρία ενδυναμώνει κάποιους γάμους και βάζει σε κίνδυνο κάποιους άλλους. Αυτό γιατί επειδή τα στάδια που περνά ένα παιδί με αναπηρία καθώς μεγαλώνει είναι αρκετά, η σχέση των γονέων κινδυνεύει να διαταραχθεί. Μη ξεχνάμε ότι και στις οικογένειες χωρίς παιδί με πρόβλημα η σχέση των συζύγων δοκιμάζεται όταν υπάρχουν δυσκολίες στην διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους (Μαργαρίτη , 2007) Όταν ο ένας από τους δύο κουραστεί, δεν αντέξει και εγκαταλείψει τον αγώνα τα πράγματα δυσκολεύουν. Αν αυτός είναι ο πατέρας, τότε στην οικογένεια επέρχονται οικονομικά προβλήματα, αν αυτή είναι η μητέρα τότε ο πατέρας αντιμετωπίζει σοβαρά πρακτικά προβλήματα.

Τα συναισθήματα που προκαλούνται στους γονείς, από την ύπαρξη ενός παιδιού με κινητική αναπηρία στην οικογένεια, είναι συνήθως, συγκεχυμένα και πολύ έντονα. Μπορεί να έχουν σχέση με το παιδί, με τους ίδιους, με την υπόλοιπη οικογένεια και με τη στάση της κοινωνίας. Συνήθως όμως τα συναισθήματά τους, γνωρίζουν «σκαμπανεβάσματα» και κυρίως τις εποχές που τα παιδιά τους, θα μπορούσαν να έχουν ολοκληρώσει κάθε στάδιο εξέλιξης, όπως οι συνομήλικοί τους, τότε νοιώθουν έντονα θλίψη. Αναπτύσσουν δε διάφορες άμυνες, ανάλογα με την προσωπικότητά τους. Άλλοι υπερεκτιμούν «τις ικανότητες» του παιδιού τους, άλλοι αρνούνται να δεχτούν την κατάσταση, άλλοι αρνούνται να την αντιμετωπίσουν, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις άλλοι αρνούνται το ίδιο τους το παιδί.

Πολύ συχνά η οικογένεια εστιάζεται πάνω στις ανάγκες του παιδιού, με αποτέλεσμα οι συζυγικές σχέσεις και η φροντίδα των άλλων παιδιών να παραμελούνται, ακόμη και ο ίδιος τους ο εαυτός.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η μητέρα, η οποία αισθάνεται ένοχη και υπεύθυνη για την κατάσταση του παιδιού, επωμίζεται εξ ολοκλήρου τη φροντίδα του, ενώ ο πατέρας, αποσύρεται στην εργασία του, είτε γιατί θέλει να «δουλέψει» τα συναισθήματά του, είτε

γιατί αισθάνεται πως δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ευθύνες. Ένα τέτοιο περιβάλλον όμως, μπορεί να λειτουργεί εις βάρος του παιδιού και κυρίως της κοινωνικής του ένταξης.

Η κατάσταση δυσκολεύει στην εφηβεία όπου έτσι και αλλιώς αναστατώνονται οι ισορροπίες ρόλων και διαπροσωπικών σχέσεων κάθε οικογένειας και περνούν μια περίοδο κρίσης.

Στις οικογένειες των ατόμων με αναπηρία η αναστάτωση και η κρίση είναι εντονότερες και συνδέονται με τις νέες διαστάσεις που προσλαμβάνουν τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι οικογένειες αυτές. Αυτές οι νέες διαστάσεις οφείλονται:

- στα πρακτικά προβλήματα που δημιουργεί η καθημερινή φροντίδα, η μετακίνηση, η ελλιπής ένταξη κλπ.
- στο γεγονός ότι οι περισσότερες παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν παιδιά και όχι ενήλικες.
- στο γεγονός ότι ο χρόνος δεν προσμερτάται μόνον στην ηλικία του παιδιού αλλά και στην ηλικία των γονέων, που γερνούν καθώς το παιδί ενηλικιώνεται.

Για όλα τα παραπάνω κατανοούμε ότι η οικογένεια έχει ανάγκη από συναισθηματική στήριξη, πληροφόρηση, πρακτική βοήθεια και κατάρτιση. Γι' αυτό όπου υπάρχουν υπηρεσίες που παρέχουν στήριξη σε αυτές και το παιδί τους, αντεπεξέρχονται καλύτερα (Μαργαρίτη, 2007).

Η συναισθηματική κατάσταση των γονέων θα πρέπει να εξετασθεί επίσης σε συνδυασμό με τον βαθμό της συμμετοχής τους στην ανατροφή του προβληματικού παιδιού, το οποίο παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες. Το θέμα αυτό έχει ήδη απασχολήσει γενικότερα τους ψυχολόγους, οι οποίοι έχουν καταλήξει στα εξής συμπεράσματα: **α)** Πολλοί γονείς συνδέουν κατά κύριο λόγο τον ρόλο του πατέρα με την δυνατότητα να παίζει με το παιδί, να επιβάλλει πειθαρχία, να αναπτύσσει μαζί του μεγαλύτερη σωματική επαφή και γενικά δραστηριότητες εκτός σπιτιού, **β)** Η ποσότητα του χρόνου που διαθέτει ένας γονέας με το παιδί του δεν συναρτάται με την ποιότητα της σχέσης που δομεί μαζί του. Έτσι η διερεύνηση του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσουν τα παιδιά με τους γονείς έδειξε, ότι τα παιδιά συνδέονται εξίσου και με τους δύο γονείς και σε ορισμένες περιπτώσεις δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση για τον πατέρα ενώ περνούν συνήθως λιγότερο χρόνο μαζί του (Μαργαρίτη, 2007).

Η επαλήθευση των δεδομένων αυτών στην περίπτωση των παιδιών με νοητική υστέρηση οδήγησε στις εξής διαπιστώσεις:

- Η αναπηρία του παιδιού μπορεί να μειώσει την αλληλεπίδραση πατέρα-παιδιού, επειδή το παιδί αργεί να αναπτύξει μια συνηθισμένη δραστηριότητα παιχνιδιού, αλλά και γενικότερα να συμμετάσχει σε μια μαθησιακή διαδικασία.
- Υπάρχει μεγαλύτερη συμφωνία ανάμεσα στους γονείς ως προς την επιβολή πειθαρχίας, ίσως επειδή το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης βαρύνει την μητέρα.
- Οι πατέρες επικεντρώνονται πιο εύκολα σε δραστηριότητες παιχνιδιού.
- Οι μητέρες απορροφώνται περισσότερο από τις δυσκολίες της καθημερινής φροντίδας του παιδιού με νοητική καθυστέρηση.

Η επισήμανση του ρόλου που διαδραματίζει η οικογένεια στην εκπαίδευση και την καλύτερη διαβίωση των ατόμων αυτών φαίνεται να συμβαδίζει με την έμφαση που έχει δοθεί στον θεραπευτικό ρόλο που μπορεί να ασκήσει η κοινότητα. Ωστόσο οι όροι «οικογενειακό περιβάλλον» ή «κοινότητα» ταυτίζονται συνήθως στην πράξη με την μητρική παρουσία και συμμετοχή, γεγονός που υπονοεί ότι η παρέμβαση του πατέρα είναι συχνά ανύπαρκτη στα σχετικά ερευνητικά ή και θεραπευτικά προγράμματα (Μαργαρίτη, 2007).

Η απουσία αυτή συνδέεται προφανώς με τη γενικότερη έλλειψη επιστημονικών ερευνών γύρω από το ρόλο και την λειτουργία του πατέρα στην ανάπτυξη του παιδιού και στην οργάνωση της οικογένειας, η οποία εντοπίζεται κυρίως μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 70.

Μια αρχική κατηγορία ερευνών ασχολήθηκε με μια σειρά ερωτημάτων όπως (Μαργαρίτη, 2007):

- Η ανακάλυψη του προβλήματος του παιδιού συνιστά μεγαλύτερο πλήγμα για τον πατέρα από ό,τι για την μητέρα;
- Οι πατέρες των προβληματικών παιδιών ασχολούνται περισσότερο μαζί τους;
- Ποιες οι επιπτώσεις στις σχέσεις του ζευγαριού;
- Οι αυξημένες ανάγκες για την φροντίδα του παιδιού επηρεάζουν σημαντικά την εμπλοκή του πατέρα;

Διαπιστώνεται ότι οι διάφορες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι η αρχική αντίδραση των γονέων στην αποκάλυψη του προβλήματος επισφραγίζεται από εντονότερο συναισθηματικό αντίκτυπο για τον πατέρα. Η αντίδραση αυτή μπορεί να διαδεχθεί μια προγενέστερη άρνηση της ύπαρξης οποιουδήποτε προβλήματος: οι πατέρες δηλαδή είτε δεν είχαν διακρίνει κανένα ανησυχητικό σημείο στην συμπεριφορά του παιδιού είτε είχαν απουσιάσει από προηγούμενες επισκέψεις σε ειδικούς (Hannam, 1975: Kanner, 1953: Myrray, 1967) .

Η έντονη εξάλλου απογοήτευση που συνδέεται με το γεγονός ότι το παιδί δεν θα μπορέσει να εκπληρώσει τις αρχικές προσδοκίες των γονέων του συμπλέκεται με το άγχος που προκαλούν οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η πραγματικότητα αυτή μπορεί να ωθήσει ορισμένους πατέρες στο να καταβάλουν εντονότερες προσπάθειες και άλλους στο να υιοθετήσουν στάσεις (υπεκ)φυγής: για παράδειγμα, εξαιτίας της ανησυχίας του για το μέλλον του παιδιού του, ο πατέρας, άλλοτε αναλαμβάνει τον ρόλο του δασκάλου ή διεκδικεί καλύτερη παροχή υπηρεσιών και άλλοτε εναποθέτει την ευθύνη στην γυναίκα του επικεντρώνοντας συνήθως το ενδιαφέρον του στην επαγγελματική του ενασχόληση (Μαργαρίτη, 2007).

Ο κάθε πατέρας δηλαδή ανάλογα με την ψυχική του συγκρότηση θα αναπτύξει διαφορετικές αντιδράσεις, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τους πατέρες φυσιολογικών παιδιών. Στο ερώτημα όμως που αναφέρεται στις τυχόν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δύο κατηγορίες πατέρων οι διάφορες έρευνες προσκομίζουν διαφορετικές απαντήσεις. Έτσι παλιότερα διατυπώθηκε η άποψη ότι στις οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες η διαφοροποίηση των ρόλων πατέρα και μητέρας είναι ακόμα πιο έντονη (Tallman, 1965). Κατοπινές όμως έρευνες ανέτρεψαν αυτή την άποψη υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν περισσότερες ομοιότητες παρά διαφορές ανάμεσα στις οικογένειες φυσιολογικών και προβληματικών παιδιών (Carr , 1975: Gath, 1957: Gregory, 1976). Όπως είπε χαρακτηριστικά ο Farber (1957) για τις οικογένειες παιδιών με νοητική καθυστέρηση «πολλοί ρόλοι και αξίες διαμορφώνονται ανάλογα με την ροή παρόμοιων γεγονότων με αυτά που βιώνουν οι άλλες οικογένειες» .

Μια άλλη κατηγορία ερευνών που εστίασαν το ενδιαφέρον τους στις ιδιαιτερότητες του ρόλου και των στάσεων του πατέρα, εξέτασαν αφενός την αντίδρασή του στο κοινωνικό στίγμα που επισφραγίζει συχνά το πρόβλημα του παιδιού καθώς και την τυχόν διαφορετική συμπεριφορά του ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Παρατηρήθηκε ότι πατέρες ασχολούνται λιγότερο αποτελεσματικά με το παιδί τους όταν το πρόβλημα γίνεται φανερό από την εμφάνιση του παιδιού (Cain and Levine, 1963: Gregory, 1976: Tallmann, 1965). Αντίθετα η προσαρμοστικότητα των μητέρων φαίνεται να εξαρτάται λιγότερο από την εμφάνιση και περισσότερο από άλλες παραμέτρους, όπως το επίπεδο των ικανοτήτων του παιδιού. Σε ορισμένες επίσης περιπτώσεις οι παράμετροι της εμφάνισης και του φύλου αλληλοεξαρτώνται, επειδή η εμφάνιση θεωρείται πιο σημαντική για ένα κορίτσι καθώς μεγαλώνει, ο πατέρας τείνει να αντιλαμβάνεται λιγότερο το στίγμα στην περίπτωση του αγοριού (Boston, 1981). Έτσι φαίνεται να υπερισχύει η άποψη που δέχεται

ότι «σοβαρότερη παθολογία γίνεται πιο εύκολα ανεκτή για τα κορίτσια απ'ότι για τα αγόρια» (Levinson and Starling, 1981)

Σε ότι αφορά τις γενικότερες αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού τους και ειδικότερα στον τρόπο που το βιώνουν, υποστηρίχθηκε ότι οι πατέρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα απ'ότι οι μητέρες. Ο πατέρας του οποίου το παιδί έχει νοητική καθυστέρηση, παρουσιάζει πιο έντονες καταθλιπτικές τάσεις σε σύγκριση με τους πατέρες της ομάδας ελέγχου. Διαπιστώθηκε επίσης ότι και οι δύο γονείς ιδιαίτερα προβληματικών παιδιών υιοθετούν πιο αρνητικές στάσεις και συναισθήματα ενώ οι πατέρες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις προόδους του παιδιού και την βοήθεια που προσφέρουν οι φίλοι και συγγενείς.

Ένα σημαντικό δεδομένο που προέκυψε από αυτές τις έρευνες είναι οι μεγάλες ατομικές διαφορές που παρατηρούνται στην αλληλεπίδραση των πατέρων με τα προβληματικά παιδιά τους. Οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν αυτές τις διαφορές διερεύνησαν την συνάρτησή τους με ορισμένους παράγοντες όπως ο βαθμός της αναπηρίας του παιδιού ή η κοινωνική τάξη. Έτσι υποστηρίχθηκε ότι η ηλικία, το νοητικό επίπεδο, ο βαθμός κινητικότητας δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα την συμμετοχή του πατέρα. Αντίθετα καθοριστικό ρόλο παίζει η ικανότητα του παιδιού να μιλάει, ακόμα και αν προφέρει λίγες μόνο λέξεις, γεγονός που φαίνεται να κινητοποιεί σημαντικά τον πατέρα προκειμένου να εμπλακεί σε σταθερή επικοινωνία με το παιδί του. Θετικό ρόλο διαδραματίζει επίσης και το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα καθώς και η ποσότητα του χρόνου που διαθέτει για το παιδί, ιδιαίτερα το Σαββατοκύριακο. Η επισήμανση εξάλλου των ατομικών αυτών διαφορών καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν μπορεί να χρησιμεύσει στο σχεδιασμό πιο εύκαμπτων θεραπευτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία αποβλέπουν στην ενίσχυση της συμμετοχής του πατέρα λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές του ανάγκες και ισορροπίες που έχει εγκαταστήσει στη σχέση με τη σύζυγό του. (Μαργαρίτη, 2007).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση που έχει υιοθετηθεί από ορισμένους ερευνητές, μας επιτρέπει εξάλλου να κατανοήσουμε τη λειτουργία που μπορεί να ασκήσει ο πατέρας στη θεραπεία ενός αυτιστικού παιδιού. Διατυπώθηκε δηλαδή η άποψη ότι στην περίπτωση του αυτιστικού παιδιού που είναι συμβιωτικά προσκολλημένο στην μητέρα του εξαιτίας της αδυναμίας του να ελέγξει τα απειλητικά για την ύπαρξή του ερεθίσματα, ο πατέρας μπορεί να προσφέρει ορισμένα σήματα τα οποία το παιδί είναι σε θέση να κατανοήσει. Τα σήματα αυτά βοηθούν το παιδί να δημιουργήσει μια γέφυρα επικοινωνίας με τον εξωτερικό κόσμο και να δράσει κατά κάποιο τρόπο πιο ανεξάρτητα. Σύμφωνα με τον

Parke (1979), εάν η μητέρα τροφοδοτεί κυρίως τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού, ο πατέρας ανταποκρίνεται στην ανάγκη του για εξερεύνηση του κόσμου παρέχοντας του λεκτικά και μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας. Μέσω δηλαδή της επανάληψης αυτών των ερεθισμάτων, των προσπαθειών για δράση σε δομημένο πλαίσιο, του ελέγχου και των κατευθύνσεων που παρέχει ο πατέρας, τροφοδοτείται η ικανότητα του αυτιστικού παιδιού να αντιπαρέρχεται τις αγωνίες του και να μαθαίνει καινούργια πράγματα. Δεν θα πρέπει βέβαια να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι εξαιτίας της γενικότερης αδυναμίας του παιδιού να αποχωρισθεί την μητέρα του η δυσκολία αυτή εμφανίζεται και στην σχέση με τον πατέρα. Ταυτόχρονα όμως η παρουσία του πατέρα δημιουργεί την ευνοϊκή για το παιδί συνθήκη να αντιμετωπίζει την απουσία της μητέρας νιώθοντας ταυτόχρονα αρκετά ασφαλές.

Με άλλα λόγια είναι πιθανό ότι οι εμπειρίες του αυτιστικού παιδιού με κάποιο άλλο πρόσωπο εκτός από τη μητέρα, και πιο συγκεκριμένα με τον πατέρα, συμβάλλουν σημαντικά στην γνωστική του ανάπτυξη. Μη διαφέροντας δηλαδή ουσιαστικά από την μητέρα και κυρίως προσφέροντας στο παιδί την αίσθηση της συνέχειας και της απαραίτητης συναισθηματικής ασφάλειας, ο πατέρας ενισχύει τις αναπτυξιακές δυνατότητες του παιδιού επιτρέποντάς του να ασκήσει έλεγχο στο περιβάλλον του μέσω νέων εμπειριών. Αλλά και όταν ακόμα ο τρόπος συμπεριφοράς του πατέρα είναι διαφορετικός από της μητέρας, αυτό μπορεί να αποβεί σε όφελος του παιδιού. Εάν για παράδειγμα ο πατέρας του αυτιστικού παιδιού έχει την τάση να ασκεί περισσότερο έλεγχο με την φυσική παρουσία του, σε αντιπαράθεση με την λεκτική κυρίως παρέμβαση της μητέρας, μια τέτοιου είδους ιδιαιτερότητα συνηγορεί υπέρ της αναγκαιότητας της εμπλοκής του στην ανατροφή του προβληματικού παιδιού (Μαργαρίτη, 2007).

Οι γονείς θα πρέπει **α)** να αποδεχθούν τα συναισθήματά τους που προέρχονται από την απώλεια ενός «φυσιολογικού» παιδιού και την απόκτηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες καθώς και οτιδήποτε συνεπάγεται την παρουσία αυτού του παιδιού στην καθημερινή του ζωή, **β)** να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες του προβλήματος του παιδιού, τις πιθανές αιτίες καθώς και τις υπάρχουσες δυνατότητες θεραπείας, **γ)** να συντονισθούν με τις συναισθηματικές και φυσικές εκδηλώσεις του παιδιού του, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε αυτές.

16. Σχέσεις με τα αδέλφια

Εξίσου σημαντικές είναι οι σχέσεις μεταξύ των αδελφών, όσο και οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών. Μερικά αδέλφια έχουν καλή προσαρμογή, άλλα όχι. Παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, πώς οι γονείς θα αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση.

Οι διαφορές στην συμπεριφορά των παιδιών συνδέονται ίσως στενά με το πώς μεταχειρίζονται το κάθε παιδί. Εάν είναι υπερπροστατευτικοί προς το παιδί τότε το άλλο παιδί αισθάνεται ότι παραμελείται. Η παραμέληση αυτή πολλές φορές δημιουργεί συναισθηματικό κενό στον αδελφό. Στην αρχή δεν μπορεί να καταλάβει γιατί γίνεται αυτό και αργότερα όταν βλέπει τριγύρω του ότι η οικογένειά του διαφέρει από τους άλλους συμμαθητές του αρχίζει να έχει ποικίλα συναισθήματα. Παρατηρείται μερικές φορές να μην θέλουν να φέρουν τους φίλους τους στο σπίτι, γιατί αισθάνονται ντροπή. Κατηγορούν τον αδελφό τους για την αναστάτωση και την κούραση της οικογένειας, για το ότι δεν έχουν ομαλή κοινωνική ζωή κλπ. (Μαργαρίτη, 2007). Διαφοροποιούνται όμως αυτά τα συναισθήματα και εξαρτώνται και από τη σειρά γέννησης των παιδιών. Αν το παιδί με αναπηρία είναι πρώτο ή δεύτερο και με πόση διαφορά ηλικίας. Συνήθως στην πολυμελή οικογένεια τα αδέλφια μπορούν να ισορροπήσουν τη σχέση τους με το αδελφάκι τους καλύτερα. Όμως και εδώ εξαρτάται από τους γονείς πως θα διατηρήσουν την ισορροπία αυτή, έτσι ώστε να μην «φορτώσουν» στο γερό παιδί τους την ευθύνη φροντίδας βάζοντάς το στη θέση του τρίτου γονιού (Μαργαρίτη, 2007).

Όταν παραμερίζονται οι ανάγκες των υπολοίπων μελών της οικογένειας και ειδικά των αδελφών, δημιουργούνται σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα. Ο αντίκτυπος είναι τόσο στα αδέλφια επειδή νιώθουν παραμελημένα, όσο και στα ανάπηρα άτομα, τα οποία υφίστανται εξαιτίας αυτής της παραμέλησης μια καλυμμένη επιθετικότητα από αυτά.

Τα λάθη γίνονται σε όλες τις οικογένειες, πόσο μάλλον και εδώ, οπότε βλέπουμε σε μερικά αδέλφια να απαγορεύουν οι γονείς να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα και θυμό στο παιδί με τις ειδικές ανάγκες, να μην το αφήνουν να κάνει κάτι που δε μπορεί το άλλο για να μην αισθάνεται μειονεκτικό κ.α. Συμπεριφορές βέβαια που αργότερα οδηγούν στην απόρριψη του αδελφού τους και στην απομάκρυνση από την οικογένεια εν γένει.

Μπορεί να παρατηρηθεί επίσης στα αδέλφια δυσκολία στη σχολική τους απόδοση, επιζητούν και εκείνα την προσοχή μη διαβάζοντας όσο πρέπει, άλλες δεν θέλουν από μόνα τους να είναι καλύτερα για να μην αισθανθεί άσχημα ο αδελφός τους, άλλες γιατί έχοντας αναλάβει μέρος της φροντίδας του δεν προλαβαίνουν. Μπορεί ακόμα να έχουν

επηρεαστεί οι προσδοκίες των αδελφών για το μέλλον αν οι γονείς, του έχουν πει ή το έχουν κάνει να νοιώσει, ότι μετά το θάνατο του θα πρέπει φροντίζει τον/την αδελφό/ή.

Σημαντικό επίσης ρόλο στην συναισθηματική κατάσταση του αδελφού παίζει και ο λόγος για τον οποίο γεννήθηκε, και πόσο έχουν εναποθέσει όλες τις προσδοκίες και τα όνειρα που δεν θα εκπληρωθούν με το άλλο τους παιδί σε αυτό.

Υπάρχει όμως και η άλλη πλευρά όπου πολλές φορές τα αδέλφια συνεννοούνται καλύτερα μεταξύ τους παρά με τους γονείς. Νοιώθουν ότι καταλαβαίνουν καλύτερα τα προβλήματα του άλλου σε σχέση με τους γονείς.

Αυτό που δύσκολα κάνουν οι γονείς είναι να βάζουν κανόνες για όλη την οικογένεια, ακόμα και για το παιδί με αναπηρία. Να αντιμετωπίζουν ίσα όλα τα μέλη το κάθε ένα με τις δυνατότητές του, να μιλούν ανοιχτά για τα προβλήματα και να παίρνουν από κοινού αποφάσεις. Μα παρόμοια προβλήματα δεν συναντάμε και στις οικογένειες που δεν έχουν παιδί με αναπηρία;

Είναι γεγονός όμως ότι τα αδέλφια, αν δεν έχουν δημιουργηθεί άλλα προβλήματα σχέσεων ή συμπεριφορών, ωριμάζουν νωρίτερα. Αυτό συμβαίνει όταν οι γονείς δίνουν λογικές ευθύνες σε αυτά για τη φροντίδα του αδελφού και τα βοηθούν να αναπτύξουν στρατηγικές για να εξηγήσουν την αναπηρία του αδελφού τους στους φίλους τους, κάτι βέβαια που οι ίδιοι πρώτα έχουν καταφέρει να κάνουν.

Η πιο ομαλή συνθήκη και για τις δύο πλευρές είναι η οικογένεια να ζει με το ανάπηρο παιδί ή τον ενήλικα και όχι να ζει για αυτόν (Μαργαρίτη, 2007).

17. Λειτουργικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια

Υπάρχουν αρκετά πρακτικά προβλήματα στην οικογένεια. Αυτά μπορεί να είναι ο χώρος μέσα στο σπίτι πχ διαρρύθμιση τέτοια όπου να μπορεί να κινείται το παιδί με το αμαξίδιο, μεταφορικό μέσο, θεραπευτικός εξοπλισμός, θεραπείες κλπ. Η μητέρα συνήθως λόγω της φροντίδας του παιδιού δεν εργάζεται. Ο πατέρας αναγκάζεται να συμβάλει στις μετακινήσεις και στην καθημερινή φροντίδα του παιδιού με αποτέλεσμα να χάνει ώρες από τη δουλειά του.

Οι θεραπείες και ο εξοπλισμός που χρειάζεται είναι δαπανηρές. Γενικά τα λειτουργικά έξοδα της οικογένειας είναι αυξημένα.

Παρά τις παροχές που δίνονται στην οικογένεια από το κράτος λόγω της αναπηρίας του παιδιού τους, για να μπορέσουν να λύσουν όλα τα πρακτικά προβλήματα που αποφέρει η κινητική δυσκολία χρειάζονται μια καλή οικονομική επιφάνεια.

Το σπίτι είναι και αυτό ένα από τα λειτουργικά τους προβλήματα. Αν δεν είναι προσβάσιμο, θα πρέπει να φροντίσουν γι' αυτό. Δεν μπορούν πια να σηκώνουν στα χέρια, τον έφηβο όπως πριν. Οι έξοδοι μειώνονται -ενώ σε αυτή την ηλικία πρέπει να αρχίσουν να αυξάνονται -και αυτό γιατί η διαδικασία είναι δυσκολότερη αν το ασανσέρ δεν είναι μεγάλο και δεν υπάρχει ράμπα. Γενικά οι δυσκολίες μετακίνησης μέσα και έξω από το σπίτι είναι ένας βασικός παράγοντας απομόνωσης του ατόμου και της οικογένειας. Το γεγονός ότι σήμερα οι μεγάλες πόλεις αρχίζουν να γίνονται προσπελάσιμες είναι μια ανάσα στα πρακτικά τους προβλήματα.

Οι διακοπές επίσης της οικογένειας προσαρμόζονται με βάση την προσβασιμότητα στο χώρο και την μετακίνηση τους.

Ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα είναι οι εγχειρήσεις που κατά καιρούς πρέπει να κάνει το παιδί. Αυτές μπορεί να είναι διορθωτικές κάποιας σοβαρής αγκύλωσης ή ακόμα και θεραπευτικές. Η ελπίδα ότι μπορεί ακόμα και μεγάλος να περπατήσει δεν «σβήνει». Αυτές οι εγχειρήσεις είναι κοστοβόρες και χρονοβόρες. Το παιδί απουσιάζει για μεγάλο χρονικό διάστημα από το σχολείο και κάνει μαθήματα στο σπίτι. Ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της επέμβασης που μπορεί να είναι θετικό, μπορεί και όχι, επιβαρύνεται η μάθησή του παιδιού, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, αλλά και η συναισθητική (Μαργαρίτη, 2007).

18. Σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον

«Με ενοχλούσε που τον έβλεπαν επίμονα χωρίς τουλάχιστον να με ρωτήσουν κάτι ώστε να μπορέσω να τους μιλήσω, να τους εξηγήσω ότι και αυτά τα παιδιά χαίρονται όταν τα χαϊδεύεις και σ' αυτά τα παιδιά αρέσει να τους χαμογελάς, χωρίς να τα βλέπεις επίμονα και βουβά», «δεν θέλω να σας κρίνω σε τι δύσκολη θέση βρίσκονται. Δεν άπλωσα το χέρι μου να κρατήσω το παιδί μου, να το πάρω στην αγκαλιά μου, η επιθυμία που είχα κρυφά μέσα μου ήταν να κρυφτώ, να εξαφανιστώ, αν είναι δυνατόν» (Τσοκοπούλου, 1993).

Κάπως έτσι νοιώθουν οι γονείς όταν κυκλοφορούν με το παιδί τους. Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια η στάση της κοινωνίας έχει αλλάξει αρκετά προς την αναπηρία, δεν

είναι λίγοι αυτοί που στη θέα της, κυρίως της σωματικής, σταματούν το βλέμμα τους λίγο παραπάνω. Αυτό αποτρέπει τους γονείς να κυκλοφορούν πολύ συχνά, να πηγαίνουν σε μέρη με πολύ κόσμο, να εκθέτουν τον εαυτό τους και το παιδί τους σε δύσκολες καταστάσεις.

Στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια αλλάζει σιγά-σιγά η άποψη που έχουν οι άνθρωποι για την αναπηρία και αυτό διότι όλο και περισσότερα άτομα με καρότσι κυκλοφορούν στο δρόμο –κάποιοι χώροι έχουν γίνει προσβάσιμοι- εντάσσονται χώροι εργασίας, αθλητισμού κλπ. Οι Παραολυμπιακοί αγώνες στο Λονδίνο το 2012 για μια ακόμη φορά έδειξαν μια άλλη εικόνα αυτών των ανθρώπων που σε κανονικές συνθήκες δεν θα μπορούσε ο καθένας να γνωρίσει. Έτσι η ματιά γεμάτη περιέργεια, λύπη, οίκτο, αποστροφή κάποιες φορές, σιγά σιγά μειώνεται. Είναι γεγονός πως όσο πιο πολλές φορές δει κανείς μια εικόνα μετά σχεδόν δεν τη προσέχει, γιατί τη συνηθίζει.

Οι γονείς όμως μέχρι αυτό να συμβεί, έχουν βιώσει την απόρριψη από τα βλέμματα των περαστικών, από τα βλέμματα των γειτόνων.

Η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό και από την ίδια την οικογένεια. Όταν σε μια γειτονιά, οι γείτονες δεν γνωρίζουν το πρόβλημα, γιατί δεν έχουν συναντήσει το παιδί παρά ελάχιστες φορές έξω και η μητέρα δεν έχει μιλήσει γι' αυτό, ακόμα και όταν συναντά τους ίδιους ανθρώπους κάθε μέρα, τότε είναι αναπόφευκτη η απόμακρη στάση αυτών.

Ο αποκλεισμός του παιδιού από τις κοινωνικές εκδηλώσεις, στους καθημερινούς χώρους και ο περιορισμός των συναναστροφών του σε πλαίσια όπου μόνον ομοιοπαθείς υπάρχουν αποτελεί ένα είδος «καταδίκης». Μπορεί όσο το παιδί είναι ακόμα μικρό να μην φαίνεται η σοβαρότητα αυτής της κατάστασης, αργότερα όμως δημιουργεί σοβαρά προβλήματα κυρίως στο νέο άτομο με αναπηρία, γιατί δεν έχει εκπαιδευτεί να διεκδικεί με τους κανόνες όλων τη θέση που πραγματικά του ανήκει στο κοινωνικό σύνολο. Το συναίσθημα της απόρριψης μπορεί να το νοιώθει η οικογένεια και το άτομο καθόλη τη διάρκεια του κοινωνικού τους βίου. Η έντασή του όμως μειώνεται με τα χρόνια όταν βρίσκονται μέσα στην κοινωνική ομάδα και προσπαθούν να αλλάξουν τις στάσεις. Στην αντίθετη περίπτωση αυξάνεται.

Σε αυτή τη αλλαγή των στάσεων παίζει σημαντικό ρόλο η εφευρετικότητα των γονέων και οι χειρισμοί τους. Μια μητέρα έφτιαχνε γλυκά για τα παιδιά της γειτονιάς, η αυλή της γέμιζε παιδιά και το δικό παιδί της απέκτησε ένα σωρό φίλους.

Έτσι επηρεάζονται από τους κοινωνικούς κανόνες και θεωρούν ότι πρέπει να τους ακολουθούν κατά γράμμα χωρίς παραλλαγή ή προσαρμογή στα μέτρα τους, για να είναι κοινωνικά αποδεκτοί αυτοί και το παιδί τους με αποτέλεσμα να τονίζουν περισσότερο την αναπηρία του.

Πολλές φορές οι γονείς έρχονται σε επαφή μόνο με τις ομοιοπαθείς οικογένειες. Στην αρχή αυτό ανακουφίζει και τους δίνει κουράγιο, «δεν είναι μόνο αυτοί υπάρχουν και άλλοι και μάλιστα σε χειρότερη κατάσταση». Αργότερα όμως αραιώνουν τις συναντήσεις τους. Έχουν την αίσθηση της διάκρισης, «εμείς τελικά μόνο με ομοίους μας μπορούμε να κάνουμε παρέα;». Γιατί δυστυχώς η ενσωμάτωση δεν αναφέρεται μόνο στα άτομα, αλλά και στις οικογένειές τους.

Η παραπάνω εικόνα αλλάζει όμως, όταν δημιουργούνται υποδομές στην κοινότητα που ζουν, όπως κέντρα δημιουργικής απασχόλησης, χώροι φύλαξης παιδιών με αναπηρίες, κοινές δραστηριότητες των σχολείων ειδικής και γενικής αγωγής, αθλητικά κέντρα, κέντρα ψυχαγωγίας προσβάσιμα κλπ. Έτσι η επαφή με το κοινωνικό περιβάλλον γίνεται πιο εύκολα, η συχνή συνεύρεση και επικοινωνία δημιουργεί σχέσεις μέσα από τις οποίες θα δημιουργηθούν αλληλεπιδράσεις και σιγά σιγά αλλαγή των στάσεων και προκαταλήψεων.

Θεωρείται ότι οι κοινωνικές σχέσεις σήμερα των ανθρώπων γενικά, βρίσκονται σε κρίση. Οι περισσότεροι κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα τείνουν στην κοινωνική απομόνωση κυρίως εξαιτίας του τρόπου ζωής και της νέας τεχνολογίας. Στην περίπτωση όμως των ατόμων με κινητικές αναπηρίες αυτό λειτουργεί αντίστροφα. Οι δυνατότητες που δίνει η τεχνολογία μπορεί έναν 15χρονο νέο να τον καθηλώνει σπίτι για να «σερφάρει» στο διαδίκτυο, όμως έναν άλλο με αναπηρία τον βγάζει από την μοναξιά του, του δίνει ευκαιρίες για επικοινωνία, του δίνει δυνατότητες να γνωρίσει και να κάνει πράγματα που σε άλλη περίπτωση θα ήταν ανέφικτο (Μαργαρίτη, 2007).

19. Αντίστοιχες έρευνες.

Οι έρευνες δεν εστιάζουν σε συναισθήματα οικογενειακής ευτυχίας ή ευημερίας. Η αίσθηση της παθολογικότητας εμποδίζει την αξιολόγηση πιο ποιοτικών χαρακτηριστικών. Ο όρος «υγιής» οικογένεια αφορά στην ικανότητα της οικογένειας να λειτουργεί και να προσαρμόζεται κατάλληλα ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των ελών. Η υγιής οικογένεια είναι μια έννοια που βρίσκεται σε διαρκή εξέλιξη και ο ορισμός της στοχεύει στο να προσδιορίσει την παρούσα κατάσταση της οικογένειας και τυχόν διαβλεπόμενες τάσεις για

το μέλλον (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001). Πιθανά μια νέα ερευνητική δουλειά να αφορά τη σχέση της ευτυχίας μέσα στην οικογένεια σε μακροπρόθεσμο πλάνο.

Γενικά, οι μέχρι τώρα έρευνες ψάχνουν να βρουν «παθολογικά» στοιχεία στη συμπεριφορά των μητέρων ή γονιών που έχουν παιδί με νοητική στέρηση. Ανέκδοτες όμως αναφορές από τους γονείς έδειξαν ότι υπήρχαν και θετικές αντιδράσεις της οικογένειας, όταν γεννιόταν ένα παιδί με νοητική στέρηση. Έτσι, οι ερευνητές μπήκαν στο δίλημμα να μελετήσουν την ψυχολογική προσαρμογή των γονιών και όχι αποκλειστικά τη δυσλειτουργία που μέχρι τότε μελετούσαν (Αλευριάδου, 2005).

Οι Arey και Warheit (1980) έκαναν μία έρευνα για μητέρες με παιδί- άτομο με ειδικές ανάγκες και με μητέρες που δεν έχουν παιδί με ειδικές ανάγκες. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι οι μητέρες που είχαν παιδί με ειδικές ανάγκες παρουσίαζαν κατάθλιψη, άγχος και ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Αντίθετα οι μητέρες που δεν έχουν παιδί με ειδικές ανάγκες παρουσίαζαν σε κάποιες περιπτώσεις τα ίδια προβλήματα (κατάθλιψη, άγχος) αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις μητέρες που είχαν παιδί-άτομο με ειδικές ανάγκες.

Στην ίδια έρευνα επισημαίνεται ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους γονείς που έχουν ένα παιδί με ειδικές ανάγκες (αγόρι ή κορίτσι), το οποίο βρίσκεται στην εφηβεία. Επίσης ότι όσο περνούν τα χρόνια ανησυχούν όλο και πιο πολύ για την μελλοντική τύχη του παιδιού τους και το πώς θα μπορέσει να επιβιώσει μόνο του, όταν οι ίδιοι δεν θα ζουν πια. Το άγχος τους γίνεται όλο και μεγαλύτερο και οι ανησυχίες τους πολλαπλασιάζονται.

Η έρευνα του Berk (1985) έδειξε ότι οι μητέρες ζουν διαφορετικά την επιβάρυνση μεγαλώνοντας ένα παιδί με νοητικό πρόβλημα. Η έρευνα έδειξε ότι η επιβάρυνση εξαρτάται από τις ευθύνες που έχει η μητέρα ή ο πατέρας στο νοικοκυριό.

Επίσης η έρευνα του Holroyd (1974) έδειξε ότι οι ανύπαντρες μητέρες έχουν υψηλότερους δείκτες στρες απ'ότι οι παντρεμένες μητέρες.

Η έρευνα του Georgene G.Eakes (1995), με δείγμα 4 ζευγάρια και δύο μητέρες έδειξε ότι 8/10 γονείς παρουσίαζαν κατάθλιψη. Οι δύο γονείς που δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ήταν ένα Αφρικανο-Αμερικάνικο ζευγάρι. Οι γονείς περιέγραψαν ότι ένιωθαν τα εξής συναισθήματα: δυσπιστία, θυμό, σοκ, θλίψη, σύγχυση, απογοήτευση, απόγνωση-απελπισία, μελαγχολία. 5/8 γονείς που εμφάνισαν κατάθλιψη έκαναν συνολικά 27 αναφορές σε συναισθήματα θυμού και σύγχυσης. 2/10 γονείς ένιωθαν με την ίδια ένταση τα συναισθήματα τους, από την αρχική διαπίστωση της ανάπηρίας μέχρι την μετέπειτα ανατροφή του παιδιού. 5/10 γονείς ανέφεραν ότι το συναίσθημα του θυμού που ένιωθαν ήταν αρχικά περισσότερο απ'ότι μετέπειτα καθώς μεγάλωνε το παιδί. Τα αποτελέσματα

αυτής της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα που έκαναν οι Miller (1990) και Atkinson (1994).

Σύμφωνα με την έρευνα που έκανε το τμήμα της κλινικής Ψυχολογίας του Εθνικού Αυστραλιανού Πανεπιστημίου το 2003, οι γονείς που έχουν παιδί με πρόβλημα νοητικής καθυστέρησης θρηνούν για το «χαμό» του παιδιού τους. Το πρώτο μέρος της έρευνας περιελάμβανε 22 γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες, και το αποτέλεσμα ήταν ότι η πλειοψηφία των γονέων ένιωθε απομονωμένο, χωρίς στήριξη από κάπου, συναισθήματα θυμού, απογοήτευση, ενοχή για το «κακό» που συνέβη στο παιδί τους. Το δεύτερο μέρος της έρευνας περιελάμβανε 71 γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες, οι οποίοι ρωτήθηκαν για τις σχέσεις τους με το παιδί τους. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: το 39,4% ξεσπούσε συχνά σε κλάματα, όταν σκεφτόταν ότι το παιδί του έχει μία σοβαρή αναπηρία. Το 64,8% δεν μπορούσε να δεχτεί ότι το παιδί του έπασχε από σοβαρή ψυχική αναπηρία. Το 56,3% ένιωθε αδικία που το παιδί του ήταν «άρρωστο». Το 32,4% είχε κατάθλιψη και το 33% άγχος. Το ποσοστό των γονέων που είχαν άγχος, η σχέση τους με το παιδί δεν ήταν πολύ θετική και απουσίαζε η στενότητα και η εμπιστοσύνη.

Στην έρευνα που έγινε από Chaya Schwartz (2003) με δείγμα 167 γονείς παιδιών με νοητική καθυστέρηση και είχε σκοπό την μελέτη της επιβάρυνσης αντικειμενικής και υποκειμενικής των γονέων που φροντίζουν οι ίδιοι το παιδί τους. Το δείγμα περιέγραψε ότι ένιωθε ένταση, θυμό, στρες, ανησυχία, θλίψη, συναισθήματα ενοχής και ντροπής. Επίσης και των δύο ειδών επιβάρυνση εκφράστηκε πολύ έντονα από το δείγμα.

Στην έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο Graylingwell από τους Jacqueline Grad και Peter Sainsbury, το 1963 προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα σχετικά με την επιβάρυνση των οικογενειών από την παρουσία ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες μέσα στην οικογένεια.: τα 2/3 των οικογενειών υποφέρουν λόγω της αρρώστιας του ατόμου με ειδικές ανάγκες, το 61% από τις 410 οικογένειες υποφέρει για περίπου δύο χρόνια, το 50% παρουσιάζει αυξημένη ανησυχία εξαιτίας της έννοιας τους για το άτομο με ειδικές ανάγκες, 1/5 από αυτούς παρουσίασε συμπτώματα νεύρωσης (κατάθλιψη, πονοκεφάλους κ.τ.λ.) λόγω της συμπεριφοράς του παιδιού τους, το 1/3 περιόρισε τις διακοπές του, το 1/3 διαταράχθηκε η οικογενειακή του ισορροπία, το 1/4 μειώθηκε το εισόδημα τους τουλάχιστον κατά 10%, και το 1/3 διαταράχθηκαν και τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας.

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Στην υπόθεση της έρευνας αλλά και στις επιμέρους συσχετίσεις, τις οποίες διατυπώνουμε, αναμένουμε να διαπιστώσουμε τις Ψυχολογικές αλλοιώσεις στη δομή μιας οικογένειας με παιδί με ειδικές ανάγκες που φοιτά σε ειδικό σχολείο.

Ο Βασικός σκοπός στην έρευνα μας είναι να διαπιστώσουμε, εάν εμφανίζουν οι γονείς των παιδιών που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, παθολογικές διαταραχές, δηλαδή κατάθλιψη, στρες, ψυχαναγκασμούς και ενοχές, στο γενικότερο πλαίσιο των Ψυχολογικών Χαρακτηριστικών τους.

2. Μεθοδολογία και Υλικό της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι γονείς των μαθητών των Ειδικών Σχολείων του Νομού Πιερίας. Ο συνολικός αριθμός των γονέων που επιλέγησαν είναι 100 . Η επιλογή των γονέων έγινε βάσει του αριθμού των εγγεγραμμένων μαθητών. Οι γονείς ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, και προέρχονται από διάφορες κοινωνικές τάξεις και η μόρφωσή τους ποικίλει.

Αρχικά ενημερώσαμε τους διευθυντές των αντίστοιχων σχολείων και τους εξηγήσαμε τι ακριβώς πρόκειται να κάνουμε. Μετά τη σχετική άδεια από το σχολείο, μιλήσαμε με τους γονείς των παιδιών. Αυτό το πετύχαμε με τη συνδρομή της Ψυχολόγου κάθε ειδικού σχολείου. Έτσι είχαμε τη δυνατότητα να τους εξηγήσουμε τι ακριβώς επιδιώκουμε να κάνουμε και ότι θα ήταν απαραίτητη η δική τους συμμετοχή. Η όλη διαδικασία δε θα διατάρασσε με κανένα τρόπο την εύρυθμη λειτουργία των Σχολικών μονάδων, καθώς οι μαθητές δεν θα απασχολούνταν με οιονδήποτε τρόπο.

Με αυτή τη διαδικασία επιδιώξαμε να συγκεντρώσουμε 100 ερωτηματολόγια από τα ειδικά σχολεία του Νομού Πιερίας:

- 1.Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Κατερίνης**
- 2.ΕΕΕΕΚ Κατερίνης (Ειδικό Επαγγελματικό Εργαστήριο Εκπαίδευσης & Κατάρτισης)**
- 3.ΤΕΕ Εδικής Αγωγής Κατερίνης, Α΄Βαθμίδα (Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο)**
- 4.ΤΕΕ Εδικής Αγωγής Κατερίνης, Β΄Βαθμίδα**

3. Ερευνητικά εργαλεία

Στην έρευνά μας χρησιμοποιήσαμε εκτός από το έντυπο με τα δημογραφικά στοιχεία έξι ερωτηματολόγια. Αυτά τα ερωτηματολόγια είναι βασισμένα στο Symptom Check-List (SCL-90-R) και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία διαλογής για την αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα επιλέξαμε ερωτηματολόγια που απευθύνονταν στις διαταραχές, τις οποίες θελήσαμε να εξετάσουμε, δηλ. κατάθλιψη, στρες, δυσθυμία, ενοχή, ντροπή, ψυχαναγκασμούς, αγχος, αμηχανία, αποδοκιμασία. Τα κριτήρια της έρευνας που επιλέξαμε ήταν ποσοτικά και η ανάλυση των δεδομένων θα ήταν δυνατή με αυτά τα κριτήρια.

3.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το πρώτο Ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα Δημογραφικά Στοιχεία των γονιών, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τον τόπο κατοικίας, τον αριθμό των παιδιών αλλά και στοιχεία που αφορούν το παιδί, όπως το φύλο, την ηλικία του, πιθανό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει και τέλος κάποια ψυχοβιολογικά στοιχεία. Σε αυτό το μέρος έχουμε κάποιες πληροφορίες σχετικά με τους γονείς αλλά και το παιδί, στοιχεία που θα μας φανούν χρήσιμα στην ανάλυση των δεδομένων αλλά και στην καλύτερη ερμηνεία των υποθέσεων εργασίας.

3.2 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόσκει από την Κ. Μάτσα.

3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS περιλαμβάνει 18 προτάσεις οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει

χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS), (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις- για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ). Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977),

αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.).

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

3.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες. Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al.,

1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

3.7 Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)

Η Κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Α. Λιάκο και Σ. Γιαννίτση και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες: η πρώτη (State Anxiety) αναφέρεται στο παροδικό άγχος, δηλαδή στο άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει και η οποία γίνεται αντιληπτή από τις υποκειμενικές εκδηλώσεις ψυχικής έντασης και τις αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety) αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο ως μόνιμη κατάσταση ή στην "ετοιμότητα" του ατόμου να εκδηλώνει άγχος, όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις, και το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας).

Όπως αναφέρθηκε υπάρχουν δύο υποκλίμακες: η A-State (θέματα 1-20) και η A-Trait (θέματα 21-40). Οι συμμετέχοντες απαντούν στα θέματα βάσει μιας Κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 1 έως το 4). Οι ερωτήσεις 1,2,5,8,10,11,15,16,20,21,26,27,33,36 και 39 βαθμολογούνται αντίστροφα (4=1), (3=2), (2=3), (1=4). Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το εύρος των τιμών της κάθε υποκλίμακας είναι από 20 έως 80. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα στον Ελληνικό πληθυσμό είναι 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

4. Στατιστική επεξεργασία

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής έγινε με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk. Η δοκιμασία Mann – Whitney-U test (για δύο δείγματα) και Kruskal-Wallis (για πολλά ανεξάρτητα δείγματα) εφαρμόστηκε στις ποσοτικές μεταβλητές, λόγω μη κανονικής κατανομής τους. Η δοκιμασία Dunn χρησιμοποιήθηκε για την post-hoc ανάλυση. Η διάμεσος τιμή δ και το IQR (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή των αποτελεσμάτων. Για τον έλεγχο των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Spearman. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p= 0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

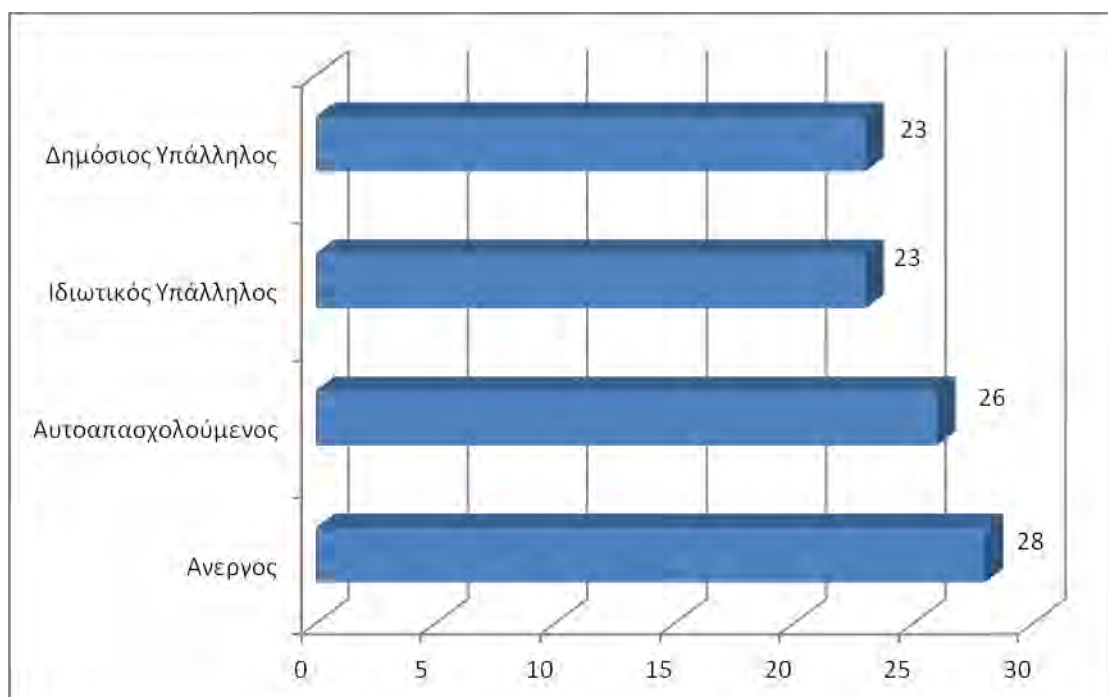
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφική στατιστική

Στην έρευνα συμμετείχαν γονείς 31-58 ετών, 38 άνδρες και 62 γυναίκες πατέρες και μητέρες 67 αγοριών και 33 κοριτσιών. Ογδόντα τέσσερις γονείς ανέφεραν ότι έπασχαν από κάποια σωματική νόσο, ενώ 40 γονείς ανέφεραν ότι είχαν επισκεφτεί ψυχολόγο / ψυχίατρο. Εβδομήντα επτά άτομα ήταν έγγαμοι και 33 άτομα δήλωσαν άγαμοι, διαζευγμένοι , σε διάσταση ή χηρεία.

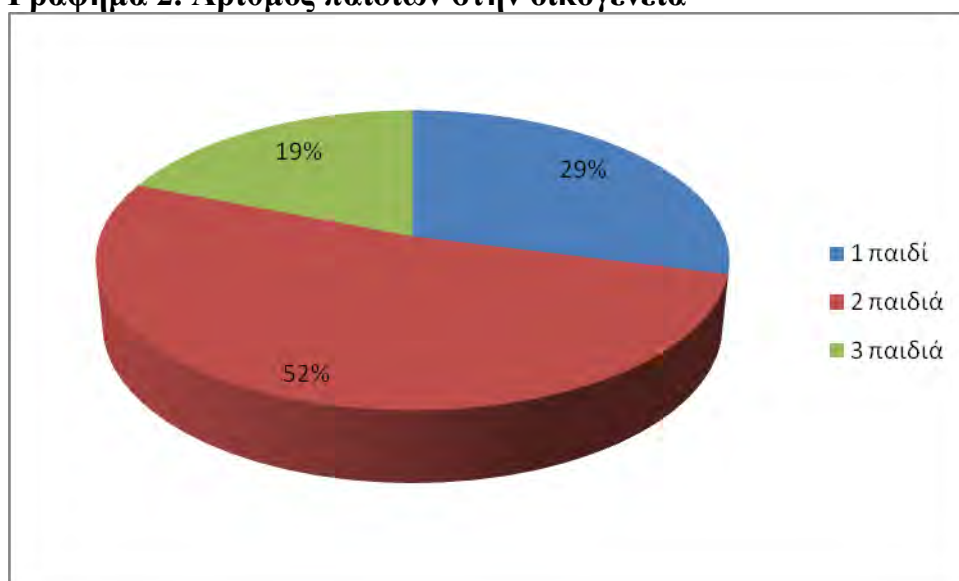
Αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, 28 γονείς ήταν άνεργοι-γράφημα 1. Υπάλληλοι (δημόσιοι-ιδιωτικοί) ήταν 46 άτομα και αυτοαπασχολούμενοι 26 άτομα.

Γράφημα 1.Επαγγελματική κατάσταση γονέων



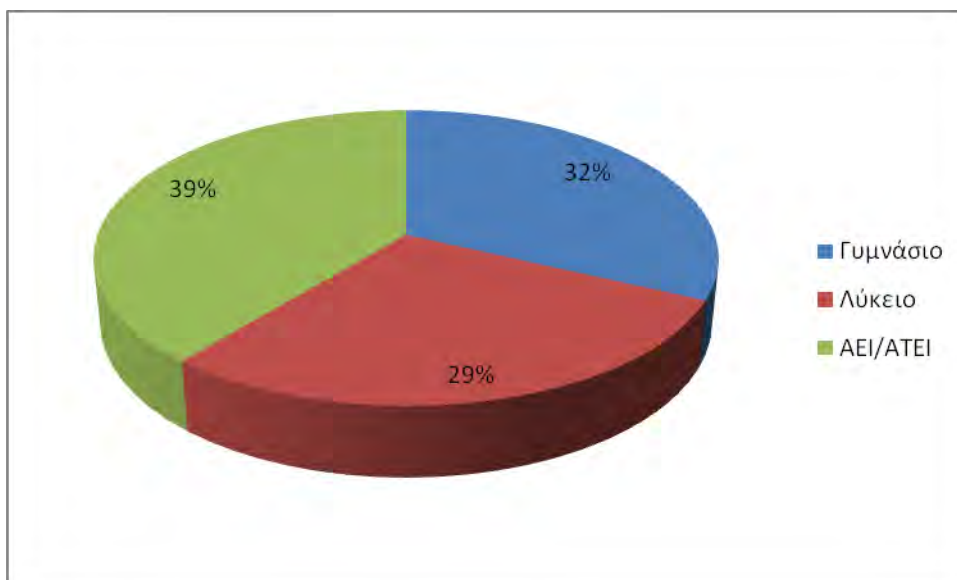
Οι περισσότεροι γονείς (52%) είχαν δύο παιδιά, ενώ το 19% είχε τρία παιδιά (γράφημα 2).

Γράφημα 2. Αριθμός παιδιών στην οικογένεια



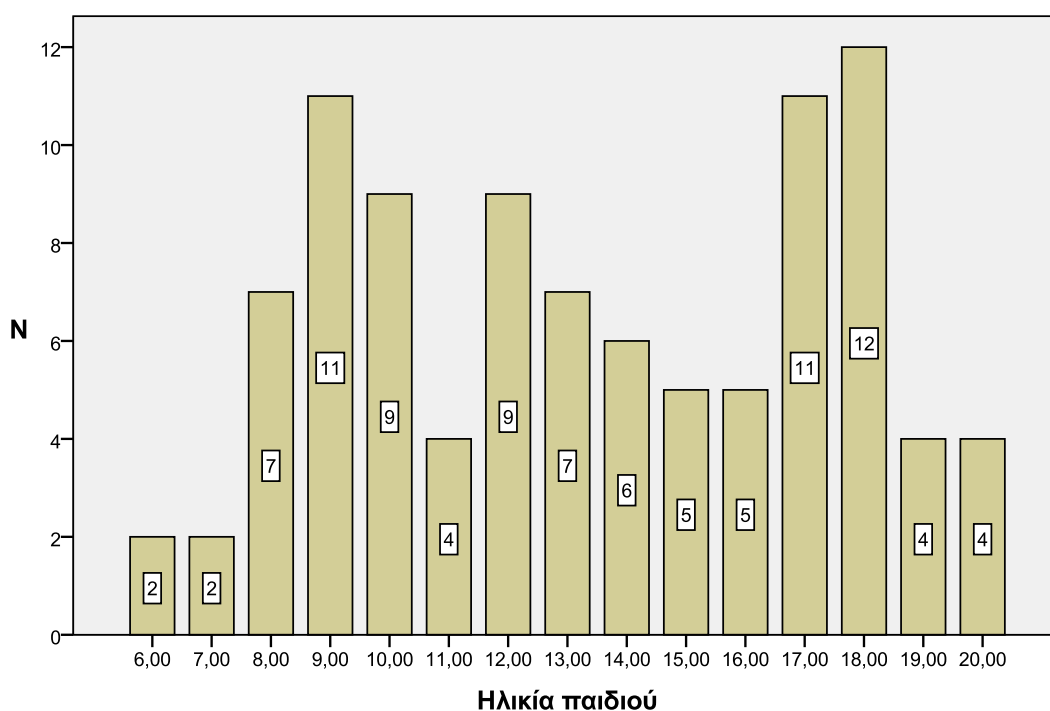
Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ ήταν το 39%, Λυκείου 29 % και Γυμνασίου 32%-γράφημα 3.

Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων



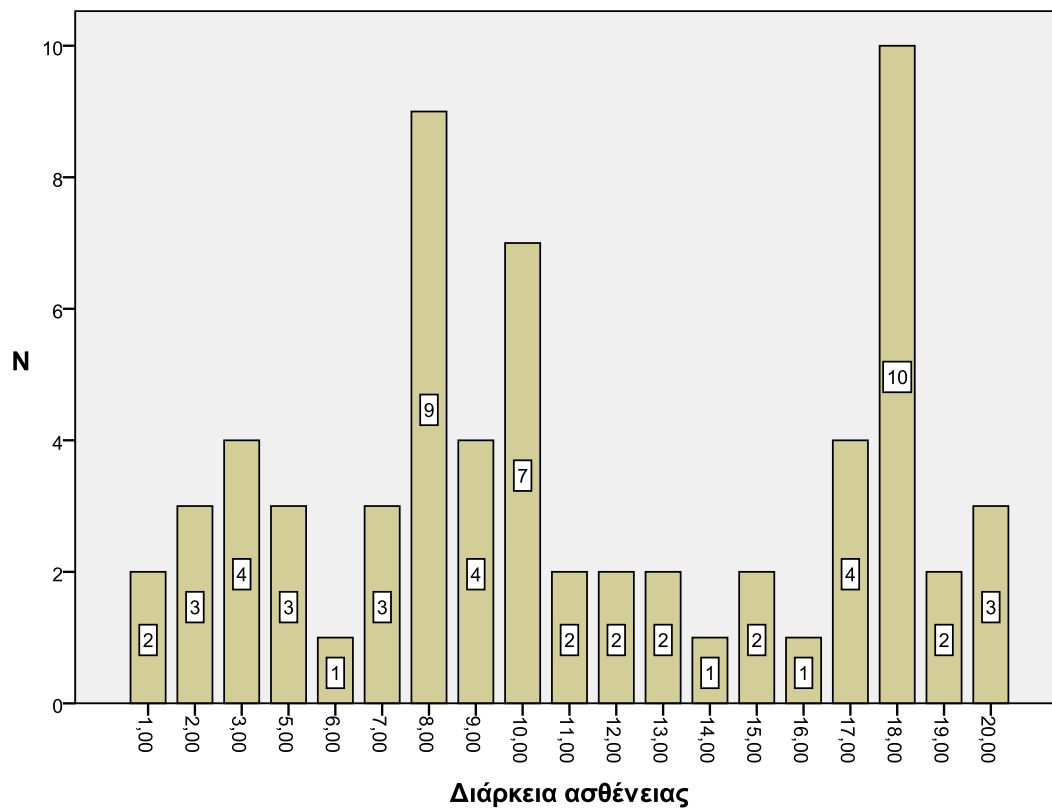
Η κατανομή της ηλικίας των παιδιών φαίνεται στο παρακάτω γράφημα (γράφημα 4). Κυμαινόταν από 6- 20 έτη.

Γράφημα 4. Η ηλικία των παιδιών του δείγματος



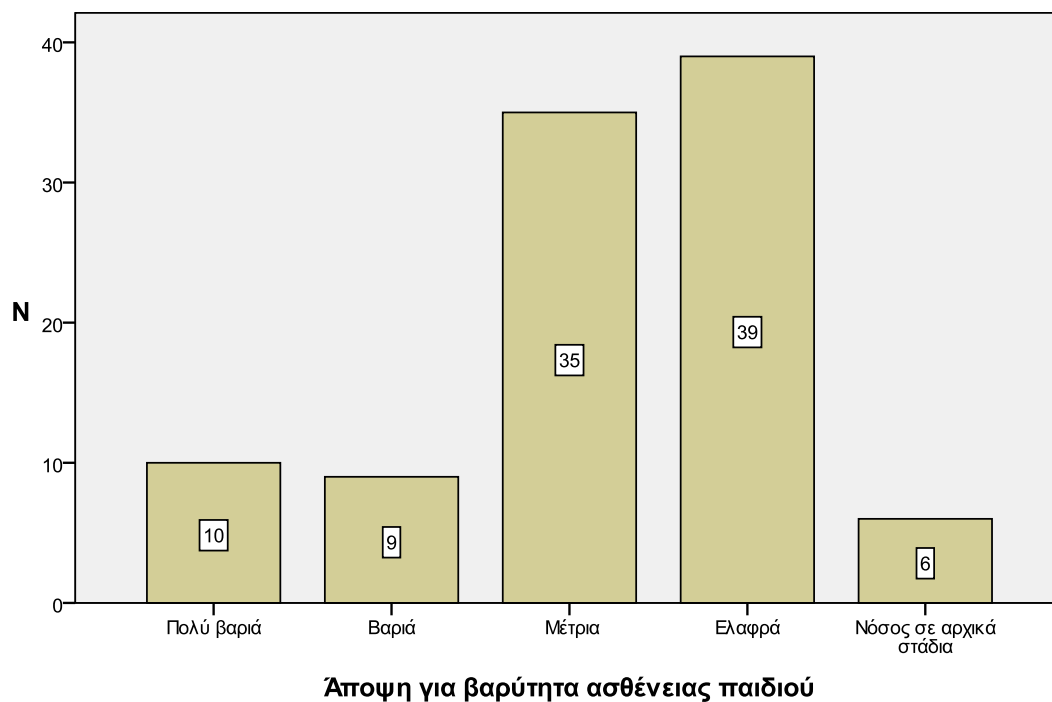
Η διάρκεια της ασθένειας κυμαινόταν από 1- 20έτη, όπως φαίνεται στο γράφημα 8.

Γράφημα 8. Διάρκεια ασθένειας.



Πολύ βαριά θεωρούσαν τη νόσο του παιδιού τους 10 γονείς (γράφημα 9).

Γράφημα 9. Βαρύτητα νόσου



Άποψη για βαρύτητα ασθένειας παιδιού

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το επίπεδο του άγχους, όπως αυτό προσδιορίζεται στην κλίμακα STAI για το σύνολο του δείγματος. Η διάμεσος τιμή για το παροδικό άγχος ήταν 51,00 και του μόνιμου άγχους 48,50.

Πίνακας 1. Το άγχος στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ θέση	75 ^η εκ. θέση
Παροδικό άγχος	100	51,00	40,25	58
Μόνιμο άγχος	100	48,50	41,00	54

Στους πίνακες 2 & 3 φαίνεται η διάμεσος τιμή της εξωτερικής (15,50) και της εσωτερικής ντροπής (46,00) και των υποκλιμάκων τους.

Πίνακας 2. Η εξωτερική ντροπή στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ θέση	75 ^η εκ. θέση
Αίσθημα κατωτερότητας	100	6	3	11
Αίσθημα κενού	100	4	1	6
Αντίληψη λαθών	100	6	3	10
Εξωτερική ντροπή (σύνολο)	100	15,50	9	25,75

Πίνακας 3. Η εσωτερική ντροπή στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ θέση	75 ^η εκ. θέση
Χαρακτηρολογική ντροπή	100	21	16	25
Συμπεριφορική ντροπή	100	17	14	22
Σωματική ντροπή	100	9	6,25	10
Εσωτερική ντροπή	100	46	38	56

Η σωματοποίηση και ο παρανοειδής ιδεασμός είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα SCL-90 για το σύνολο του δείγματος (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Οι τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ θέση	75 ^η εκ. θέση
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	100	52,50	39	68,75
Συνολικό άθροισμα	100	71,50	45,25	107,50
Γενικός δείκτης	100	0,79	0,50	1,19

συμπτωμάτων				
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	100	1,38	1,19	1,63
Σωματοποίηση	100	0,91	0,50	1,25
Ψυχαναγκασμός	100	0,68	0,39	1,00
Διαπροσωπική ευαισθησία	100	0,78	0,33	1,31
Κατάθλιψη	100	0,80	0,46	1,30
Άγχος	100	0,60	0,30	1,20
Επιθετικότητα	100	0,66	0,33	1,17
Φοβικό άγχος	100	0,29	0,33	1,16
Παρανοειδής ιδεασμός	100	1,00	0,67	1,67
Ψυχωτισμός	100	0,55	0,20	0,90
Άλλα		8	5	10

Η συνοχή , η ενεργός ψυχαγωγία και ο έλεγχος ήταν οι υποκλίμακες με την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα οικογενειακής συνοχής (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Οι τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας FES στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ. θέση	75 ^η εκ. θέση
Συνοχή	100	7	6	8
Σύγκρουση	100	4	2	5
Εκφραστικότητα	100	5	4	6
Ανεξαρτησία	100	5	3	6
Επιτεύγματα	100	6	5,25	7
Πολιτισμός και διανοήση	100	5	3	7
Ενεργός ψυχαγωγία	100	8	5,25	9
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	100	5	4	7
Οργάνωση	100	6	5	7
Έλεγχος	100	7	6	8

Η τιμή στο σύνολο της ενδοστρέφειας ήταν 8 (5-10) και στην εξωστρέφεια ήταν 13,5 (8-17), πίνακας 6.

Πίνακας 6. Οι τιμές των υποκλιμάκων HDHQ στο σύνολο του δείγματος

	N	Διάμεσος τιμή	25 ^η εκ. θέση	75 ^η εκ. θέση
Παρορμητική επιθετικότητα	100	5	3	6
Επίκριση των άλλων	100	6	4	8
Παρανοειδής επιθετικότητα	100	2	1	4
Παραληρηματική ενοχή	100	2	1,25	4
Αυτοεπίκριση	100	5	4	7
Εξωστρέφεια	100	13,50	8	17
Ενδοστρέφεια	100	8	5	10
Ολική επιθετικότητα	100	21	15	27,75

5.2 Επαγωγική στατιστική

Αναφορικά με το φύλο των γονέων διαπιστώθηκαν οι παρακάτω στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανά ψυχομετρική κλίμακα (πίνακες 7-12):

HDHQ

Ενοχή : $z=-1,929$, $p=0,054$, με $\delta=2(1-4)$ στους άνδρες έναντι $2(2-4)$ στις γυναίκες

Αυτοκριτική : $z=-1,908$, $p=0,056$, με $\delta=4(4-6)$ στους άνδρες έναντι $5(4-7)$ στις γυναίκες

Σύνολο ενδοστρέφειας: $z=-1,912$, $p=0,056$, με $\delta=6(5-9)$ στους άνδρες έναντι $8(6-11)$ στις γυναίκες

SCL-90

Σωματοποίηση: $z=-3,376$, $p=0,001$, με $\delta=8(4,75-12,25)$ στους άνδρες έναντι $13(8-17)$ στις γυναίκες

Ψυχαναγκασμός: $z=-2,241$, $p=0,025$, με $\delta=8,5(6-12,25)$ στους άνδρες έναντι $13(7-8)$ στις γυναίκες

Διαπροσωπική ευαισθησία $z=-3,493$, $p<0,001$, με $\delta=4,5(2-8,25)$ στους άνδρες έναντι 9(4,5-15) **στις γυναίκες**

Κατάθλιψη: $z=-3,516$, $p<0,001$, με $\delta=8(4-12,5)$ στους άνδρες έναντι 13(7,5-21) **στις γυναίκες**

Άγχος: $z=-4,293$, $p<0,001$, με $\delta=4(2-6)$ στους άνδρες έναντι 8(4,5-14) **στις γυναίκες**

Επιθετικότητα $z=-2,931$, $p=0,003$, με $\delta=3(1-6)$ στους άνδρες έναντι 6(3-9) **στις γυναίκες**

Φοβικό άγχος: $z=-2,400$, $p=0,016$, με $\delta=1(0-3)$ στους άνδρες έναντι 2(1-5) **στις γυναίκες**

Παρανοειδής ιδεασμός: $z=-1,849$, $p=0,064$, με $\delta=5(3-8,25)$ στους άνδρες έναντι 7(5-10) **στις γυναίκες**

Ψυχωτισμός: $z=-3,849$, $p<0,001$, με $\delta=3(1-6,25)$ στους άνδρες έναντι 7(3,5-10) **στις γυναίκες**

FES: Επιτεύγματα : $z=-1,929$, $p=0,032$, με $\delta=6(5-7)$ στους άνδρες έναντι 6(3-12) **στις γυναίκες**

Συνολική εσωτερική ντροπή : $z=-1,919$, $p=0,055$, με $\delta=13(5-20,5)$ στους άνδρες έναντι 17(10-19) **στις γυναίκες**

Συνολική εξωτερική ντροπή : $z=-1,929$, $p=0,065$, με $\delta=40(35-48)$ στους άνδρες έναντι 50(40,5-59) **στις γυναίκες**

Πίνακας 7. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Παρορμητική επιθετικότητα	38	Άνδρες	48,57	NS
	62	Γυναίκες	50,89	
Επίκριση των άλλων	38	Άνδρες	43,91	NS
	62	Γυναίκες	53,80	
Παρανοειδής επιθετικότητα	38	Άνδρες	49,12	NS
	62	Γυναίκες	50,55	
Παραληρηματική ενοχή	38	Άνδρες	43,11	0,054
	62	Γυναίκες	54,30	
Αυτοεπίκριση	38	Άνδρες	43,11	0,056
	62	Γυναίκες	54,30	
Εξωστρέφεια	38	Άνδρες	47,92	NS
	62	Γυναίκες	51,30	
Ενδοστρέφεια	38	Άνδρες	43,04	0,056

	62	Γυναίκες	54,34	
Ολική	38	Άνδρες	46,57	NS
επιθετικότητα	62	Γυναίκες	52,14	

Πίνακας 8. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	38	Άνδρες	37,87	NS
	62	Γυναίκες	57,56	
Συνολικό άθροισμα	38	Άνδρες	37,17	NS
	62	Γυναίκες	57,99	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	38	Άνδρες	37,17	NS
	62	Γυναίκες	57,99	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	38	Άνδρες	38,78	NS
	62	Γυναίκες	56,99	
Σωματοποίηση	38	Άνδρες	37,67	0,001
	62	Γυναίκες	57,68	
Ψυχαναγκασμός	38	Άνδρες	41,82	<0,025
	62	Γυναίκες	55,10	
Διαπροσωπική ευαισθησία	38	Άνδρες	37,25	0,001
	62	Γυναίκες	57,94	
Κατάθλιψη	38	Άνδρες	37,16	<0,001
	62	Γυναίκες	58,00	
Άγχος	38	Άνδρες	34,34	NS
	62	Γυναίκες	59,75	
Επιθετικότητα	38	Άνδρες	39,33	NS
	62	Γυναίκες	56,65	
Φοβικό άγχος	38	Άνδρες	41,37	NS
	62	Γυναίκες	55,38	
Παρανοειδή ιδεασμό	38	Άνδρες	43,26	NS
	62	Γυναίκες	54,20	
Ψυχωτισμός	38	Άνδρες	35,99	NS
	62	Γυναίκες	58,73	
Άλλα	38	Άνδρες	44,33	NS
	62	Γυναίκες	53,53	

Πίνακας 9. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Συνοχή	38	Άνδρες	53,30	NS
	62	Γυναίκες	47,94	

Σύγκρουση	38	Άνδρες	50,53	NS
	62	Γυναίκες	49,67	
Εκφραστικότητα	38	Άνδρες	53,24	NS
	62	Γυναίκες	47,98	
Ανεξαρτησία	38	Άνδρες	57,72	NS
	62	Γυναίκες	45,19	
Επιτεύγματα	38	Άνδρες	49,57	NS
	62	Γυναίκες	50,27	
Πολιτισμός και διανόηση	38	Άνδρες	51,74	NS
	62	Γυναίκες	48,92	
Ενεργός ψυχαγωγία	38	Άνδρες	47,61	NS
	62	Γυναίκες	51,49	
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	38	Άνδρες	50,91	NS
	62	Γυναίκες	49,43	
Οργάνωση	38	Άνδρες	49,86	NS
	62	Γυναίκες	50,09	
Έλεγχος	38	Άνδρες	48,78	NS
	62	Γυναίκες	50,76	
Fes ολικό	38	Άνδρες	52,21	NS
	62	Γυναίκες	48,62	

Πίνακας 10. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	38	Άνδρες	45,42	0,210
	62	Γυναίκες	52,85	
Μόνιμο άγχος	38	Άνδρες	43,13	0,060
	62	Γυναίκες	54,28	

Πίνακας 11. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Αίσθημα κατωτερότητας	38	Άνδρες	44,64	0,016
	62	Γυναίκες	53,34	
Αίσθημα κενού	38	Άνδρες	41,30	NS
	62	Γυναίκες	55,42	
Αντίληψη λαθών	38	Άνδρες	43,83	0,055
	62	Γυναίκες	53,84	
Εξωτερική ντροπή	38	Άνδρες	42,99	0,030
	62	Γυναίκες	54,37	

Πίνακας 12. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με το φύλο του γονέα

	N	Φύλο γονέα	Mean Rank	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	38	Άνδρες	40,05	0,006
	62	Γυναίκες	56,20	
Συμπεριφορική ντροπή	38	Άνδρες	42,07	0,030
	62	Γυναίκες	54,94	
Σωματική ντροπή	38	Άνδρες	34,00	<0,001
	62	Γυναίκες	59,97	
Εσωτερική ντροπή	38	Άνδρες	37,86	0,001
	62	Γυναίκες	57,57	

Αναφορικά με το αν υπήρξε επίσκεψη σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο διαπιστώθηκαν οι εξής στατιστικά σημαντικές διαφορές (πίνακες 13-18):

FES (σύνολο): $z=-2,397$, $p=0,017$, με $\delta=55,5(49,25-59,75)$ σε όσους επισκέφτηκαν ψυχίατρο έναντι $59(54-65)$ όσων δεν το έπραξαν

Παροδικό άγχος: $z=-2,326$, $p=0,020$, με $\delta=55(46-62,75)$ σε όσους επισκέφτηκαν ψυχίατρο έναντι $50(36-55)$ όσων δεν το έπραξαν

Πίνακας 13. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
Παρορμητική επιθετικότητα	40	Ναι	50,36	NS
	60	Όχι	46,56	
Επίκριση των άλλων	40	Ναι	50,93	NS
	60	Όχι	46,21	
Παρανοειδής επιθετικότητα	40	Ναι	44,54	NS
	60	Όχι	50,11	
Παραληρηματική ενοχή	40	Ναι	47,10	NS
	60	Όχι	48,55	
Αυτοεπίκριση	40	Ναι	48,67	NS
	60	Όχι	47,59	
Εξωστρέφεια	40	Ναι	49,26	NS
	60	Όχι	47,23	

Ενδοστρέφεια	40	Ναι	47,26	NS
	60	Όχι	48,45	
Ολική	40	Ναι	49,47	NS
επιθετικότητα	60	Όχι	47,10	

Πίνακας 14. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	40	Ναι	47,97	NS
	60	Όχι	48,02	
Συνολικό άθροισμα	40	Ναι	49,21	NS
	60	Όχι	47,26	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	40	Ναι	49,21	NS
	60	Όχι	47,26	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	40	Ναι	50,19	NS
	60	Όχι	46,66	
Σωματοποίηση	40	Ναι	48,79	NS
	60	Όχι	47,52	
Ψυχαναγκασμός	40	Ναι	50,11	NS
	60	Όχι	46,71	
Διαπροσωπική ευαισθησία	40	Ναι	45,04	NS
	60	Όχι	49,81	
Κατάθλιψη	40	Ναι	46,65	NS
	60	Όχι	48,82	
Άγχος	40	Ναι	51,78	NS
	60	Όχι	45,69	
Επιθετικότητα	40	Ναι	52,97	NS
	60	Όχι	44,97	
Φοβικό άγχος	40	Ναι	48,58	NS
	60	Όχι	47,64	
Παρανοειδή ιδεασμό	40	Ναι	47,31	NS
	60	Όχι	48,42	
Ψυχωτισμός	40	Ναι	49,10	NS
	60	Όχι	47,33	
Άλλα	40	Ναι	52,68	NS
	60	Όχι	45,14	

Πίνακας 15. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
--	---	--------------------------	--------------	---

Συνοχή	40	Ναι	42,72	NS
	60	Όχι	51,22	
Σύγκρουση	40	Ναι	53,32	NS
	60	Όχι	44,75	
Εκφραστικότητα	40	Ναι	43,60	NS
	60	Όχι	50,69	
Ανεξαρτησία	40	Ναι	40,40	NS
	60	Όχι	52,64	
Επιτεύγματα	40	Ναι	46,47	NS
	60	Όχι	48,93	
Πολιτισμός και διανόηση	40	Ναι	45,00	NS
	60	Όχι	49,83	
Ενεργός ψυχαγωγία	40	Ναι	42,06	NS
	60	Όχι	51,63	
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	40	Ναι	38,97	NS
	60	Όχι	53,51	
Οργάνωση	40	Ναι	49,72	NS
	60	Όχι	46,95	
Έλεγχος	40	Ναι	47,01	NS
	60	Όχι	48,60	
Σε ολικό	40	Ναι	39,33	NS
	60	Όχι	53,29	

Πίνακας 16. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	40	Ναι	56,42	0,002
	60	Όχι	42,86	
Μόνιμο άγχος	40	Ναι	53,42	NS
	60	Όχι	44,69	

Πίνακας 17. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
Αίσθημα κατωτερότητας	40	Ναι	47,97	NS
	60	Όχι	48,02	
Αίσθημα κενού	40	Ναι	49,92	NS
	60	Όχι	46,83	
Αντίληψη λαθών	40	Ναι	52,83	NS

	60	Όχι	45,05	
Εξωτερική ντροπή	40	Ναι	49,88	NS
	60	Όχι	46,86	

Πίνακας 18. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με το αν οι γονείς έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή όχι

	N	Ψυχολόγος ή ψυχίατρος	Mean Rank	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	40	Ναι	47,10	NS
	60	Όχι	48,55	
Συμπεριφορική ντροπή	40	Ναι	50,11	NS
	60	Όχι	46,71	
Σωματική ντροπή	40	Ναι	49,07	NS
	60	Όχι	47,35	
Εσωτερική ντροπή	40	Ναι	48,97	NS
	60	Όχι	47,41	

Φύλο παιδιού : Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μόνο στην υποκλίμακα της σύγκρουσης (μεγαλύτερη βαθμολογία όταν το παιδί ήταν κορίτσι, $p=0,010$) (πίνακες 19-24).

Πίνακας 19. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Παρορμητική επιθετικότητα	68	Αγόρι	50,74	NS
	32	Κορίτσι	48,45	
Επίκριση των άλλων	68	Αγόρι	48,60	NS
	32	Κορίτσι	52,92	
Παρανοειδής επιθετικότητα	68	Αγόρι	51,27	NS
	32	Κορίτσι	47,34	
Παραληρηματική ενοχή	68	Αγόρι	48,40	NS
	32	Κορίτσι	53,34	
Αυτοεπίκριση	68	Αγόρι	49,79	NS
	32	Κορίτσι	50,44	
Εξωστρέφεια	68	Αγόρι	51,01	NS
	32	Κορίτσι	47,89	
Ενδοστρέφεια	68	Αγόρι	49,29	NS
	32	Κορίτσι	51,48	
Ολική επιθετικότητα	68	Αγόρι	50,58	NS
	32	Κορίτσι	48,78	

Πίνακας 20. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90* σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	68	Αγόρι	47,53	NS
	32	Κορίτσι	55,17	
Συνολικό άθροισμα	68	Αγόρι	48,03	NS
	32	Κορίτσι	54,13	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	68	Αγόρι	48,03	NS
	32	Κορίτσι	54,13	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	68	Αγόρι	48,19	NS
	32	Κορίτσι	53,78	
Σωματοποίηση	68	Αγόρι	48,60	NS
	32	Κορίτσι	52,92	
Ψυχαναγκασμός	68	Αγόρι	47,92	NS
	32	Κορίτσι	54,36	
Διαπροσωπική ευαισθησία	68	Αγόρι	47,97	NS
	32	Κορίτσι	54,25	
Κατάθλιψη	68	Αγόρι	48,39	NS
	32	Κορίτσι	53,38	
Άγχος	68	Αγόρι	47,93	NS
	32	Κορίτσι	54,34	
Επιθετικότητα	68	Αγόρι	49,08	NS
	32	Κορίτσι	51,92	
Φοβικό άγχος	68	Αγόρι	47,22	NS
	32	Κορίτσι	55,81	
Παρανοειδή ιδεασμό	68	Αγόρι	48,46	NS
	32	Κορίτσι	53,22	
Ψυχωτισμός	68	Αγόρι	47,73	NS
	32	Κορίτσι	54,75	
Άλλα	68	Αγόρι	49,57	NS
	32	Κορίτσι	50,91	

Πίνακας 21. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Συνοχή	68	Αγόρι	50,29	NS
	32	Κορίτσι	49,39	
Σύγκρουση	68	Αγόρι	43,38	0,010
	32	Κορίτσι	63,86	
Εκφραστικότητα	68	Αγόρι	51,01	NS
	32	Κορίτσι	47,88	
Ανεξαρτησία	68	Αγόρι	51,07	NS
	32	Κορίτσι	47,77	
Επιτεύγματα	68	Αγόρι	47,31	NS

		32	Κορίτσι	55,64	
Πολιτισμός	και	68	Αγόρι	50,52	NS
διανόηση		32	Κορίτσι	48,91	
Ενεργός		68	Αγόρι	50,59	NS
ψυχαγωγία		32	Κορίτσι	48,77	
Ηθική	και	68	Αγόρι	52,11	NS
θρησκευτική		32	Κορίτσι	45,58	
έμφαση					
Οργάνωση		68	Αγόρι	49,91	NS
		32	Κορίτσι	50,19	
Έλεγχος		68	Αγόρι	47,98	NS
		32	Κορίτσι	54,23	
Το ολικό		68	Αγόρι	48,69	
		32	Κορίτσι	52,75	

Πίνακας 22. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	68	Αγόρι	48,96	NS
	32	Κορίτσι	52,19	
Μόνιμο άγχος	68	Αγόρι	49,54	NS
	32	Κορίτσι	50,95	

Πίνακας 23. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Αίσθημα	68	Αγόρι	48,19	NS
κατωτερότητας	32	Κορίτσι	53,80	
Αίσθημα κενού	68	Αγόρι	48,90	NS
	32	Κορίτσι	52,31	
Αντίληψη λαθών	68	Αγόρι	47,46	NS
	32	Κορίτσι	55,33	
Εξωτερική ντροπή	68	Αγόρι	48,13	NS
	32	Κορίτσι	53,92	

Πίνακας 24. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με το φύλο του παιδιού

	N	Φύλο παιδιού	Mean Rank	p
Χαρακτηρολογική	68	Αγόρι	51,41	NS
ντροπή	32	Κορίτσι	47,05	

Συμπεριφορική ντροπή	68	Αγόρι	50,23	NS
	32	Κορίτσι	49,52	
Σωματική ντροπή	68	Αγόρι	48,99	NS
	32	Κορίτσι	52,13	
Εσωτερική ντροπή	68	Αγόρι	50,70	NS
	32	Κορίτσι	48,53	

Οικογενειακή κατάσταση :

Οι κυριότερες διαφορές εντοπίζονται στα εξής (πίνακες 25-30) :

Ψυχαναγκασμός: $z=-2,363$, $p=0,018$, με $\delta=10(6-14)$ στους παντρεμένους έναντι 16(7-19) **στους ανύπαντρους**

Διαπροσωπική ευαισθησία $z=-2,290$, $p<0,022$, με $\delta=6(3-10,5)$ στους παντρεμένους έναντι 10(6-17) **στους ανύπαντρους**

Κατάθλιψη: $z=-2,009$, $p<0,001$, με $\delta=10(6-16)$ στους παντρεμένους έναντι 13(8-22) **στους ανύπαντρους**

Φοβικό άγχος: $z=-2,585$, $p=0,010$, με $\delta=1(0-4)$ στους παντρεμένους έναντι 4(2-7) **στους ανύπαντρους**

Ψυχωτισμός: $z=-2,657$, $p<0,008$, με $\delta=4(2-7)$ στους παντρεμένους έναντι 8(4-11) **στους ανύπαντρους**

Συνολική βαθμολογία επιθετικότητας: $z=-2,657$, $p<0,054$, με $\delta=19(15-27)$ στους παντρεμένους έναντι 24(19-29) **στους ανύπαντρους**

Συνολική εξωτερική ντροπή : $z=-1,852$, $p<0,064$, με $\delta=14(7,5-24)$ στους παντρεμένους έναντι 20(12-31) **στους ανύπαντρους**

Συνολική εσωτερική ντροπή : $z=-2,782$, $p<0,005$, με $\delta=43(36,5-54)$ στους παντρεμένους έναντι 53(44-65) **στους ανύπαντρους**

Παροδικό άγχος: $z=-2,254$, $p<0,024$, με $\delta=49(38-57)$ στους παντρεμένους έναντι 55(49-62) **στους ανύπαντρους**

Μόνιμο άγχος : $z=-3,143$, $p<0,002$, με $\delta=47(38-52,5)$ στους παντρεμένους έναντι 54(47-58) στους ανύπαντρους

Πίνακας 25. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Παρορμητική επιθετικότητα	77	Έγγαμος	48,73	NS
	23	X/Δ/A*	56,41	
Επίκριση των άλλων	77	Έγγαμος	50,23	NS
	23	X/Δ/A	51,41	
Παρανοειδής επιθετικότητα	77	Έγγαμος	47,21	0,035
	23	X/Δ/A	61,50	
Παραληρηματική ενοχή	77	Έγγαμος	48,24	NS
	23	X/Δ/A	58,07	
Αυτοεπίκριση	77	Έγγαμος	48,06	NS
	23	X/Δ/A	58,67	
Εξωστρέφεια	77	Έγγαμος	47,92	NS
	23	X/Δ/A	59,13	
Ενδοστρέφεια	77	Έγγαμος	47,81	NS
	23	X/Δ/A	59,52	
Ολική επιθετικότητα	77	Έγγαμος	47,45	0,06
	23	X/Δ/A	60,70	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Πίνακας 26. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	77	Έγγαμος	47,12	0,037
	23	X/Δ/A*	61,83	
Συνολικό άθροισμα	77	Έγγαμος	47,20	0,037
	23	X/Δ/A	61,54	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	77	Έγγαμος	47,20	0,037
	23	X/Δ/A	61,54	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	77	Έγγαμος	48,10	NS
	23	X/Δ/A	58,54	
Σωματοποίηση	77	Έγγαμος	49,05	0,018
	23	X/Δ/A	55,37	
Ψυχαναγκασμός	77	Έγγαμος	46,76	0,022
	23	X/Δ/A	63,02	
Διαπροσωπική ευαισθησία	77	Έγγαμος	46,88	0,044
	23	X/Δ/A	62,63	
Κατάθλιψη	77	Έγγαμος	47,32	NS

	23	X/Δ/A	61,15	
Άγχος	77	Έγγαμος	48,57	NS
	23	X/Δ/A	56,96	
Επιθετικότητα	77	Έγγαμος	48,67	0,010
	23	X/Δ/A	56,63	
Φοβικό άγχος	77	Έγγαμος	46,47	NS
	23	X/Δ/A	64,00	
Παρανοειδή ιδεασμό	77	Έγγαμος	48,90	NS
	23	X/Δ/A	55,87	
Ψυχωτισμός	77	Έγγαμος	46,31	0,008
	23	X/Δ/A	64,54	
Άλλα	77	Έγγαμος	46,73	0,017
	23	X/Δ/A	63,11	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Πίνακας 27. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Συνοχή	77	Έγγαμος	52,07	NS
	23	X/Δ/A*	45,24	
Σύγκρουση	77	Έγγαμος	49,67	NS
	23	X/Δ/A	53,28	
Εκφραστικότητα	77	Έγγαμος	54,25	0,016
	23	X/Δ/A	37,93	
Ανεξαρτησία	77	Έγγαμος	52,92	NS
	23	X/Δ/A	42,39	
Επιτεύγματα	77	Έγγαμος	52,04	NS
	23	X/Δ/A	45,35	
Πολιτισμός και διανόηση	77	Έγγαμος	51,59	NS
	23	X/Δ/A	46,85	
Ενεργός ψυχαγωγία	77	Έγγαμος	50,64	NS
	23	X/Δ/A	50,04	
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	77	Έγγαμος	50,81	NS
	23	X/Δ/A	49,48	
Οργάνωση	77	Έγγαμος	53,10	NS
	23	X/Δ/A	41,78	
Έλεγχος	77	Έγγαμος	51,16	NS
	23	X/Δ/A	48,28	
Fes ολικό	77	Έγγαμος	53,35	NS
	23	X/Δ/A	40,96	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Πίνακας 28. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	77	Έγγαμος	46,93	0,024
	23	X/Δ/A*	62,46	
Μόνιμο άγχος	77	Έγγαμος	45,52	0,002
	23	X/Δ/A	67,17	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Πίνακας 29. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Αίσθημα κατωτερότητας	77	Έγγαμος	48,56	NS
	23	X/Δ/A*	57,00	
Αίσθημα κενού	77	Έγγαμος	46,90	0,022
	23	X/Δ/A	62,54	
Αντίληψη λαθών	77	Έγγαμος	47,87	NS
	23	X/Δ/A	59,30	
Εξωτερική ντροπή	77	Έγγαμος	47,56	NS
	23	X/Δ/A	60,33	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Πίνακας 30. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	N	Οικογενειακή κατάσταση	Mean Rank	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	77	Έγγαμος	46,47	0,022
	23	X/Δ/A*	64,00	
Συμπεριφορική ντροπή	77	Έγγαμος	46,86	0,022
	23	X/Δ/A	62,67	
Σωματική ντροπή	77	Έγγαμος	45,52	0,002
	23	X/Δ/A	67,17	
Εσωτερική ντροπή	77	Έγγαμος	46,09	0,005
	23	X/Δ/A	65,26	
*Χήρος-Διαζευγμένος-Άγαμος				

Εκπαιδευτικό επίπεδο (πίνακες 31-36)

FES(σύνολο): Chi square (K-W)= 11,040, p=0,004, με $\delta=55,5(48,25-59,75)$ για τους αποφοίτους Γυμνασίου, $\delta=56,0(50-62)$ για τους αποφοίτους Λυκείου και $60(57-67)$ των ΑΕΙ/ΑΤΕΙ.

Πίνακας 31. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean	p
			Rank	
Παρορμητική επιθετικότητα	32	Γυμνάσιο	52,02	NS
	29	Λύκειο	43,50	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	54,46	
Επίκριση άλλων	32	Γυμνάσιο	49,03	NS
	29	Λύκειο	49,07	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,77	
Παρανοειδής επιθετικότητα	32	Γυμνάσιο	49,17	NS
	29	Λύκειο	52,03	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,45	
Παραληρηματική ενοχή	32	Γυμνάσιο	53,83	NS
	29	Λύκειο	54,86	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	44,53	
Αυτοεπίκριση	32	Γυμνάσιο	50,67	NS
	29	Λύκειο	57,72	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	44,99	
Εξωστρέφεια	32	Γυμνάσιο	49,73	NS
	29	Λύκειο	48,16	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,87	
Ενδοστρέφεια	32	Γυμνάσιο	52,77	NS
	29	Λύκειο	56,22	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	44,38	
Ολική επιθετικότητα	32	Γυμνάσιο	51,58	NS
	29	Λύκειο	51,28	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	49,04	

Πίνακας 32. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean	p
			Rank	
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	32	Γυμνάσιο	46,16	NS

	29	Λύκειο	54,47	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	51,12	
Συνολικό άθροισμα	32	Γυμνάσιο	45,72	NS
	29	Λύκειο	52,93	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,62	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	32	Γυμνάσιο	45,72	NS
	29	Λύκειο	52,93	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,62	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	32	Γυμνάσιο	44,78	NS
	29	Λύκειο	53,02	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	53,32	
Σωματοποίηση	32	Γυμνάσιο	48,20	NS
	29	Λύκειο	52,91	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,59	
Ψυχαναγκασμός	32	Γυμνάσιο	43,83	NS
	29	Λύκειο	57,67	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,64	
Διαπροσωπική ευαισθησία	32	Γυμνάσιο	46,14	NS
	29	Λύκειο	52,07	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,91	
Κατάθλιψη	32	Γυμνάσιο	46,72	NS
	29	Λύκειο	52,53	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,09	
Άγχος	32	Γυμνάσιο	47,02	NS
	29	Λύκειο	52,33	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,00	
Επιθετικότητα	32	Γυμνάσιο	47,53	NS
	29	Λύκειο	54,52	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	49,95	
Φοβικό άγχος	32	Γυμνάσιο	52,61	NS
	29	Λύκειο	48,47	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,28	
Παρανοειδή ιδεασμό	32	Γυμνάσιο	45,77	NS
	29	Λύκειο	53,00	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,53	
Ψυχωτισμός	32	Γυμνάσιο	46,86	

				NS
	29	Λύκειο	53,29	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	51,41	
Άλλα	32	Γυμνάσιο	43,77	
				NS
	29	Λύκειο	53,57	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	53,74	

Πίνακας 33. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean	p
			Rank	
Συνοχή	32	Γυμνάσιο	47,70	NS
	29	Λύκειο	46,78	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	55,56	
Σύγκρουση	32	Γυμνάσιο	58,66	NS
	29	Λύκειο	51,17	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	43,31	
Εκφραστικότητα	32	Γυμνάσιο	39,59	0,004**
	29	Λύκειο	47,29	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	61,83	
Ανεξαρτησία	32	Γυμνάσιο	52,11	NS
	29	Λύκειο	43,66	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	54,27	
Επιτεύγματα	32	Γυμνάσιο	45,81	NS
	29	Λύκειο	55,19	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,86	
Πολιτισμός διανόηση	και 32	Γυμνάσιο	41,75	NS
	29	Λύκειο	46,21	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	60,87	
Ενεργός ψυχαγωγία	32	Γυμνάσιο	39,08	0,002*
	29	Λύκειο	46,72	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	62,68	
Ηθική θρησκευτική έμφαση	και 32	Γυμνάσιο	47,44	NS
	29	Λύκειο	50,16	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	53,27	
Οργάνωση	32	Γυμνάσιο	39,05	0,019*
	29	Λύκειο	53,69	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	57,53	
Έλεγχος	32	Γυμνάσιο	57,17	NS
	29	Λύκειο	44,43	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	49,54	
Fes ολικό	32	Γυμνάσιο	41,42	0,004*
	29	Λύκειο	44,45	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	62,45	

*Η ομάδα του Λυκείου και των ΑΕΙ/ΤΕΙ διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ομάδα του Γυμνασίου, Dunn's test , $p < 0,05$

** Η ομάδα των ΑΕΙ/ΤΕΙ διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ομάδα του Λυκείου και εκείνη από αυτή του Γυμνασίου, Dunn's test , $p < 0,05$

Πίνακας 34. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Επαγγελματική κατάσταση	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	32	Γυμνάσιο	53,55	NS
	29	Λύκειο	53,74	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	45,59	
Μόνιμο άγχος	32	Γυμνάσιο	49,91	NS
	29	Λύκειο	54,31	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	48,15	

Πίνακας 35. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean Rank	p
Αίσθημα κατωτερότητας	32	Γυμνάσιο	54,00	NS
	29	Λύκειο	54,69	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	44,51	
Αίσθημα κενού	32	Γυμνάσιο	46,75	NS
	29	Λύκειο	53,43	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	51,40	
Αντίληψη λαθών	32	Γυμνάσιο	48,75	NS
	29	Λύκειο	52,71	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,29	
Εξωτερική ντροπή	32	Γυμνάσιο	49,89	NS
	29	Λύκειο	54,09	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	48,33	

Πίνακας 36. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean Rank	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	32	Γυμνάσιο	49,80	NS
	29	Λύκειο	51,88	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	50,05	
Συμπεριφορική ντροπή	32	Γυμνάσιο	47,91	NS
	29	Λύκειο	47,88	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	54,58	
Σωματική ντροπή	32	Γυμνάσιο	48,23	NS
	29	Λύκειο	51,66	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	51,50	
Εσωτερική ντροπή	32	Γυμνάσιο	47,67	NS
	29	Λύκειο	50,45	
	39	ΑΕΙ - ΤΕΙ	52,86	

Επαγγελματική κατάσταση (πίνακες 37-42).

HDHQΣύνολο ενδοστρέφειας: $z=-1,912$, $p=0,024$, με $\delta=8,5(7-11,75)$ στους **ανέργους** έναντι $7(5-10)$ στους εργαζομένους

SCL-90

Διαπροσωπική ευαισθησία $z=-2,153$, $p=0,031$, με $\delta=9,5(4,25-16,00)$ στους **ανέργους** έναντι $6(3,5-10)$ στους εργαζομένους

Κατάθλιψη: $z=-2,239$, $p=0,025$, με $\delta=15(8-21)$ στους **ανέργους** έναντι $10(6-15)$ στους εργαζομένους

Άγχος: $z=-2,335$, $p=0,020$, με $\delta=9(4,25-14)$ στους **ανέργους** έναντι $6(2,5-8,5)$ στους εργαζομένους

Φοβικό άγχος: $z=-2,520$, $p=0,012$, με $\delta=3(1,25-6)$ στους **ανέργους** έναντι $0(1-4)$ στους εργαζομένους

Ψυχωτισμός: $z=-2,402$, $p<0,016$, με $\delta=7,5(4-10)$ στους **ανέργους** έναντι $5(2-7)$ στους εργαζομένους

Παροδικό άγχος: $z=-2,598$, $p=0,009$, με $\delta=57(45-65,25)$ στους ανέργους έναντι 49(38-55) στους εργαζομένους

Μόνιμο άγχος : $z=-2,003$, $p=0,045$, με $\delta=53(42,5-56,75)$ στους ανέργους έναντι 47(39-52,5) στους εργαζομένους

Σωματική ντροπή : $z=-1,955$, $p=0,051$, με $\delta=10(7-12)$ στους ανέργους έναντι 8(6-10) στους εργαζομένους

Πίνακας 37. Τιμές των υποκλιμάκων HDHQ σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean	p
			Rank	
Παρορμητική επιθετικότητα	28	Άνεργος	46,27	NS
	65	Εργαζόμενος	47,32	
Επίκριση των άλλων	28	Άνεργος	53,09	NS
	65	Εργαζόμενος	44,38	
Παρανοειδής επιθετικότητα	28	Άνεργος	50,59	NS
	65	Εργαζόμενος	45,45	
Παραληρηματική ενοχή	28	Άνεργος	54,34	NS
	65	Εργαζόμενος	43,84	
Αυτοεπίκριση	28	Άνεργος	57,95	0,009
	65	Εργαζόμενος	42,28	
Εξωστρέφεια	28	Άνεργος	50,05	NS
	65	Εργαζόμενος	45,68	
Ενδοστρέφεια	28	Άνεργος	56,59	0,024
	65	Εργαζόμενος	42,87	
Ολική επιθετικότητα	28	Άνεργος	52,25	NS
	65	Εργαζόμενος	44,74	

Πίνακας 38. Τιμές των υποκλιμάκων SCL-90 σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean	p
			Rank	
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	28	Άνεργος	56,41	0,027
	65	Εργαζόμενος	42,95	
Συνολικό άθροισμα	28	Άνεργος	55,55	0,045
	65	Εργαζόμενος	43,32	
Γενικός δείκτης	28	Άνεργος	55,55	0,045

συμπτωμάτων	65	Εργαζόμενος	43,32	
Δείκτης θετικών συμπτωμάτων	28	Άνεργος	53,16	NS
	65	Εργαζόμενος	44,35	
Σωματοποίηση	28	Άνεργος	54,77	NS
	65	Εργαζόμενος	43,65	
Ψυχαναγκασμός	28	Άνεργος	54,07	NS
	65	Εργαζόμενος	43,95	
Διαπροσωπική ευαισθησία	28	Άνεργος	56,16	0,031
	65	Εργαζόμενος	43,05	
Κατάθλιψη	28	Άνεργος	56,54	0,025
	65	Εργαζόμενος	42,89	
Άγχος	28	Άνεργος	56,93	0,020
	65	Εργαζόμενος	42,72	
Επιθετικότητα	28	Άνεργος	52,05	NS
	65	Εργαζόμενος	44,82	
Φοβικό άγχος	28	Άνεργος	57,57	0,012
	65	Εργαζόμενος	42,45	
Παρανοειδής ιδεασμός	28	Άνεργος	50,23	NS
	65	Εργαζόμενος	45,61	
Ψυχωτισμός	28	Άνεργος	57,20	0,016
	65	Εργαζόμενος	42,61	
Άλλα	28	Άνεργος	49,16	NS
	65	Εργαζόμενος	46,07	

Πίνακας 39. Τιμές των υποκλιμάκων FES σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean	p
			Rank	
Συνοχή	28	Άνεργος	38,55	NS
	65	Εργαζόμενος	50,64	
Σύγκρουση	28	Άνεργος	52,04	NS
	65	Εργαζόμενος	44,83	
Εκφραστικότητα	28	Άνεργος	38,50	0,042
	65	Εργαζόμενος	50,66	
Ανεξαρτησία	28	Άνεργος	42,80	NS
	65	Εργαζόμενος	48,81	
Επιτεύγματα	28	Άνεργος	45,68	NS
	65	Εργαζόμενος	47,57	
Πολιτισμός και διανόηση	28	Άνεργος	43,21	NS
	65	Εργαζόμενος	48,63	
Ενεργός ψυχαγωγία	28	Άνεργος	44,55	NS
	65	Εργαζόμενος	48,05	

Ηθική και	28	Άνεργος	50,79	NS
θρησκευτική	65	Εργαζόμενος	45,37	
έμφαση				
Οργάνωση	28	Άνεργος	48,05	NS
	65	Εργαζόμενος	46,55	
Έλεγχος	28	Άνεργος	54,41	NS
	65	Εργαζόμενος	43,81	
Το ολικό	28	Άνεργος	42,93	NS
	65	Εργαζόμενος	48,75	

Πίνακας 40. Τιμές των υποκλιμάκων STAI σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean Rank	p
Παροδικό άγχος	28	Άνεργος	58,07	0,009
	65	Εργαζόμενος	42,23	
Μόνιμο άγχος	28	Άνεργος	55,54	0,045
	65	Εργαζόμενος	43,32	

Πίνακας 41. Τιμές των υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean Rank	p
Αίσθημα κατωτερότητας	28	Άνεργος	53,98	NS
	65	Εργαζόμενος	43,99	
Αίσθημα κενού	28	Άνεργος	54,70	0,067
	65	Εργαζόμενος	43,68	
Αντίληψη λαθών	28	Άνεργος	51,71	NS
	65	Εργαζόμενος	44,97	
Εξωτερική ντροπή	28	Άνεργος	53,41	NS
	65	Εργαζόμενος	44,24	

Πίνακας 42. Τιμές των υποκλιμάκων εσωτερικής ντροπής σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

	N	Επαγγελματική ή κατάσταση	Mean Rank	p
--	---	------------------------------	--------------	---

Χαρακτηρολογική ντροπή	28	Άνεργος	54,20	NS
	65	Εργαζόμενος	43,90	
Συμπεριφορική ντροπή	28	Άνεργος	50,11	NS
	65	Εργαζόμενος	45,66	
Σωματική ντροπή	28	Άνεργος	55,27	0,051
	65	Εργαζόμενος	43,44	
Εσωτερική ντροπή	28	Άνεργος	54,16	NS
	65	Εργαζόμενος	43,92	

Όταν επιχειρήθηκε συσχέτιση των ψυχομετρικών κλιμάκων μεταξύ τους (συνολική βαθμολογία) και με τη βαρύτητα νόσου, βρέθηκε ότι υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες της ντροπής του SCL-90 και του άγχους συσχετίστηκε με μικρότερη οικογενειακή συνοχή, ενώ η άποψη που είχαν οι γονείς για τη βαρύτητα της νόσου του παιδιού τους δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με κάποια από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν.

Πίνακας 43. Συσχετίσεις των ψυχομετρικών εργαλείων και της βαρύτητας της νόσου.

			SCL-90	FES	STAI-S	STAI-T	OAS	ESS	Βαρύτητα νόσου
Spearman's rho	HDHQ	Correlation Coefficient	,546**	- ,262**	,491**	,582**	,532**	,523**	,139
		Sig. (2-tailed)	,000	,009	,000	,000	,000	,000	,170
		N	100	100	100	100	100	100	99
	SCL-90	Correlation Coefficient		- ,330**	,570**	,615**	,703**	,737**	,048
		Sig. (2-tailed)		,001	,000	,000	,000	,000	,635
		N		100	100	100	100	100	99
	FES	Correlation Coefficient			- ,311**	- ,438**	- ,382**	- ,357**	-,085
		Sig. (2-tailed)			,002	,000	,000	,000	,405
		N			100	100	100	100	99
	STAI-S	Correlation Coefficient				,764**	,385**	,501**	,151
		Sig. (2-tailed)				,000	,000	,000	,137
		N				100	100	100	99
	STAI-T	Correlation Coefficient					,417**	,620**	,133

		Sig. (2-tailed)					,000	,000	,190
		N					100	100	99
	OAS	Correlation Coefficient						,679**	,078
		Sig. (2-tailed)						,000	,441
		N						100	99
	ESS	Correlation Coefficient							-,028
		Sig. (2-tailed)							,786
		N							99
		N							99

6. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής σκιαγραφούν το προφίλ του γονέα ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες που εμφανίζει τη μεγαλύτερη ψυχική δυσφορία. Πρόκειται συνήθως για μητέρες, με χαμηλό εισόδημα, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, που συχνά ανατρέφουν μόνες τους το παιδί τους. Οι μητέρες(σε αντίθεση με τους πατέρες) και οι ανύπαντροι εμφανίζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας. Οι υποκλίμακες με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση ήταν ενδοστρέφεια και το άγχος. Η μέση τιμή στην κλίμακα του παροδικού άγχους ήταν 49,29 και το μόνιμου 47,72, όταν οι αντίστοιχες μέσες τιμές για τον ελληνικό πληθυσμό 43,21 και 42,79,είναι ενώ στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής η μέση τιμή ήταν 18,26. Οι τιμές αυτές δείχνουν πως το δείγμα της έρευνας εμφανίζει μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS) κατά 3 περίπου μονάδες από ότι το δείγμα των 125 φοιτητών που αναφέρεται στη (Cheung et al, 2004). Σημειώνεται ότι η συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HDHQ κυμαίνεται στο $21,30 \pm 7,54$ και είναι μεγαλύτερη του αποδεκτού όπως αυτό έχει προταθεί από τους Caine et al., 1967.

Σημαντικές είναι δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι μονογονεϊκές οικογένειες (είτε λόγω χωρισμού είτε λόγω χηρείας) στην ανατροφή ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες. Στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων στις οποίες εντοπίζεται διαφορά μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων, την υψηλότερη βαθμολογία έχουν πάντα οι ανύπαντροι. Σημειώνεται ότι οι έγγαμοι λαμβάνουν τις μικρότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία όλων των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Όλα τα παραπάνω είναι διαφοροποιήσεις στατιστικώς σημαντικές ($p < 0,05$).

Ένα ακόμα, και ίσως αναμενόμενο, συμπέρασμα της εργασίας είναι πως η επαγγελματική εξασφάλιση προσφέρει μεγαλύτερη ψυχική ηρεμία στον γονέα παιδιού με ειδικές ανάγκες, καθώς μπορεί να εξασφαλίσει τους αναγκαίους οικονομικούς πόρους για την ανατροφή του παιδιού του και να του παράσχει την ειδική βοήθεια που απαιτείται για να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την κοινωνική του προσαρμογή και στο παρόν, αλλά και στο μέλλον.

Η χρόνια ψυχική καταπόνηση της οικογένειας από τις αυξημένες απαιτήσεις που εγείρει η ανατροφή και η κοινωνική προσαρμογή ενός παιδιού με νοητική υστέρηση αντικατοπτρίζεται στα διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας γονιών παιδιών με νοητική υστέρηση. Αν και έχει βρεθεί ότι η επιβάρυνση των γονέων είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση των αυτιστικών παιδιών, και οι γονείς των παιδιών με νοητική υστέρηση εμφανίζουν υψηλή βαθμολογία στα αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης της ψυχικής δυσφορίας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι παρά την αυξημένη ψυχική επιβάρυνση των γονέων, ιδιαίτερα της μητέρας, λίγοι γονείς χρησιμοποιούν ψυχοφάρμακα ή κρίνουν ότι χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, ενώ φαίνεται πως δεν θεωρούν εαυτούς «στιγματισμένους». Το γεγονός αυτό δείχνει ότι ίσως η αυξημένη ψυχική καταπόνηση στις οικογένειες των παιδιών με νοητική υστέρηση δε συνδυάζεται απαραίτητα με ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, υπόθεση που υποστηρίζεται από τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της οικογενειακής συνοχής, αλλά και από άλλες έρευνες. Ίσως είναι τα πρακτικά προβλήματα σε μια δύσκολη οικονομική συγκυρία και η γενικότερη αβεβαιότητα που προβληματίζουν τους γονείς και οι παράμετροι αυτοί θα μπορούσαν να αποτελέσουν το αντικείμενο μιας διεξοδικότερης μελέτης.

Η μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση που εμφανίζουν οι μητέρες του δείγματος θα μπορούσε να αποδοθεί στο ότι είναι οι κύριοι φροντιστές του παιδιού. Τα παιδιά με νοητική υστέρηση, ιδιαίτερα εκείνα με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα με συνακόλουθη καταπόνηση σωματική και ψυχική της μητέρας. Δεν υπάρχει ομοφωνία των ερευνητών σχετικά με τις διαφορές στην ψυχική δυσφορία του πατέρα και της μητέρας παιδιών με ειδικές ανάγκες. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν μεγαλύτερη επιβάρυνση του πατέρα, κάποιοι της μητέρας, αλλά όλες οι μελέτες δείχνουν μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση σε σχέση με τους γονείς υγιών παιδιών, ακόμα και μετά από την παρέλευση ετών από την αρχική διάγνωση. Οι ειδικές συνθήκες και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κάθε οικογένειας επηρεάζουν τους γονείς με διαφορετικό τρόπο. Αν ο πατέρας απουσιάζει συχνά, το άγχος και η απογοήτευση εκφράζονται

αραιότερα, ενώ το κύριο βάρος επωμίζεται η μητέρα. Αν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι κοινωνικοί και οικονομικοί πόροι, οι δυσκολίες είναι μεγαλύτερες. Το άγχος των γονέων είναι απόρροια της αβεβαιότητας για τη μελλοντική κοινωνική προσαρμογή του παιδιού τους, για την εργασία του και τη λειτουργικότητά του, για την επάρκεια των δομών κοινωνικής πρόνοιας και την οικονομική επιβάρυνση. Η επιθετικότητα πηγάζει συχνά ενοχές και αποδέκτης συχνά γίνεται και ο επαγγελματίας υγείας.

6.1 Περιορισμοί

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τον έναν γονέα (πατέρα ή μητέρα) και δεν έχει αποτυπωθεί ταυτόχρονα η άποψη και των δύο γονέων για κάθε παιδί. Συνεπώς η σύγκριση δεν αφορά σε πατέρα και μητέρα του ίδιου παιδιού, αλλά μεταξύ διαφορετικών παιδιών. Υπήρχε ετερογένεια ως προς τη βαρύτητα της νοητικής υστέρησης, χωρίς αντίστοιχη προσαρμογή των αποτελεσμάτων προς το νοητικό πηλίκο του παιδιού ή άλλους δείκτες νοητικής επάρκειας και λειτουργικότητας. Στην έρευνα συμμετείχαν γονείς παιδιών ενός μεγάλου ηλικιακού φάσματος. Επειδή ο χρόνος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξοικείωση με τις πραγματικές δυνατότητες του παιδιού και την αποδοχή της κατάστασής του, το τελικό αποτέλεσμα της έρευνας αποτυπώνει μια μάλλον αδρή εκτίμηση της ψυχολογικής δυσφορίας των γονέων. Επόμενες μελέτες θα πρέπει να λάβουν υπόψη το επίπεδο λειτουργικότητας των παιδιών και να διεξαχθούν και στους δύο γονείς , με ταυτόχρονη καταγραφή των απόψεών τους, ώστε να υπάρχει μια εικόνα της οικογενειακής επιβάρυνσης, όσο πλησιέστερα γίνεται προς την πραγματικότητα των οικογενειών αυτών.

7. Προτάσεις

Ο στόχος της συμβουλευτικής παρέμβασης είναι να προσφέρει υποστήριξη στην οικογένεια, ώστε να μπορέσει αυτή να λειτουργήσει υποστηρικτικά προς το παιδί της και να ασκήσουν τα ίδια τα μέλη της παρέμβαση στο σπίτι. Οι περισσότεροι γονείς, όπως είναι φυσικό, αγχώνονται και καταθλίζονται όταν πληροφορηθούν ότι το παιδί τους έχει μια μακροχρόνια και σοβαρή αναπηρία, που θα το συνοδεύει σε όλη του τη ζωή. Έτσι, ένας από τους στόχους της συμβουλευτικής είναι να αποφορτίσει συναισθηματικά τους γονείς μέσα από την αποδοχή των αισθημάτων θυμού, αδικίας και ενοχοποίησης, να τους κατευθύνει στη δόμηση θετικών σχέσεων με το παιδί, και να προσπαθήσει να αποδυναμώσει ή και να τροποποιήσει τα αρνητικά συναισθήματά τους. Η αποδοχή της

αναπηρίας του παιδιού από τους γονείς του θεωρείται ζωτικής σημασίας για την επιτυχία ενός προγράμματος παρέμβασης.

Μια άλλη, πολύ σημαντική ανάγκη για τους γονείς, στην οποία θα πρέπει να ανταποκριθεί η συμβουλευτική, είναι η πληροφόρηση της οικογένειας για υπηρεσίες και πρακτική βοήθεια, όπως η φύλαξη του παιδιού, η πρόσβαση σε υπηρεσίες, η βοήθεια στο σπίτι κ.ά. Στόχος, επίσης, μιας συμβουλευτικής παρέμβασης θα μπορούσε να είναι η αλλαγή των ισορροπιών μέσα στην οικογένεια και η εξισορρόπηση των αναγκών όλων των μελών της, γιατί, όπως έχει αποδειχτεί

με βάση έρευνες, οι οικογένειες που υποστηρίχθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση αντεπεξήλθαν καλύτερα στο πρόβλημά τους από εκείνες που τους έλειψε η υποστήριξη (Callias, 1994).

Το κοινωνικό περιβάλλον και η κοινωνική πραγματικότητα αναδεικνύονται ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες ανάμεσα στο άγχος των γονιών και τη νοητική αναπηρία. Βασική μεταβλητή φαίνεται πως αποτελεί η κοινωνική υποστήριξη των γονιών. Η κοινωνική υποστήριξη διακρίνεται σε **ανεπίσημη**, όταν παρέχεται από άλλα μέλη της ίδιας οικογένειας, από συγγενείς, φίλους, γείτονες, την κοινότητα, την ενορία και τις ομάδες υποστήριξης και **επίσημη**, όταν παρέχεται επαγγελματικά από επιστήμονες και επαγγελματίες είτε ιδιωτικά, είτε δημόσια, σε ειδικά κέντρα και νοσοκομεία.

Στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (**Σ.Μ.Ε.Α.Ε**), όπου φοιτούν τα παιδιά με αναπηρία, η υποστήριξη που μπορεί να δοθεί στους γονείς ξεκινά πρωτίστως με τις τακτικές, αλλά και τις έκτακτες συναντήσεις Συμβουλευτικής με τον **Ψυχολόγο και τον Κοινωνικό Λειτουργό**. Στη συνέχεια πολύτιμη μπορεί να είναι και η συνδρομή των Εκπαιδευτικών του σχολείου, προς αυτήν την κατεύθυνση, με την καθοδήγηση του Ψυχολόγου και του κοινωνικού Λειτουργού.

Οι Σ.Μ.Ε.Α.Ε λόγω της συνεργασίας και της ενημέρωσης που έχει με τις κατά τόπους **Σχολές Γονέων** (με συνεχή Δελτία Τύπου), έχει τη δυνατότητα να καθοδηγήσει τους γονείς προς τις σχολές αυτές, καθώς τα προγράμματα απευθύνονται σε γονείς παιδιών όλων των ηλικιών, κάθε εθνικής προέλευσης, ηλικίας και μόρφωσης, σε μελλοντικούς γονείς, **γονείς ατόμων με ειδικές ανάγκες**, εκπαιδευτικούς, ενήλικες τρίτης ηλικίας, ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Σκοπός του έργου των Σχολών Γονέων είναι **η στήριξη των γονέων, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν με επιτυχία στο σύνθετο και δύσκολο ρόλο τους όπως αυτός διαμορφώνεται στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες**. Το έργο θα προσφέρει στους γονείς και στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον γνώσεις και ευκαιρίες για προβληματισμό. **Οι «Σχολές γονέων»** αναπτύσσουν

τη συναισθηματική νοημοσύνη των γονιών μέσα από διάφορες θεματικές συζητήσεις που προωθούν την έκφραση των γονικών εμπειριών και την **ανταλλαγή προβληματισμών**. Η κάλυψη που προσφέρουν είναι Πανελλαδική και η συμμετοχή σε αυτές είναι απολύτως δωρεάν σε κάθε δήμο. Οικογενειακή επικοινωνία, προβλήματα συμπεριφοράς, παιδί και σχολείο, ψυχική υγεία των παιδιών και εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελούν λίγα από τα θέματα στις «Σχολές Γονέων». Η συμβουλευτική και εκπαιδευτική υποστήριξη των οικογενειών πραγματοποιείται από **ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχοπαιδαγωγούς**, ικανούς να τους στηρίξουν και να δώσουν λύσεις.

Τα **ΚΕ.Δ.Δ.Υ** (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης) , μέσα από τις αρμοδιότητες λειτουργίας τους, έχουν να διαδραματίσουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ειδική αγωγή. Στις εκπαιδευτικές υπηρεσίες της ΕΑΕ περιλαμβάνονται η διαφοροδιάγνωση, η διάγνωση, η αξιολόγηση και αποτύπωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, η συστηματική παιδαγωγική παρέμβαση με εξειδικευμένα και κατάλληλα προσαρμοσμένα εκπαιδευτικά εργαλεία και προγράμματα, τα οποία υλοποιούνται από τα κατά τόπους Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕΔΔΥ) που προβλέπονται στα άρθρα 4 και 12 του νόμου (Ν.3699/2008) και από τις δημόσιες ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες. Η ΕΑΕ περιλαμβάνει σχολικές μονάδες ειδικής εκπαίδευσης με κατάλληλες κτιριολογικές υποδομές, προγράμματα συνεκπαίδευσης, προγράμματα διδασκαλίας στο σπίτι, καθώς και τις αναγκαίες διαγνωστικές, **αξιολογικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες**. Προγράμματα συστηματικής παρέμβασης όπως εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και κάθε άλλη υπηρεσία που στηρίζει την ισότιμη μεταχείριση των μαθητών, **αξιολόγηση και παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη, παρέχονται κατά κύριο λόγο μέσα από τις ΣΜΕΑΕ και επικουρικά από τα ΚΕΔΔΥ**.

Η καλή σχέση μεταξύ επαγγελματιών και οικογένειας είναι το κλειδί για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα παρέμβασης. Η θετική εμπειρία των γονιών από τη συνεργασία τους με επαγγελματίες δημιουργεί θετική στάση για συμμετοχή και σε μελλοντικά προγράμματα (Mac William, Winton και Crais, 1996). Είναι, επίσης, απαραίτητο οι επαγγελματίες που θα ασχοληθούν με το παιδί και την οικογένειά του και κυρίως αυτός που θα αναλάβει τη συμβουλευτική παρέμβαση με τους γονείς να κατανοήσουν όλες τις παραμέτρους που επηρεάζουν τις συμπεριφορές της οικογένειας και τις αποφάσεις που αφορούν το παιδί της (Duwa, Wells και Lalinde, 1993).

Οι αποτελεσματικοί, στη βοήθεια και υποστήριξη που προσφέρουν, εκπαιδευτικοί πρέπει να έχουν επαρκείς και εξειδικευμένες γνώσεις, που αφορούν το επιστημονικό πεδίο

εργασίας τους και, το λιγότερο, στοιχειώδη γνώση της δυναμικής της οικογένειας, της αναπηρίας και του πώς ένα παιδί με αναπηρία επηρεάζει τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Επιπλέον, θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους που καλούνται να βοηθήσουν περισσότερο ως ικανούς και όχι ανίκανους, ως άξιους και όχι ως ανάξιους, ως ανεξάρτητους και όχι ως εξαρτημένους, ως χρήσιμους και όχι ως άχρηστους. Να έχουν οι ίδιοι αυτοπεποίθηση, θέληση και εντιμότητα, καθώς και να νιώθουν προσωπικά ικανοί να ανταπεξέλθουν κατά την εργασία τους (Seligman και Darling, 1989). Ο εκπαιδευτικός που θα κληθεί να υλοποιήσει μια συμβουλευτική παρέμβαση πρέπει να έχει συνεχώς υπόψη του πως το άτομο αποτελεί μοναδική του έγνοια και φροντίδα, και ότι ο δικός του ρόλος είναι σημαντικός τότε μόνο, όταν διευκολύνει τη συμβουλευτική διεργασία προσδιορίζοντας τις περιοχές σύγκρουσης και προβλημάτων, και βοηθάει στην επίλυσή τους.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Addington, D. Addington, J. Maticka-Tyndale, E. et al (1992)** *Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics.* *Schizophrenia Research*, 6, 201– 208.34.
- Alexander R,(1974)**, The evolution of social behavior. *Annual Review of Ecology and systematics* 5.
- Atkinson, S. D.** Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1137– 1139, (1994).
- Barrowclough, C. & Tarrier, N.** (1992) *Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Interventions*. London: Chapman and Hall.
- Barrowclough, C. & Parle, M.** (1997) Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 26– 30.
- Barrowclough, C., Tarrier, N. & Johnston, M.** (1996) Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, **22**, 691– 702.
- Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O. G., et al** (1996) Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: Demographic and clinical predictors. *British Journal of Psychiatry*, **169**, 622– 630.
- Bentsen, H., Notland, T. H., Boye, B., et al** (1998) Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**, 76– 85.
- Bernard Golse**, « Avec les parents d’ enfants autistes ».
- Binet, A. & Simon, T.** *Les enfants anormaux* (Paris, A. Colin, 1907).
- Birchwood, M. & Cochrane, R.** (1990) Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, **20**, 857– 865.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., et al** (1991) Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 546– 554.
- Boye, B., Bentsen, H., Notland, T. H., et al** (1999) What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **34**, 35– 43.
- Bowlby, J.** (1980) *Attachment and loss: vol. III. Loss*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982) *Attachment and loss: vol. I. Attachment* (2nd edn). New York: Basic Books.

Budd, R. J., Oles, G. & Hughes, I. C. (1998) The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 304– 309.

Buscaglia, Leo. (1993) « Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους», Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα.

Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547– 552.

CAIN, L. F. and levine, s . (1963) Effects of Community and Institutional School Programmes on Trainable Mentally Retarded Children. Washington,

Callias, M. (1994) *Δουλεύοντας με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες. Στο Άτομα με Ειδικές Ανάγκες* (τόμος Α')

Christophe du Bled, “Accueillir, contenir et penser la souffrance des parents de l’ enfant autiste ».

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.

Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.

Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Affective dispositions and their relation to psychological and physical health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 221-245). New York: Pergamon.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In J. Becker & A. Kleinman (Eds.), *Psychosocial aspects of depression* (pp. 39-65). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Chmielewski, M., & Watson, D. (2009). What is being assessed and why it matters: The impact of transient error on trait research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 186-202.

Dale, Naomi μετάφραση Αποστολή Μαρία. (2000) Επιστημονική επιμέλεια Καπετάνιος Βασίλειος, *Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες*, Εκδόσεις Έλλην.

Dale, N. (2000).· *Τρόποι συνεργασίας με οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες*, Εκδόσεις Ίων

Davis, D. J. & Schultz, C. L (1998) Grief, parenting and schizophrenia. *Social Science Medicine*, 46, 369– 379.

Down, J.L.(1887) *Mental Affections of Childhood and Youth*. London:Churchill (1990) re-issued as *Classics in Developmental Medicine, No. 5*. London: MacKeith Press

Duwa, S.M. - Wells, C. - Lalinde, P. (1993) In Bryant, B. - Graham, M. *Implementing early intervention*, σ. 92-123. N. York: Guilford Press.

Egg-Benes, Maria. (1984) *Η αγωγή του καθυστερημένου παιδιού: οδηγός για γονείς, παιδαγωγούς και φίλους πνευματικά καθυστερημένων παιδιών*.

Falloon, I. R., Boyd, J. L. & McGill, C.W. (1984) *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.

Faschingbauer, T. R. (1981) *Texas Revised Inventory of Grief Manual*. Houston, TX: Honeycomb.

Faschingbauer, T. R., Devaul, R. D. & Ziscook, S. (1977) Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696– 698.

Freshwater D & Rolfe G 2004 *Deconstructing Evidence-Based Practice* London: Routledge

Forbush, K. T., South, S. C., Krueger, R. F., Iacono, W. G., Clark, L. A., Keel, P. K, Legrand, L. N., & Watson, D. (2010). Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: Evidence from a community-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 282-292.

Galland, Antoine. (1997) *Το παιδί με νοητική καθυστέρηση και η κοινωνία*,

Golse Pr B, Delion Dr P, « Autisme infantile précoce : problématiques actuelles », *Le carnet psy*, n° 75,(sept-oct 2002).

Grad, Jacqueline και Sainsbury, Peter (1975) *Incidence of referred mental illness in Chichester and Salisbury*, Psychological Medicine.

Hamilton, Max. (1974) “Lectures on the methodology of clinical research, Churchill Livingstone”,

Hannam, 1975, *Mentally handicapped children; Parent and child; Family relationships*; Great Britain

Hans, Selye. (1974) *Stress Without Distress*

Hashemi, A. & Cochrane, R. (1999) Expressed emotion and schizophrenia: a review of studies across cultures. *International Review of Psychiatry*, 11, 219– 224.

Heikkila, J., Karlsson, H., Taiminen, T., et al (2002) Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Research*, 111, 155– 165.

Hogge N., Tona S., Lebrun T., « Travailler avec la famille de l'enfant autiste en institution : L'enjeu du regard dans la parole », *Enfances/Adolescences*, n° 2, (2001).

Hooley, J. M. (1986) Expressed emotion and depression: interactions between patients and high-versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 237– 246.

Hooley, J. M., Orley, J. & Teasdale, J. D. (1986) Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642– 647.

Houzel D., « L'enfant et l'adolescent psychotiques, Editorial », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°30 (2002).

Hochmann J, « L'autisme infantile : déficit ou défense ? », In : *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, Paris, Masson, Coll. Médecine et psychothérapie, (1990).

Jeanne Floch, Jacotte et Jean –Paul Severac et Jean-Louis Agard « Etre parent d' enfant souffrant d' autisme et vieillir ».

Kanner, 1953 ,Autistic Disturbances of Affective Contact” in the *Journal Nervous Child*.

King, S. & Dixon, M. J. (1996) The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1098– 1104.

King, S., Ricard, N., Rochon, V., et al (2003) Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 117, 211– 222.

Koffel, E., & Watson, D. (2009a). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 183-194.

Koffel, E., & Watson, D. (2009b). Unusual sleep experiences, dissociation, and schizotypy: Evidence for a common domain. *Clinical Psychology Review*, 29, 548-559.

Larsen, T. K., Moe, L. C., Vibe-Hansen, L., et al (2000) Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 45, 1– 9.

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

- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al (1985)** A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594– 600.
- Levinson, M. Richard.** – Starling, M. Debra. (1981) - *Deviant Behavior, Retardation And The Burden Of Stigma* - Vol. 2 - Issue 4 pp. 371-390
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Van der Does, A. J., et al (1996)** Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 333– 342.
- Macmillan, J. F., Gold, A., Crow, T. J., et al (1986)** Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133– 143.
- Macmillan, F., Crow, T. J., Johnson, A. L., et al (1987)** Expressed emotion and relapse in first episodes of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 320– 323.
- Mac William, P.J. - Winton, P.J. - Crais, E. (1996)** *Practical Strategies for Family-Centered Intervention*. London: Singular Publishing Groups.
- McIntyre, C. W., Watson, D., Clark, L. A., & Cross, S. A. (1991).** The effect of induced social interaction on positive and negative affect. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 29, 67-70.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J. & Falloon, I. R. H. (1983)** Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 359– 367.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. (2009).** Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 299-310.
- N.Sillamy 1998**, Dictionnaire de la Psychologie
- Olshansky, S. (1962)** Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework*, 43, 190– 193.
- Patterson, P., Birchwood, M. & Cochrane, R. (2000)** Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early developmental attachment pathways. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (suppl.), S191– S197.
- Pennebaker, J. W., & Watson, D. (1991).** The psychology of somatic symptoms. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Eds.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (pp. 21-35). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Raune, D., Kuipers, E. & Bebbington, P. E. (2004)** Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry*, 184, 321– 326.

- Ribas D.**, » L'énigme des enfants autistes », Paris, Hachette, Coll Pluriel, (1992).
- Rolfe G 1998** Expanding Nursing Knowledge: Understanding and Researching your own Practice, Oxford: Butterworth Heinemann.
- Rolfe, G.** (2002) *Reflexive research and the use of self*, in D. Freshwater (ed) Therapeutic Nursing, London: Sage.
- Rolfe, G.** (2001) Knowledge and Practice, London: South Bank University Distance Learning Centre.
- Rolfe G & Jasper M (2004)** Research, Evidence and Expertise, London: South Bank University Distance Learning Centre
- Rolfe G 2006** Reflection, Research and the Postmodern Turn: Collected Papers 2000-2006, London: NPI
- Rolfe G, Freshwater D & Jasper M 2001** Critical Reflection for Nursing and the Helping Professions: a User's Guide, Basingstoke: Palgrave
- Rolfe G 2000** Nursing Praxis and the Reflexive Practitioner: Collected Papers 1993-1999, London: NPI
- Rolfe G 1996** Closing the Theory-Practice Gap: A New Paradigm for Nursing, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- S. D. Porteus,(1922), Studies in mental deviations, Vineland, N. J., The Training school**
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996)** Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580– 587.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1998)** Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, 28,453– 461.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1999)** Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154– 158.
- Seligman, M. - Darling, R.B. (1989)** *Ordinary Families Special Children*. N. York: Guilford.
- Sigmund, Freud. (1940)** *An Outline of Psycho-Analysis, (Abriß der Psychoanalyse*
- Smith, J., Birchwood, M., Cochrane, R., et al (1993)** The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 11– 16.
- Stirling, J., Tantam, D., Newby, D., et al (1993)** Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18 month follow-up. *Psychological Medicine*, 23, 771– 778.

- Stubbe, D. E., Zahner, G. E., Goldstein, M. J., et al (1993)** Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 139– 154.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., et al (1996)** Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137– 148.
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., et al (2000)** Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529– 533.
- Tustin, F.** *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil (1986).
- Vaughn, C. E. & Leff, J. (1976)** The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 15, 157.
- Watson (1988).** Intraindividual and interindividual analyses of Positive and Negative Affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1991)** Situational, dispositional, and genetic bases of symptom reporting. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness* (pp. 60-84). New York: Springer-Verlag.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1991)** Self- versus peer-ratings of specific emotional traits: Evidence of convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 927-940.
- Watson, D. (2009).** Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1995).** Depression and the melancholic temperament. *European Journal of Personality*, 9, 351-366.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995).** Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995).** Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.

- Watson, D., & Clark, L. A. (Eds.).** (1994). Personality and Psychopathology [Special Issue]. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1).
- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R.** (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1993).** Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 506-527). New York: Prentice-Hall.
- Watson, D., & Slack, A. K. (1993).** General factors of affective temperament and their relation to job satisfaction over time. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 181-202.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1992).** Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 489-505.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1992).** On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.
- Watson, D., Clark, L. A., McIntyre, C. W., & Hamaker, S. (1992).** Affect, personality, and social activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1011-1025
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., et al (1998)** *Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions.* *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355– 359.
- West, M., Rose, M. S. & Sheldon, A. (1993)** Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 422– 427.
- Wynne, L. C. (1981)** Current concepts about schizophrenics and family relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 82– 89.

Αγγελοπούλου – Σακαντάμη *Ειδική Αγωγή Βασικές Αρχές και Μέθοδοι*, Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη.

Αλευριάδου, Α. (2005) “Μητρικές αντιδράσεις προς το παιδί με νοητική στέρηση: διαστάσεις, παράγοντες και μοντέλα πρόβλεψης”. Στο *Αντικαιάδας. Αναπαραστάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τα άτομα με ειδικές ανάγκες*. Επ.Εκδ. Ρήγα, Α-Β. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Βασιλείου, Γ.Ε. (1998) *Τα εκπαιδεύσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά και έφηβοι*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συνέδριο για Α.Μ.Ε.Α.. (1992) *Σύγχρονες κατευθύνσεις και απόψεις σε προβλήματα της πρόληψης, παρέμβασης, αντιμετώπισης*.

Επιμέλεια Καϊλα, Μ. – Πολεμικός, Ν. – Φιλίππου, Γ. (1997) *Άτομα με ειδικές ανάγκες*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα τόμος Α , Αθήνα.

Επιμέλεια Καϊλα Μ. – Πολεμικός, Ν. – Φιλίππου, Γ. (1995) *Άτομα με ειδικές ανάγκες*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα τόμος Β, Αθήνα.

Κοντοπούλου, Μ. (2001β) *Η μοναχική πορεία του γονιού ενός «ανάπηρου» παιδιού. Πρακτικά του Πανελλήνιου Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας*. Αλεξανδρούπολη.

Κοτρώτσιου, Ευαγγελία. 2005 -Επιμέλεια, “Οικογενειακή Θεραπεία”.

Κρασανάκης, Γεώργιος. (1997) *Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια – θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση*, Ηράκλειο.

Κυπριωτάκης, Αντώνης. (1989) *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*, Εκδόσεις Ψυχοτεχνική, Τρίτη έκδοση, Ηράκλειο.

Κ.Στεφανής, Κ.Σολδάτος, Β.Μαυρέας, (1993). *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς*, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη.

Μαδιανός, Μιχάλης. (2000) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (University Studio Press), Θεσσαλονίκη

Μαργαρίτη, Μαρία. (2008) Η Οικογένεια και το Περιβάλλον.

Μπαρδής, Πολυνείκης. (1985) *Νοητική καθυστέρηση: φύση – αιτιολογία – αντιμετώπιση.*

Νιτσόπουλος, Μηνάς (1981) *Ειδικά πνευματικά καθυστερημένα άτομα, Αθήνα*

Παπαϊωάννου, Σκεύος. Επαγγελματική εκπαίδευση και προσανατολισμός: αναφορά στα Α.Μ.Ε.Α., Ρέθυμνο.

Παπαϊωάννου, Σκεύος. Επαγγελματική εκπαίδευση και προσανατολισμός: αναφορά στα Α.Μ.Ε.Α., Ρέθυμνο.

Παρασκευόπουλος, Ιωάννης. (1980) *Νοητική καθυστέρηση-διαφορική διάγνωση, αιτιολογία-πρόληψη, ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση, Αθήνα.*

Πασχαλίνα, Βελέντζα. (2012) *ψυχολόγος στο Κέντρο Ημέρας Ιεράπετρας –*

Πολυχρονοπούλου, Σταυρούλα (2003). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες. Τόμος Α΄. Αθήνα. Εκδόσεις Ατραπός.*

Πυργιωτάκης, Ιωάννης. (1994) *Ειδική αγωγή στην Ελλάδα*

Σαπουντζή – Κρέπια, Δ. (2001) *Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην*

Σούλης, Σπυρίδων-Γεώργιος. (1997) *Τα παιδιά με βαριά νοητική καθυστέρηση και ο κόσμος τους: άτομα με πολλαπλές αναπηρίες, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.*

Σούλης, Γεώργιος. (2000). *Μαθαίνοντας βήμα-βήμα στο σχολείο και στο σπίτι: διδακτικές στρατηγικές εκπαίδευσης παιδιών με μέτρια ή βαριά νοητική υστέρηση.*

Στάθης, Φ. (1994) *Θέματα Ειδικής Αγωγής.*

Στασινός, Δημήτρης. (1999) *Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα – αντιλήψεις, θεσμοί και πρακτικές.*

Στασινός, Δημήτρης. (1985) *Βιβλιογραφία για την ειδική αγωγή 1924-1984.*

Σταυρόπουλος, Β. (2006) *"Προτάσεις για τη βελτίωση της πρακτικής και λειτουργίας των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης. ΚΔΑΥ: Θεσμός προς μετεξέλιξη;", Θέματα Ειδικής Αγωγής, 31, 71-73.*

Σταύρου, Λάμπρος. (1995) *Η λογική σκέψη στο νοητικά καθυστερημένο παιδί.*

Στεφανής, Κ. – Μαυρέας, Β. – Σολδάτος, Κ. (1993) *Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.*

Στεφανής, Κ. – Μαυρέας, Β. – Σολδάτος, Κ. (1993) *Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα,*

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Τούντας Γ., Τριανταφύλλου ., Φρισήρης , 2000, *Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 17(1) Ιαν. –Φεβ., 89-100

Ραγιά, Α., 2007 ,*Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική*

Τ.Νικολόπουλος, Πρακτικά του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: «Σχολείο ίσο για Παιδιά Άνισα»,Αθήνα, 4/ 6 Μαΐου 2007.,

Τσοκοπούλου,Ι. (1993). Είναι ο γιός μου. Εκδόσεις Καστανιώτη

ΥΠ.Ε.Π.Θ. 1988 Δελτίο πληροφοριών ειδικής αγωγής,.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1996) *Κατάθλιψη*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερευνητικά εργαλεία



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργήστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια:

- Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά του πατέρα ☐
- Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά του πατέρα ☐
- Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά της μητέρας ☐
- Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά της μητέρας ☐

Οι συνεργάτες που θα σας χορηγήσουν τα ερωτηματολόγια θα είναι στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια ή διευκρίνιση.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2008 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19..... ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐ ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ ☐
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐ ΠΟΛΗ <150.000

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐ ΠΟΛΗ >150.000

ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐ ΧΗΡΟΣ/Α ☐

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ☐ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ ☐
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ☐ ΟΙΚΙΑΚΑ ☐
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ☐
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ☐ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ☐
ΟΧΙ ☐

ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ;

ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΝΑΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;

Ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ; ΟΧΙ ☐
ΚΑΙΡΟ;.....

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΑΙ ☐

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ ☐
ΑΥΤΗ;.....

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ'

ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ
ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΝΑΙ ΑΓΟΡΙ..... Ή ΚΟΡΙΤΣΙ
ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙ;
ΠΟΙΑΝΟΥ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΕΧΕΙ;

Πόσο άρρωστο θεωρείται εσείς ότι είναι το παιδί σας;

Πολύ βαριά 1 2 3 4 5 Σε αρχικά στάδια η νόσος

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδιζέσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή	0	1	2	3	4

μιλούν για σας;					
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρική όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζηήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένεια σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεχτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα		

ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες		

προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι « <i>πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι</i> ».		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Π

Η έρευνα διεξήχθη κατόπιν της υπ' Αρ. Πρωτ. 18471/Γ6/21-02-2012 έγκρισης του Υ.Π.Θ.Α.Π.