

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΕΥΞΕΙΑΣ ΣΕ ΜΗΤΕΡΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ ΝΙΚΗΣ ΝΙΑΝΙΟΥ
Α.Μ. 1414**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ε.Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

**ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2005-2006**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξεταστεί η σχέση μεταξύ ορισμένων δεικτών του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα και κοινωνικότητα) με τον δείκτη της κατάθλιψης και της αισιοδοξίας στους γονείς παιδιών με διανοητικές δυσκολίες. Το δείγμα αποτέλεσαν 27 μητέρες οι οποίες έχουν ένα παιδί με διανοητικές δυσκολίες και τους χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν το Oxford Happiness Scale, το Personal Optimism Scale και το Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D). Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν σημαντικές συνάψεις μεταξύ όλων των δεικτών. Πιο συγκεκριμένα, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της ικανοποίησης από τη ζωή, της ενεργητικότητας και του θετικού συναισθήματος, τόσο λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα θα εκδηλωθούν. Επιπροσθέτως, όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της αισιοδοξίας μιας μητέρας που φροντίζει ένα παιδί με διανοητικές δυσκολίες, τόσο μικρότερο θα είναι το επίπεδο της κατάθλιψης που θα αισθάνεται καθώς επίσης, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της ευεξίας μιας μητέρας τόσο υψηλότερα θα είναι και τα επίπεδα της αισιοδοξίας της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

1.1 Ορισμός της Κατάθλιψης	1
1.2 Επιδημιολογία	2
1.3 Συμπτωματολογία	3
1.4 Θεωρίες	4
1.4.1 Βιολογικές Θεωρίες.....	4
1.4.2 Ψυχολογικές Θεωρίες	5
1.4.2.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία	5
1.4.2.2 Συμπεριφοριστική Θεωρία	6
1.4.2.3 Γνωστική Θεωρία	7
2.1 Ιστορική αναδρομή του αισθήματος Υποκειμενικής Ευεξίας	9
2.2 Ορισμός	10
2.3 Δημογραφικοί- Κοινωνικοί παράγοντες	11
2.4 Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	13
2.4.1 Προσωπικότητα	13
2.4.2 Άλλοι Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	15
3. Κατάθλιψη και αίσθημα Υποκειμενικής Ευεξίας των μητέρων	17
3.1 Γνωστική προσέγγιση της κατάθλιψης των γονέων	17
3.2 Επιπτώσεις στην ψυχολογική υγεία των γονέων	19
3.3 Επιρροές που δέχεται η οικογένεια	20
3.4 Τρόποι αντιμετώπισης της κατάστασης	22
3.4.1 Κοινωνική υποστήριξη	22
3.4.2 Θετικές αντιλήψεις	23

3.4.3 Αισιοδοξία	25
4. Ερευνητικές Υποθέσεις	28
5. Μεθοδολογία	29
5.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία	29
5.2 Το μέσο μέτρησης Oxford Happiness Scale	29
5.3 Το μέσο μέτρησης Personal Optimism Scale	30
5.4 Το μέσο μέτρησης Center for Epidemiological Studies- Depression Scale	30
6. Ευρήματα	32
7. Συζήτηση	34
8. Βιβλιογραφικές αναφορές	41
Παράρτημα	60

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στον τομέα των ψυχικών παθήσεων, οι διαταραχές της διάθεσης αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή. Ωστόσο, η συντριπτική πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων των διαταραχών διάθεσης αναφέρεται στην κατάθλιψη (Beekman et al., 2002. Beekman, Copeland & Prince, 1999), η οποία σύμφωνα με τον Blenkiron (1998) είναι η πιο κοινή από όλα τα ψυχικά προβλήματα και αποκαλείται ως «κοινό κρύωμα» των ψυχικών διαταραχών.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις καταθλιπτικές και τις διπολικές διαταραχές. Στις καταθλιπτικές διαταραχές, περιλαμβάνονται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και συνοδά συμπτώματα όπως διαταραχές στον ύπνο και η δυσθυμική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση και συνοδά συμπτώματα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για τουλάχιστον δύο χρόνια στους ενήλικες. Οι διπολικές διαταραχές είναι τρεις, με διαφοροποιό στοιχείο την πιθανή υπεροχή των μανιακών (διπολική I διαταραχή), των καταθλιπτικών (διπολική II διαταραχή) ή των υπομανιακών επεισοδίων (κυκλοθυμική διαταραχή). Τέλος, αναφέρονται δύο ακόμα διαταραχές της διάθεσης οι οποίες είναι, η διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση και η προκαλούμενη από ουσίες (APA, 2000).

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή του συναισθήματος που παλιότερα χαρακτηριζόταν ως μελαγχολία. Πρόκειται για μια παθολογική θλίψη που νιώθει ένας άνθρωπος, η οποία μπορεί να φτάσει μέχρι και την αυτοκτονία. Αυτή η θλίψη μπορεί να

οφείλεται είτε σε μια πολύ δυσάρεστη κατάσταση στο περιβάλλον του(αντιδραστική-έξωγενής κατάθλιψη) είτε σε οργανικά αίτια (π.χ. κατάθλιψη της λοχείας λόγω της μεγάλης αλλαγής στα επίπεδα των ορμονών μετά τον τοκετό). Μπορεί ακόμα να φτάσει μέχρι την ψύχωση, οπότε γίνεται λόγος για ψυχωσική κατάθλιψη(Παπαδόπουλος, 1994).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές, επηρεάζοντας πάνω από 300 εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο σήμερα και είναι υπεύθυνη για το 10% των χαμένων παραγωγικών χρόνων. Η κατάθλιψη απαντάται σε άνδρες και σε γυναίκες, σε ανθρώπους από όλες τις κοινωνικές τάξεις, σε όλες τις χώρες, σε όλα τα πολιτισμικά περιβάλλοντα και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (McLoughlin, 2002). Ωστόσο, έχουν βρεθεί υψηλότεροι δείκτες από τους αναμενόμενους στις γυναίκες, στους έγχρωμους ανθρώπους, στους εν διαστάσει ή διαζευγμένους ανθρώπους και στους ανθρώπους με μόρφωση χαμηλότερη του λυκείου και πολύ χαμηλού εισοδήματος (Angst et al., 2002). Πρέπει να σημειωθεί ότι, μεταξύ αυτών των ομάδων υπάρχει θετική συσχέτιση για την εμφάνιση της διαταραχής (Rosenfield, 1999). Επίσης, υπάρχουν αποδείξεις ότι γίνεται ακόμα πιο κοινή διαταραχή, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να προβλέπει ότι θα γίνει η δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου και δυσκολίας στον κόσμο μέχρι το έτος 2020 (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000a).

Είναι σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι, οι αγχώδεις καταθλιπτικές αντιδράσεις που σχετίζονται με την καθημερινή εμπειρία, αντιμετωπίζονται και

σχετίζονται πιο συχνά με ένα φάσμα αιτιών το οποίο συνδέεται με το στρες που προέρχεται από διάφορες καταστάσεις. Έτσι, οι δείκτες της διαταραχής για πιο σοβαρές μορφές ποικίλουν σύμφωνα με πολλούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες της κατάθλιψης είναι, υψηλότεροι στις γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών και ανάμεσα στα υποκείμενα που προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες και βιώνουν πρόσφατα αρνητικά γεγονότα (Stordal, Mykletun & Dahl, 2003).

Η κατάθλιψη μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες στα άτομα και στις οικογένειές τους, καθώς επίσης μπορεί να έχει κυρίαρχη επίδραση και στην κοινωνία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη είναι η τέταρτη στη σειρά αιτία των ασθενειών και της δυσκολίας παγκοσμίως (WHO, 1999). Όπως και οι κοινές σωματικές αρρώστιες έτσι και η κατάθλιψη, μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες εάν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και αποτελεσματικά. Παρ'όλα αυτά, συχνά είναι μη διαγνώσιμη ή μη κατάλληλα θεραπεύσιμη (Gillam, 2004). Αξίζει να αναφερθεί ότι περίπου το 5% του πληθυσμού είναι κλινικά καταθλιπτικοί, αλλά εκτιμάται ότι ένα άτομο στα τρία μπορεί να βιώσει ένα επεισόδιο κατάθλιψης κατά την διάρκεια της ζωής του, περίπου το 5% θα υποφέρει από μείζων κατάθλιψη, άλλο 5% θα έχει ηπιότερα συμπτώματα, ενώ ένα 10% θα φανερώνει κάποιο επίπεδο θλίψης και καταπόνησης (Paykel & Priest, 1992).

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να χωριστούν σε συμπτώματα συμπεριφοράς, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν το αίσθημα της απόσυρσης/απομόνωσης με τον πιο κοινό δείκτη αυτόν

της κοινωνικής απομόνωσης, τον διαταραγμένο ύπνο όπως παραδείγματος χάριν δυσκολία ύπνου την νύχτα και τέλος τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, η οποία πολύ δύσκολα σχετίζεται αρχικά με την κατάθλιψη ή με την προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα και λαμβάνεται ως μία συμπεριφορά που είναι αποδεχτή στο πλαίσιο των κοινωνικών συναναστροφών. Τα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν το χαμηλό επίπεδο διάθεσης, όπου πολύ συχνά γίνεται αντιληπτό από το πόσο ευσυγκίνητο είναι ένα άτομο και τον αρνητικό τρόπο σκέψης/χαμηλή αυτοεκτίμηση, όπου το άτομο διαρκώς εστιάζει στα αρνητικά γεγονότα. Επιπροσθέτως, συμπεριλαμβάνεται το αίσθημα της ανησυχίας, του θυμού και της ευερεθιστότητας, της χαμηλής συγκέντρωσης, της αναποφασιστικότητας και της αδυναμίας συγκράτησης πληροφοριών. Τέλος, τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τον λήθαργο/έλλειψη κινήτρων, όπου το άτομο χαρακτηρίζεται ως απαθές και την όρεξη με τις συνεπαγόμενες διαφοροποιήσεις του βάρους (Highet, Thompson & McNair, 2005).

1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ

1.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Υπάρχουν πολλές θεωρίες και μοντέλα που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της κατάθλιψης, τόσο βιολογικά όσο και ψυχολογικά. Από τις βιολογικές θεωρίες οι πιο δημοφιλείς είναι η γενετική θεωρία και η βιογενής αμινική υπόθεση. Η γενετική θεωρία υποστηρίζει ότι οι γενετικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τους περιβαλλοντικούς ακόμα και σε αυτές που ονομάζουμε ενδογενείς διαταραχές. Η κληρονομικότητα εμφανίζεται να επηρεάζει την συναισθηματική αστάθεια, την

κυτταρική λειτουργικότητα, τα βασικά επίπεδα διέγερσης, τα επίπεδα κατωφλιού ερεθισμού και άλλα ψυχολογικά υποστρώματα της συμπεριφοράς και αυτά μπορεί κυρίως να σχετίζονται με την βίωση της κατάθλιψης (Marsella, 1987). Η βιογενής αμινική υπόθεση, υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με μία απόλυτη ή σχετική ανεπάρκεια κατεχολαμινών (νορεπινεφρίνη) ή ινδολαμινών (σεροτονίνη) σε λειτουργικά σημαντικούς υποδοχείς σε περιοχές του εγκεφάλου. Διαταραχές στην δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης έχουν ενοχοποιηθεί στην αιτιολογία της κατάθλιψης (Ayd, 2000).

1.4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

1.4.2.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία

Στις ψυχολογικές θεωρίες για την αιτιολογία και την εμφάνιση της κατάθλιψης, συμπεριλαμβάνονται η ψυχαναλυτική, η συμπεριφοριστική και η γνωστική θεωρία από τις οποίες θα αναφερθούν οι πιο πρόσφατοι εκπρόσωποί τους. Από την ψυχαναλυτική θεωρία ο πιο πρόσφατος είναι ο Bowlby (1978, 1981), ο οποίος έδωσε έμφαση στην σημαντικότητα των πρώιμων εμπειριών του δεσμού στην προδιάθεση του ατόμου στο να αναπτύξει αργότερα κατάθλιψη. Ο Bowlby θέτει ως δεδομένο ότι τα βρέφη έχουν μια έμφυτη τάση να ψάχνουν για ερεθίσματα και να προάγουν το δεσμό (attachment) με σημαντικά αντικείμενα τα οποία θα παρέχουν προστασία και υποστήριξη. Έτσι, οι συμπεριφορές του βρέφους όπως το κλάμα, το χαμόγελο, το ρούφηγμα και το πιάσιμο εξυπηρετούν στην απόσπαση της φροντίδας και στο να βοηθήσει στη διασφάλιση της ανάπτυξης του δεσμού. Ο Bowlby υποστηρίζει ότι, ένας συγκεκριμένος αδιατάρακτος δεσμός με ένα ιδιαίτερο άνθρωπο είναι σημαντικός για την μη παθολογική ανάπτυξη του

ατόμου. Πιστεύει ότι οι άνθρωποι από όλες τις ηλικίες είναι ευάλωτοι στο να καταστρέφουν διαπροσωπικές σχέσεις, εάν δεν έχουν αναπτύξει δυνατούς δεσμούς νωρίς στη ζωή τους. Μάλιστα πολλές ψυχικές διαταραχές έχουν τις ρίζες τους στην δυσκολία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει στοργικούς δεσμούς. Η απειλή της απώλειας ενός σημαντικού προσώπου δεσμού για παράδειγμα δημιουργεί ανησυχία και θλίψη. Εάν ο δεσμός (τυπικά με την μητέρα) είναι διαταραγμένος είτε λόγω χωρισμού είτε λόγω συναισθηματικής αδιαφορίας, ο Bowlby θέτει ως δεδομένο ότι το υποκείμενο μπορεί να γίνει ευάλωτο στην κατάθλιψη. Θεωρεί ότι, η κατάθλιψη των ενήλικων σχετίζεται με αποτυχία στην πρώιμη παιδική ηλικία να εγκαθιδρύσουν ένα σταθερό και ασφαλές δεσμό με τους γονείς ή με την εμπειρία της πραγματικής απώλειας του γονέα με συνδεδεμένα συναισθήματα της δυσκολίας και των αρνητικών αναπαραστάσεων του εαυτού και των άλλων (Bowlby, 1988).

1.4.2.2 Συμπεριφοριστική Θεωρία

Στις συμπεριφοριστικές θεωρίες για την κατάθλιψη, πιο πρόσφατα έχουν ασχοληθεί οι Coates και Wortman (1980), οι οποίοι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις διαδικασίες της κοινωνικής σύγκρισης των καταθλιπτικών ατόμων και στις προσπάθειες που γίνονται από άλλους ανθρώπους στο κοινωνικό περιβάλλον να ελέγξουν άμεσα την καταθλιπτική έκθεση των αντιτιθέμενων συμπτωμάτων. Υποστηρίζουν ότι οι άλλοι άνθρωποι αντιδρούν με συμπαθητική διάθεση προς το καταθλιπτικό άτομο και προσπαθούν να βελτιώσουν τα αρνητικά συναισθήματα μέσω της συμπαράστασης και της ψυχαγωγίας. Ωστόσο, αυτές οι αρχικές προσπάθειες ελέγχου του καταθλιπτικού ατόμου μπορούν να δημιουργήσουν στο άτομο χειρότερα συναισθήματα, αμφιβάλλοντας

για την καταλληλότητα των δικών του/της αισθημάτων και αντιδράσεων. Με το πέρασμα του χρόνου, οι άλλοι άνθρωποι στο κοινωνικό περιβάλλον του καταθλιπτικού ατόμου είναι όλο και περισσότερο εκνευρισμένοι και απογοητευμένοι με την καταθλιπτική εκδήλωση και η αρχική υποστηρικτική αντίδραση γίνεται περισσότερο ασυνάρτητη και διαφορούμενη. Έτσι, σύμφωνα με τους Coates και Wortman, το καταθλιπτικό άτομο αρχίζει να εμφανίζει περισσότερα συμπτώματα με σκοπό να ανακτήσει τη χαμένη υποστήριξη και καθώς οι προσπάθειες των άλλων ατόμων να ελέγξουν την καταθλιπτική συμπεριφορά γίνονται περισσότερο φανερές και επίμονες, το καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται μεγαλύτερη απόρριψη, ανεπαρκές και απομονωμένο. Γι' αυτό το λόγο οι Coates και Wortman υποδηλώνουν ότι, οι αρνητικές αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων συμβάλλουν στην διατήρηση της κατάθλιψης.

1.4.2.3 Γνωστική Θεωρία

Τέλος, όσο αφορά τις γνωστικές θεωρίες για την κατάθλιψη, έχουν προταθεί πόλλες για να την εξηγήσουν η πιο πρόσφατη όμως, είναι αυτή των Abramson, Metalsky και Alloy (1989), η οποία είναι μια αναθεωρημένη έκδοση του μοντέλου της μαθημένης δυσκολίας για την κατάθλιψη. Η δική τους θεωρία της απελπισίας (hopelessness theory of depression) θέτει ως δεδομένο την ύπαρξη ενός τύπου κατάθλιψης στον οποίο αναφέρονται ως «απελπιστική κατάθλιψη». Ουσιαστικά, οι Abramson, Metalsky και Alloy θέτουν ως δεδομένο ότι, η «απελπιστική» κατάθλιψη είναι ένα αποτέλεσμα προσδοκιών οι οποίες είναι επιθυμητές σε μεγάλο βαθμό και τα αποτελέσματά τους δεν θα συμβούν ή ότι αποτελέσματα τα οποία σε μεγάλο βαθμό είναι μη επιθυμητά θα συμβούν και ότι καμία αντίδραση στο ρεπερτόριο του ατόμου δεν μπορεί να αλλάξει την

πιθανότητα να λάβουν χώρα αυτά τα αποτελέσματα. Σύμφωνα με την θεωρία της απελπισίας, η εμφάνιση των αρνητικών γεγονότων υπηρετεί τον ρόλο της στο να αποκτήσουν οι άνθρωποι το αίσθημα της απελπισίας. Η απελπισία θα απαντηθεί στο βαθμό στον οποίο τα υποκείμενα θα αντιληφθούν τους εαυτούς τους ως ανίκανους να επηρεάσουν τα αποτελέσματα στο περιβάλλον τους. Επιπλέον θέτουν ως δεδομένο, την ύπαρξη μιας γενικής κλίσης μερικών ατόμων να αποδίδουν τα αρνητικά γεγονότα σε σταθερούς και ολικούς παράγοντες και θεωρούν αυτά τα γεγονότα πολύ σημαντικά. Τα άτομα που επιδεικνύουν αυτή τη συμπεριφορά είναι πιθανό να καταλήξουν απελπισμένοι όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα αρνητικό γεγονός. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, στην απουσία του αρνητικού γεγονότος ή στην παρουσία ενός θετικού γεγονότος, τα άτομα αυτά δεν αναμένεται να αναπτύξουν αισθήματα απελπισίας ή να επιδείξουν συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι η θεωρία της απελπισίας, είναι επίσης μια θεωρία διάθεσης-στρες της κατάθλιψης κατά την οποία, η διάθεση αλληλεπιδρά με ένα στρεσογόνο αρνητικό γεγονός και παράγει την «απελπιστική» κατάθλιψη. Χωρίς το στρες, η διάθεση δεν καταλήγει σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Abramson, Alloy & Metalsky, 1988) .

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ευτυχίας είναι έργο δύσκολο, αν και πολλοί έχουν ασχοληθεί μαζί του από την εποχή της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας. Ο Αρίστιππος ο Κυρηναίος προσδιόρισε την ευτυχία ως την επιδίωξη των απολαύσεων, της ευχαρίστησης και της ηδονής. Ο Επίκουρος έκρινε ότι ευτυχία είναι στην ουσία η αποφυγή του πόνου, όχι μέσα από ενεργητική προσπάθεια όπως υποστήριξε ο Αρίστιππος, αλλά ζώντας μια ζωή ήρεμη και μετριασμένη. Από την άλλη πλευρά, ο Αριστοτέλης θεώρησε ότι ευτυχία είναι η επιδίωξη της αλήθειας και της αρετής (Καραδήμας & Καλατζή-Αζίζη, 2004). Ο όρος ευτυχία συναντάται και στη σύγχρονη ψυχολογική έρευνα, αν και συχνότερα υπό τον όρο υποκειμενική ευεξία, ο οποίος χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της ευτυχίας (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Σε μια ανασκόπηση που έγινε το 1967 από τον Wilson, διαπιστώθηκε ότι ένα ευτυχισμένο άτομο διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά και αυτά είναι, η νεανικότητα, η υγεία, η μόρφωση, η καλή οικονομική κατάσταση, η εξωστρέφεια, η αισιοδοξία, η θρησκευτικότητα, η αυτοεκτίμηση, οι μετριοπαθείς φιλοδοξίες, ο βαθμός της νοημοσύνης του και ότι είναι παντρεμένο. Περίπου είκοσι χρόνια αργότερα, ο Diener και οι συνεργάτες του ορίζουν την υποκειμενική ευεξία ως τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αξιολογούν τη ζωή τους, με όρους τόσο τρέχοντες όσο και πιο μακροπρόθεσμους, ενώ θεωρούν ότι η ευεξία είναι μια ευρεία κατηγορία φαινομένων που περιλαμβάνει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου, καθώς και τη γενικευμένη αξιολόγηση για το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή γενικά και από επιμέρους περιοχές της ανθρώπινης λειτουργικότητας ειδικότερα (Diener et al., 2003. Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999. Diener, 1984). Έτσι, καθορίζουν ως

«συστατικά» της υποκειμενικής ευεξίας το υπάρχον συναίσθημα, θετικό και αρνητικό, την ικανοποίηση από τη ζωή, καθώς και την ικανοποίηση για κάθε τομέα της ζωής (π.χ., επάγγελμα, οικογένεια κλπ). Τα δύο πρώτα αναπαριστούν τις τρέχουσες αξιολογήσεις για τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα, ενώ τα δύο τελευταία αποτελούν τη γνωστική πλευρά της γενικής αίσθησης ευεξίας (Καραδήμας & Καλατζή-Αζίζη, 2004).

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος υποκειμενική ευεξία αντιπροσωπεύει τις αξιολογήσεις των ανθρώπων για την πορεία της ζωής τους, δηλαδή πρόκειται για την προσωπική, συναισθηματική και γνωστική εκτίμηση του ατόμου για τη ζωή του (Diener, 2000). Ωστόσο, κρίνεται πολύ δύσκολος ο καθορισμός της εννοιας της υποκειμενικής ευεξίας, αφού αναφερόμαστε σε ένα πολιτισμικό φαινόμενο και συνεπώς υπάρχουν σημαντικές πολιτισμικές διαφορές όσο αφορά τον προσδιορισμό της ευεξίας. Στην πραγματικότητα, το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας αναπαριστά τις ηθικές κρίσεις του πολιτισμικού πλαισίου για το τι σημαίνει να είναι κάποιος καλά (Ryan & Deci, 2001).

Σε μια ανασκόπηση ο Diener το 1984 διέκρινε μεταξύ δύο μοντέλων, αυτό της «κορυφής – βάσης» και της «βάσης – κορυφής» για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών που επιδρούν στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας. Το μοντέλο της «βάσης – κορυφής» αναφέρεται στο πως εξωτερικά γεγονότα, καταστάσεις και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας, ενώ το πρώτο αναφέρεται στο πως και ποιες εσωτερικές διεργασίες (γνωστικές, συναισθηματικές, προσωπικότητα κλπ) το διαμορφώνουν. Η έρευνα όμως στους δημογραφικούς παράγοντες και στα εξωτερικά

γεγονότα έδειχνε ότι, δεν ερμήνευαν ουσιαστικά τη διακύμανση του υποκειμενικού αισθήματος ευεξίας. Οι Campbell, Converse και Rodgers (1976) διαπίστωσαν ότι, οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση, ευθύνονται για λιγότερο από το 20% της διακύμανσης του υποκειμενικού αισθήματος ευεξίας και οι Andrews και Withey (1976) προέβλεψαν μόνο το 8%. Το ενδιαφέρον όμως, έχει μετατεθεί από τους εξωτερικούς παράγοντες στους εσωτερικούς του ατόμου, όπως είναι η προσωπικότητα, οι στόχοι, οι φιλοδοξίες, η προσαρμογή, ο τρόπος που ερμηνεύει τις πληροφορίες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων κ.α.(Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Η μελέτη των εσωτερικών παραγόντων κρίνεται πολύ σημαντική, γιατί είναι αυτοί οι παράγοντες που θα καθορίσουν το πως θα επιδράσουν οι εξωτερικοί-δημογραφικοί παράγοντες στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας (Lent, 2004).

2.3 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όσον αφορά τη μελέτη των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων και το πως επηρεάζουν το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας, νεώτερες έρευνες για τον παράγοντα ηλικία, υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή συχνά αυξάνει ή τουλάχιστον δεν μειώνεται με την πάροδο των ετών (Cheng, 2004. Ryan & Deci, 2001. Diener et al., 1999. Carstensen, 1998. Horley & Lavery, 1995). Συγκεκριμένα, οι Diener και Suh (1998) σε μια έρευνά τους στην οποία εξέτασαν τη σχέση της ηλικίας και της υποκειμενικής ευεξίας, βρήκαν ότι μόνο το θετικό αίσθημα μειωνόταν λίγο με την πάροδο της ηλικίας. Σε αντίθεση, η ικανοποίηση από τη ζωή παρουσίαζε μια μικρή

αύξηση με τη πάροδο της ηλικίας, ενώ το αρνητικό αίσθημα παρέμενε σταθερό. Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι, ο βαθμός στον οποίο ένας άνθρωπος αισθάνεται ευτυχισμένος δεν επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία στην οποία βρίσκεται.

Επιπροσθέτως, έχει βρεθεί ότι, δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ευεξία και συνεπώς το επίπεδο ευεξίας που βιώνει ένα άτομο δεν επηρεάζεται από το φύλο του (Roothman, Kirsten & Wissing, 2003. Kelleher, Friel, Gabhainn & Tay, 2003). Ωστόσο, είναι πιο συχνές οι αναφορές αρνητικού αισθήματος στις γυναίκες, αλλά το γεγονός αυτό φαίνεται να αντισταθμίζεται από το ότι, παράλληλα βιώνουν και πιο έντονα θετικά αισθήματα από τους άνδρες (Fujita, Diener & Sandvik, 1991).

Επιπλέον, όσον αφορά την οικονομική κατάσταση των ατόμων στις αναπτυγμένες χώρες, φαίνεται ότι, από τη στιγμή που έχουν ικανοποιηθεί οι βασικές ανάγκες, ο πλούτος επηρεάζει ελάχιστα την υποκειμενική ευεξία σε σύγκριση με τους ανθρώπους με χαμηλό βιοτικό επίπεδο (Mayer, 2001. Oswald, 1997). Επίσης, σε εθνικό επίπεδο, οι πολίτες των αναπτυγμένων χωρών δηλώνουν πιο ευτυχισμένοι από τους πολίτες των υπο-ανάπτυκτων χωρών και του Τρίτου κόσμου (Diener, 2000).

Η επαγγελματική κατάσταση του ατόμου συνδέεται με το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας (Konu, Lintonen & Rimpelae, 2003. Fogarty et al., 1999) και σε μια μετανάλυση 34 ερευνών βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση, αν και χαμηλή, ανάμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση και στην ικανοποίηση από τη ζωή (Judge & Watanabe, 1993). Το επάγγελμα συνδέεται θετικά με την ευεξία, επειδή παρέχει στα άτομα ένα ευχάριστο επίπεδο δραστηριοποίησης, κοινωνικές σχέσεις και μια αίσθηση σκοπού και ταυτότητας (Klumb & Lampert, 2004).

Εν συνεχεία, νεώτερες έρευνες υποδεικνύουν μια χαμηλή, αλλά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και υποκειμενικής ευεξίας (Diener et al., 1999). Όμως, αυτή η σχέση οφείλεται κυρίως στη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των μεταβλητών της εκπαίδευσης και επαγγελματικής / οικονομικής κατάστασης του ατόμου και συνεπώς δεν πρόκειται για μια άμεση επίδραση αλλά έμμεση της μόρφωσης στην ευεξία (Diener et al., 1999).

Τέλος, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, έχει επισημανθεί ήδη από τον Wilson (1967) και έχει επιβεβαιωθεί από νεώτερες έρευνες, η θετική σχέση μεταξύ έγγαμου βίου και υποκειμενικής ευεξίας (Gove & Shin, 1989). Γενικά, οι παντρεμένοι δηλώνουν περισσότερο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους χήρους. Η διάλυση ενός γάμου, είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω χηρείας, αποτελεί πλήγμα για το άτομο, αφού ο γάμος συνιστά συχνά την πρωταρχική πηγή οικειότητας και κοινωνικής στήριξης (Myers, 2000).

2.4 ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.4.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η θέση που κατέχει η προσωπικότητα ως παράγοντας επίδρασης στην υποκειμενική ευεξία, είναι εξέχουσα στην βιβλιογραφία. Είναι ένας από τους σημαντικότερους, αν όχι ο σημαντικότερος παράγοντας, επιρροής στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας (DeNeve & Cooper, 1998). Το άτομο έχει την τάση να βιώνει την ζωή με έναν θετικό ή αρνητικό τρόπο και η τάση αυτή καθορίζεται από σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (Diener, 1984). Επίσης, οι DeNeve (1999),

Heady και Wearing (1989), Lykken και Tellegen (1996) και ο McCrae (2002) υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική ευεξία αποτελεί σταθερό σχετικά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, ότι καθορίζεται πρωτίστως από τις ενδιάθετες προδιαθέσεις μας ή και τη γονιδιακή μας ταυτότητα και ότι, κατά συνέπεια, είναι σχετικά σταθερή στο χρόνο. Σε αντίθεση με τους παραπάνω, έχει βρεθεί από άλλους ερευνητές ότι η υποκειμενική ευεξία αλλάζει με το πέρασμα του χρόνου, μολονότι ορισμένα χαρακτηριστικά μένουν σταθερά (Eid & Diener, 2004. Lucas, Diener, Grob, Suh & Shao, 2000. Schwarz & Strack, 1999). Το μοντέλο των πέντε παραγόντων των Costa και McCrae (1980), περιγράφει πλήρως την προσωπικότητα και οι πέντε παράγοντες είναι η εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός, η δεκτικότητα σε εμπειρίες, η προσήνεια και η ευσυνειδησία. Τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται να έχουν τις μεγαλύτερες σε ισχύ συνάφειες με την υποκειμενική ευεξία είναι, σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνών, η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός (Argyle, 2001. Costa & McCrae, 1980. Francis, 1999. Watson & Clark, 1997). Η εξωστρέφεια σχετίζεται θετικά με το θετικό συναίσθημα κυρίως, ενώ ο νευρωτισμός με το αρνητικό συναίσθημα. Πιο πρόσφατες όμως έρευνες δείχνουν ότι ο νευρωτισμός είναι μάλλον σημαντικότερος παράγοντας από την εξωστρέφεια. Οι DeNeve και Cooper (1998) υποστηρίζουν ότι ο νευρωτισμός είναι ο σημαντικότερος από τους 5 παράγοντες της προσωπικότητας όσον αφορά την πρόβλεψη του συναισθήματος και της ικανοποίησης από τη ζωή. Οι Hayes και Joseph (2003) αν και βρήκαν ότι και τα δύο είναι σημαντικά, καθώς ερμηνεύουν 32-56% της διακύμανσης, θεωρούν τον νευρωτισμό σημαντικότερο, εφόσον ερμηνεύει περισσότερες πλευρές της υποκειμενικής ευεξίας.

2.4.2 ΑΛΛΟΙ ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική ευεξία, είναι η αισιοδοξία, οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες, η κοινωνική υποστήριξη και η υγεία. Οι Scheier, Carver & Bridges (2001), υποστηρίζουν ότι η αισιοδοξία αντιπροσωπεύει μια γενικευμένη τάση για αναμονή θετικών αποτελεσμάτων στη ζωή. Η προσδοκία αυτή παρακινεί σε περαιτέρω προσπάθεια, επιμονή και υπομονή (Wrosch & Scheier, 2003). Τόσο παλαιότερες (βλ. π.χ., Diener et al., 1999. Diener et al., 2003) όσο και νεώτερες έρευνες (Eid & Diener, 2004. Makikangas & Kinnunen, 2003) βρήκαν ότι, η αισιοδοξία αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης αρκετών πλευρών της υποκειμενικής ευεξίας. Οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες, συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας (Diener et al., 1999). Μάλιστα, τα υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας σχετίζονται θετικά με την χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων (Smith, 2003) και αρνητικά με την άρνηση (Rao, Apte & Subbakrishna, 2003), την αποφυγή (O'Connor & O'Connor, 2005) και την αυτο-κατηγορία (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004). Επιπροσθέτως, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την ευεξία (Bal, Crombez, Van Oost & Debourdeaudhuij, 2003. Kahn, Hessling & Russell, 2003. Palmer, Donaldson & Stough, 2002), ακόμα και μετά από στατιστικό έλεγχο μεταβλητών προσωπικότητας. Η κοινωνική επαφή θεωρείται γενικά ότι είναι όχι μόνο καθοριστική για την ευεξία, αλλά και βασική ανθρώπινη ανάγκη (Lyubomirsky, 2001. Ryan & Deci, 2001). Τέλος όσον αφορά την υγεία, έχει βρεθεί ότι, η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του και όχι η αντικειμενική κατάστασή του, επιδρά στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας (Gladis, Gosch, Dishuk &

Crits-Christoph, 1999. Watten, Vassend, Myhrer & Syversen, 1997). Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του γεγονότος έγκειται στην ικανότητα του ανθρώπου να προσαρμόζεται στα δεδομένα και στις απαιτήσεις των καταστάσεων (Diener et al., 1999).

Εν κατακλείδι, φαίνεται με ενάργεια ότι, όλες οι εννοιολογικές κατασκευές που σχετίζονται με την προσωπικότητα παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη ζωή ή τη μη ικανοποίηση από τη ζωή, συνδεδεμένες είτε θετικά είτε αρνητικά με αρνητικά συναισθήματα (Chan, 2004). Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι, η μελέτη αλληλεπίδρασης του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας με τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων κρίνεται σημαντική για την εξαγωγή συμπερασμάτων, τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε έναν πιο ειδικό όπως αυτόν των γονέων με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες.

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

3.1 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Ένα γεγονός ζωής που συχνά οδηγεί σε γονική κατάθλιψη είναι η διάγνωση του παιδιού με μια δυσκολία (Blacher, Shapiro, Lopez, Diaz & Fusco, 1997. Kessler, 1997). Η γέννηση ενός παιδιού με δυσκολίες ή η συναίσθηση ότι το παιδί έχει διανοητικές δυσκολίες μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας οξύς στρεσογόνος παράγοντας ή ένα μείζων γεγονός ζωής και τα επίπεδα αυτοπεποίθησης του γονέα πριν τη γέννηση του παιδιού μπορούν να καθορίσουν το βαθμό στον οποίο αυτή η εμπειρία θα αποτελέσει απειλή για την ψυχική υγεία και για την υποκειμενική ευεξία του γονιού (Olsson & Hwang, 2002).

Οι γνωστικές θεωρίες της κατάθλιψης αναγνωρίζουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ορμητική εκδήλωση και στην πορεία της καταθλιπτικής διαταραχής (Iardi & Craighead, 1999. Iardi, Craighead & Evans, 1997). Η εμπειρία του να είναι κάποιος γονιός σε ένα παιδί με διανοητικές δυσκολίες, αυξάνει τον κίνδυνο να προκαλέσει αισθήματα απώλειας, ανημπορίας και αποτυχίας. Προυπάρχοντα δυσλειτουργικά σχήματα μπορούν να καταστήσουν ορισμένους γονείς εξαιρετικά ευάλωτους σε αυτά τα συναισθήματα, ειδικά εαν δεν έχουν επαρκή κινητοποίηση αντιστάθμισης θετικών σχημάτων. Από τη στιγμή που κάποιος είναι γονέας σε παιδί με διανοητικές δυσκολίες είναι πιθανό να προκληθούν πιο συχνά τέτοια αισθήματα και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος επανειλημμένης ενεργοποίησης δυσλειτουργικών καταθλιπτικών σχημάτων. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί οι περισσότερες μελέτες βρίσκουν καταθλιπτικά συμπτώματα στις μητέρες παιδιών με διανοητικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους γονείς των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι γονείς των

παιδιών με διανοητικές δυσκολίες, πιθανότατα δεν έχουν περισσότερα δυσλειτουργικά σχήματα σε σχέση με άλλους γονείς πριν από τη γέννηση του παιδιού, αλλά τα δυσλειτουργικά σχήματα που παραμένουν αδρανοποιημένα σε γονείς με φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ενεργοποιηθούν σε γονείς με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες (Clarke & Beck, 1999).

Ο συνδυασμός ενός στρεσογόνου γεγονότος και ενός δυσλειτουργικού σχήματος, μπορεί να μην είναι ο μόνος λόγος για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γονείς με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες. Φαίνεται λογικό να υποθέτουμε ότι, κάποιιοι γονείς παιδιών με διανοητικές δυσκολίες θα βίωναν κατάθλιψη ακόμα και στην απουσία του προβλήματος του παιδιού τους εξαιτίας των δικών τους βιολογικών ή συναισθηματικών ευπαθειών. Για άλλους γονείς υπάρχει μια ευπάθεια η οποία πυροδοτείται αποκτώντας παιδί με διανοητικές δυσκολίες. Στην απουσία του παιδιού με διανοητικές δυσκολίες, αυτά τα δυσλειτουργικά σχήματα θα μπορούσαν να ενεργοποιηθούν από άλλα στρεσογόνα ερεθίσματα είτε θα μπορούσαν να παραμείνουν ανενεργά (Clarke & Beck, 1999).

Σε αντίθεση, ερευνητές οι οποίοι έχουν μελετήσει οικογένειες για χρόνια ή ακόμα και δεκαετίες μετά τη διάγνωση του παιδιού τους, τείνουν να συμπεράνουν ότι η κατάθλιψη εξασθενίζει με το πέρασμα του χρόνου, ότι είναι πιθανό αποτέλεσμα η ικανοποίηση, η οποία προέρχεται από την εμπειρία ανατροφής του παιδιού και ότι τα παιδιά με δυσκολίες θεωρούνται αναπόσπαστη και σημαντική πλευρά της οικογένειάς τους (Flaherty & Glidden, 2000. Stephens & Franks, 1999). Ωστόσο, η αρχική κατάθλιψη που βιώνεται από τους γονείς δεν είναι ασήμαντη, ακόμα και όταν είναι μικρής διάρκειας. Μπορεί να είναι η αρχή μιας υπαρκτής κρίσης η οποία καταλήγει σε

σημαντικές συνέπειες της ζωής για την οικογένεια και το παιδί (Sadetzki et al., 2000. Dumaret et al., 1998).

3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για υψηλά επίπεδα στρες και κατάθλιψης σε γονείς με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες (Veisson, 1999. Hoare, Harris, Jackson & Kerley, 1998. Sanders & Morgan, 1997. Dyson, 1997. Blacher & Lopez, 1997). Αυτό υποδηλώνει το γεγονός ότι, ορισμένοι γονείς βρίσκονται σε μία κατάσταση ψυχολογικού στρες εξαιτίας των απαιτήσεων ανατροφής ενός παιδιού με δυσκολίες και αυτό το στρες μπορεί να εμφανίζεται ως κακή ψυχολογική υγεία. Οι περισσότερες μελέτες που ερευνούν την ψυχική υγεία των γονέων με παιδιά με δυσκολίες, υποδεικνύουν υψηλότερες βαθμολογίες στη μητρική κατάθλιψη σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου (Spangenberg & Theron, 1999. Warfield, Krauss, Hauser-Cram, Upshur & Shonkoff, 1999). Συγκεκριμένα υποδηλώνουν ότι, το 35%-53% των μητέρων με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες εκδηλώνουν άνω του φυσιολογικού ορίου καταθλιπτικά συμπτώματα (Veisson, 1999. Hoare et al., 1998. Blacher et al., 1997. Carpinello, Piras, Pariente, & Carta, 1995). Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι, πολλοί ερευνητές έχουν τεκμηριώσει την εμφάνιση της κατάθλιψης ως αντίδραση για τα μετέπειτα χρόνια ανάπτυξης του παιδιού τους (Olsson & Hwang, 2001. Glidden & Schoolcraft, 2003) και πολλοί έχουν εστιάσει στην περίοδο αμέσως μετά την διάγνωση (Glidden & Floyd, 1997. Glidden, 1993). Επιπροσθέτως, είναι έκδηλο το γεγονός ότι, οι διαφορές στα χαρακτηριστικά του παιδιού σχετίζονται με την επικράτηση της γονικής

κατάθλιψης (Hoare et al., 1998. Sanders & Morgan, 1997. Ireys & Silver, 1996). Συνεπώς, αξιοσημείωτο κρίνεται το γεγονός ότι, η γέννηση ενός παιδιού με δυσκολίες μπορεί αφενός να είναι εξαιρετικά στρεσογόνος αλλά αφετέρου δεν επηρεάζει όλους τους γονείς με τον ίδιο τρόπο (Hodapp, Dykens & Masino, 1997).

3.3 ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΠΟΥ ΔΕΧΕΤΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η δυσκολία ενός παιδιού είναι μια τριαδική εμπειρία, συμπεριλαμβάνοντας αλληλεπιδράσεις με τρεις τρόπους, μεταξύ του παιδιού που βιώνει τη δυσλειτουργία, την οικογένεια που επηρεάζεται από αυτή και το περιβάλλον στο οποίο εκδηλώνεται η δυσκολία (Falik, 1995). Οι αλλαγές στην καθημερινότητα της οικογένειας είναι αναγκαίες με σκοπό να παρέχεται φροντίδα στο παιδί, οι οποίες έχουν σημαντικές επιδράσεις στην λειτουργικότητα της οικογένειας (Marvin & Pianta, 1996). Η μετάβαση σε μια οικογένεια με παιδί με διανοητικές δυσκολίες, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην κοινωνική ζωή της οικογένειας. Πολλοί γονείς πρέπει να μεταβάλλουν την κοινωνική ζωή τους λόγω της ματαίωσης και της απογοήτευσης που βιώνουν καθημερινά (Heiman, 2002). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς στην φροντίδα του παιδιού τους και στις άλλες οικογενειακές σχέσεις τους, έχουν τοποθετηθεί ως μια πηγή ανησυχίας, υπερπροστατευτικότητας και αυστηρότητας μέσα στα πλαίσια της οικογένειας (Lardieri, Blacher & Swanson, 2000). Οι γονείς, εκτός από τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν σε σύγκριση με γονείς φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών, εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα υγείας και συναισθήματα περιορισμού (Roach, Ormond & Barratt, 1999). Επιπροσθέτως, πολλές οικογένειες βιώνουν οικονομικές δυσκολίες και

είτε ισχυρίζονται ότι τους παρέχεται ανεπαρκής υποστήριξη είτε ότι υπάρχει έλλειψη συντονισμού μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών υπηρεσιών (Freedman & Boyer, 2000). Επίσης, από πολλές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μια δυνατή σχέση ανάμεσα στην θλίψη του ατόμου που φροντίζει το παιδί (κυρίως οι μητέρες) και στις συναισθηματικές και συμπεριφορικές ανάγκες των παιδιών με διανοητικές δυσκολίες (Emerson, 2003. Hastings, 2002. Stores, Stores, Fellows & Buckley, 1998. Blacher et al., 1997). Αν και έχει αναγνωριστεί η σύνδεση μεταξύ συναισθηματικών/συμπεριφορικών αναγκών και υποκειμενικής ευεξίας του γονέα, ωστόσο δεν υποδηλώνεται αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο παιδί και στην ψυχική υγεία του γονέα (Emerson, Robertson & Wood, 2004). Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας ενός παιδιού με διανοητικές δυσκολίες μπορεί να υπερβαίνουν τα όρια των γονέων και να απειλούν το αίσθημα της ικανότητας διαχείρισης της κατάστασης (Sharpley & Bitsika, 1997). Επιπρόσθετες απειλές μπορούν να προκύψουν στους γονείς όταν δεν μπορούν να βασιστούν για κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη στον / στην συζυγο ή όταν οι υπηρεσίες που λαμβάνονται είναι ανεπαρκείς (Beresford, 1996). Η αίσθηση της σπουδαιότητας της φροντίδας του παιδιού μπορεί να απειληθεί από το γεγονός ότι, οι γονείς δεν είναι ικανοί να επιδιώξουν τα προσωπικά ενδιαφέροντά τους και να επιτεύξουν τους προσωπικούς στόχους τους (Olsson & Hwang, 2002). Έχει βρεθεί ότι, όσο περισσότερο περιορισμένες νιώθουν οι μητέρες τόσο περισσότερο είναι πιθανό να βιώνουν την μητρότητα ως δυσάρεστη, απογοητευτική και κουραστική (Wallander & Venters, 1995). Η ικανότητα των γονέων να επανακαθορίσουν τι συντελεί στην εκπλήρωση των προσωπικών αναγκών τους είναι σημαντική για την αύξηση του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας και των επιπέδων αυτοπεποίθησης, αφού οι προσωπικοί στόχοι και ανάγκες τους έχουν περιοριστεί από τα παιδιά τους (Olsson &

Hwang, 2002. Tunali & Power, 1993). Ωστόσο, είναι σαφές το γεγονός ότι, ούτε τα στρεσογόνα ερεθίσματα, ούτε οι τρόποι αντιμετώπισης μπορούν να μετρηθούν αντικειμενικά ή να ιεραρχηθούν με βάση την επίδρασή τους στο αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας των γονέων. Σύμφωνα με τον Lazarus (1999), το τι κάνει το ερέθισμα στρεσογόνο εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εκτίθεται σε αυτό, τα οποία μπορούν να εξηγήσουν τις ατομικές διαφορές που πάντα παρουσιάζονται. Χρειάζεται τόσο μια κατάσταση με στρεσογόνα ερεθίσματα, όσο ένα ευάλωτο άτομο για να προκληθεί μια αντίδραση στο στρες.

3.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

3.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η κοινωνική υποστήριξη έχει αναγνωριστεί ως μία πολύ σημαντική εν δυνάμει διέξοδος, η οποία βοηθάει τους γονείς να αντιμετωπίσουν την κατάσταση (Beresford, 1994). Οι γονείς προσπαθούν να διατηρήσουν την καθημερινότητά τους μερικές φορές αντλώντας ή ακόμα εισάγοντας υποστήριξη από πυρηνικά μέλη οικογένειας και από άλλους συγγενείς (Hastings, Thomas & Delwiche, 2002b). Σχεδόν όλοι οι γονείς χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό διαφορετικών τύπων υποστήριξης και τα συνεπαγόμενα οφέλη από ψυχολογικές υπηρεσίες, συμβούλους, ομάδες υποστήριξης και συμβούλους μάθησης (Salonita, Italinna & Leinonen, 2003). Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχει ως αποτέλεσμα την προσαρμογή των γονέων στην κατάσταση και αυτό επιτυγχάνεται κάνοντας κάτι δραστικό και πρακτικό για την αντιμετώπισή της (Heiman, 2002). Αξιοσημείωτο κρίνεται το γεγονός ότι, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός

συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υποκειμενικής ευεξίας των γονέων. Έτσι, οι γονείς που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αναφέρουν επίσης υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας (White & Hastings, 2004). Η κοινωνική υποστήριξη ως στρατηγική αντιμετώπισης και ειδικά η χρησιμότητα των ανεπίσημων δικτύων, συμβάλλουν ώστε να αποκτήσουν οι μητέρες μια αίσθηση προσωπικής ανάπτυξης και ωριμότητας.

Οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα υποδηλώνουν ότι, οι μητέρες που αναφέρουν υψηλότερες απαιτήσεις φροντίδας για τα παιδιά τους με διανοητικές δυσκολίες αναφέρουν επιπλέον υψηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης και ωριμότητας (White & Hastings, 2004. Hastings, Allen, McDermott & Still, 2002a. Judge, 1998). Οι μητέρες με το να φανούν αντάξιες των προκλήσεων και να τις αντιμετωπίσουν επιτυχώς, οδηγούνται στην επαύξηση του αισθήματος της αποτελεσματικότητας το οποίο συντείνει στην προσωπική ανάπτυξη και ωριμότητά τους (Hastings et al., 2002a).

3.4.2 ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Οι θετικές αντιλήψεις μπορεί να λειτουργήσουν ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων που αφορούν την φροντίδα ενός παιδιού με διανοητικές δυσκολίες (Hastings et al., 2002a. Hastings & Taunt, 2002). Οι θετικές αντιλήψεις ωστόσο, συχνά παραμελούνται και δίνεται μεγαλύτερη σημασία στις αρνητικές αντιλήψεις και στις επιπτώσεις που έχουν στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου. Η παραμέληση μπορεί να προέρχεται από την πεποίθηση ότι, ενώ οι θετικές αντιλήψεις ενδεχομένως να είναι σημαντικές για την υποκειμενική ευεξία του ατόμου, η παρουσία τους δεν είναι σημαντική για την εξάλειψη ή την μείωση των ψυχολογικών

προβλημάτων (MacLeod & Moore, 2000). Σε μια έρευνα του Ray και των συνεργατών (1995) βρέθηκε ότι, οι θετικές αντιλήψεις σχετίζονται με μικρότερες βαθμολογίες σε ένα εύρος μετρήσεων συμπεριλαμβάνοντας την κούραση, την ανησυχία και την κατάθλιψη και κατέληξε στο γεγονός ότι, οι θετικές αντιλήψεις εμπειριών μπορεί να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση και την ανάρρωση από ένα χρόνια κουραστικό σύνδρομο.

Η πλήρης σημασία του γεγονότος είναι ότι, κρίνεται σημαντικό να λαμβάνουμε υπ' όψιν τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πλευρές της εμπειρίας στο να κατανοήσουμε μια κατάσταση και αυτό περιλαμβάνει θετικές γνωστικές διεργασίες. Η απουσία των θετικών αντιλήψεων είναι διαφορετική από την παρουσία των αρνητικών και μπορεί να είναι το ίδιο σπουδαία. Επιπροσθέτως, υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι οι θετικές εμπειρίες συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο αυτές επεξεργάζονται είναι δηλωτικές για την ψυχική υγεία του ατόμου (MacLeod & Moore, 2000). Πρόσφατες έρευνες που μελετούν τις θετικές αντιλήψεις στις οικογένειες, έχουν αναγνωρίσει ορισμένες διαστάσεις οι οποίες είναι ειδικά λόγω της ανατροφής παιδιού με διανοητικές δυσκολίες και περιλαμβάνουν την προσωπική ανάπτυξη, την αυξανόμενη οικογενειακή οικειότητα, την μεγαλύτερη ευαισθησία προς άλλους ανθρώπους και μία λιγότερο υλιστική και καταναλωτική στάση (Scorgie & Sobsey, 2000. Scorgie, Wilgosh & McDonaldet, 1999. Stainton & Besser, 1998. Grant, Ramcharan, McGrath, Nolan & Keady, 1998).

Στο πλαίσιο των θετικών αντιλήψεων των γονέων, μπορεί να περιλαμβάνονται οι κοινωνικές επαφές με άλλους γονείς παιδιών με διανοητικές δυσκολίες, με φίλους τους και με άλλους συγγενείς, οι οποίες είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τα επίσημα κοινωνικά δίκτυα. Αυτές οι πηγές υποστήριξης είναι πιθανόν ικανές να διατηρήσουν μια

θετική οπτική γωνία της κατάστασης όταν οι επαγγελματίες στην υγεία και η κοινωνία γενικότερα είναι περισσότερο αρνητικοί και απαισιόδοξοι (Hastings et al., 2002a). Αυτό υποδηλώνει το γεγονός ότι, η φύση της υποστήριξης που λαμβάνουν οι οικογένειες είναι κρίσιμη για την προσαρμογή τους και την λειτουργικότητά τους.

3.4.3 ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

Οι ερευνητές που μελετούν τις οικογένειες με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους επιπλέον και προς την προσωπικότητα των γονέων και στις σχετιζόμενες γνωστικές μεταβλητές οι οποίες μπορεί να συνδέονται με την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ανατροφής του παιδιού. Οι περισσότερες από αυτές περιέχουν μια θετική αντιμετώπιση και μεταξύ αυτών των εννοιών είναι οι θετικές αντιλήψεις, η γνωστική αντιμετώπιση, η ελπίδα και η αισιοδοξία (Hastings et al., 2002a. Padencheri & Russell, 2002. Weiss, 2002. Hyman & Oliver, 2001). Σύμφωνα με τους Scheier & Carver (1992), η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία ορίζονται ως γενικευμένες προσδοκίες θετικού και αρνητικού αποτελέσματος, οι οποίες αναπαριστούν συγκριτικά σταθερές ατομικές διαφορές που προάγουν ή μετριάζουν το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας. Πιο συγκεκριμένα, η αισιοδοξία συνδέεται και οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα, ενώ η απαισιοδοξία συνδέεται και οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα (Scheier, Carver & Bridges, 2001. Scheier & Carver, 1992). Σύμφωνα με αυτή την άποψη, έρευνες υποδηλώνουν ότι, περισσότερη αισιοδοξία σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στις καταστάσεις και μικρότερη δυσπροσαρμοστικότητα (Chang, 2001. Chang & Farrehi, 2001. Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997). Αντιθέτως, περισσότερη απαισιοδοξία σχετίζεται με μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή και

περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Chang, 2001. Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997). Η φιλοσοφία της αισιοδοξίας υποστηρίζει ότι, η αισιοδοξία της μητέρας μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερη μελαγχολία και εξασθένιση παρά τις προκλητικές συμπεριφορές του παιδιού με δύο τουλάχιστον τρόπους. Γνωστικά, η λιγότερο αισιόδοξη σκέψη έχει συνδεθεί με την βίωση αρνητικών συναισθημάτων και επομένως η περισσότερο αισιόδοξη σκέψη θα επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα. Συμπεριφορικά, οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν συνδεθεί γενικότερα με την έννοια της αισιοδοξίας (Clarke & Beck, 1999). Σε μια έρευνα των Baker, Blacher & Olsson (2005) βρέθηκε ότι, αν και η τάση των γονέων να είναι αισιόδοξοι σχετίζοταν σημαντικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και με την υποκειμενική ευεξία τους, σε καμία περίπτωση τα επίπεδα αισιοδοξίας δεν μετρίαζαν την σχέση ανάμεσα στα προβλήματα του παιδιού και την υποκειμενική ευεξία των γονέων. Αυτό σημαίνει ότι, τα προβλήματα του παιδιού δεν επηρέασαν την υποκειμενική ευεξία των γονέων με το να μειώσουν τα επίπεδα αισιοδοξίας των γονέων τα οποία με την σειρά τους θα μείωναν τα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας. Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με την γενική έννοια της αισιοδοξίας που πρόκειται για ένα γνώρισμα το οποίο είναι σταθερό. Ωστόσο, βρέθηκε ότι τα προβλήματα του παιδιού σχετίστηκαν περισσότερο με τα επίπεδα κατάθλιψης και συζυγικής προσαρμογής. Οι γονείς ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και μικρότερη συζυγική προσαρμογή όταν το παιδί τους παρουσίαζε σοβαρότερα προβλήματα.

Μολονότι, η μετάβαση σε μια οικογένεια με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην κοινωνική ζωή της οικογένειας λόγω της ματαιώσης και της απογοήτευσης που βιώνεται, θα ήταν λανθασμένο να θεωρούνται παθολογικές

εξαιτίας της δυσκολίας του παιδιού τους. Οι γονείς εκφράζουν την ανάγκη για δυνατή πίστη στο παιδί και στο μέλλον του, στη διατήρηση μιας αισιόδοξης οπτικής γωνίας μαζί με ρεαλιστικό τρόπο σκέψης και την αποδοχή της κατάστασης. Οι γονείς που έχουν αποδεχτεί το πλήρες νόημα και τις επιπτώσεις της δυσκολίας, μπορούν να λειτουργήσουν καλά ή τουλάχιστον επαρκώς μέσα στην οικογένεια (Heiman, 2002. Blacher, 1984).

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ ορισμένων παραγόντων του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας, του δείκτη της κατάθλιψης και του δείκτη της αισιοδοξίας. Πιο συγκεκριμένα, πως τέσσερις παράγοντες του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα και κοινωνικότητα), τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα επίπεδα της αισιοδοξίας συσχετίζονται μεταξύ τους για να καθορίσουν τα επίπεδα και τις σχέσεις μεταξύ των δεικτών των μητέρων με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ήταν είκοσι επτά (27) μητέρες οι οποίες είχαν ένα παιδί με διανοητικές δυσκολίες και ο μέσος όρος ηλικίας τους κυμαίνονταν περίπου στα 40-45 έτη. Οι μητέρες ανήκαν σε ένα σύλλογο γονέων που είχαν όλοι παιδιά με διανοητικές δυσκολίες και τους χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια τα οποία ήταν το Oxford Happiness Scale, το Personal Optimism Scale και το Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D).

5.2 Το μέσο μέτρησης Oxford Happiness Scale

Για την μέτρηση του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας, χρησιμοποιήθηκε το Oxford Happiness Scale (Hills & Argyle, 2001). Αποτελείται από 29 θέματα και σχεδιάστηκε για να αξιολογεί βασικές διαστάσεις της υποκειμενικής ευεξίας όπως παραδείγματος χάριν την ικανοποίηση από τη ζωή και το θετικό συναίσθημα. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το βαθμό στον οποίο ίσχυε κατά τον τελευταίο καιρό κάθε ένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (δεν ισχύει καθόλου) ως το 4 (ισχύει πολύ).

Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 56,41% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (Cronbach $\alpha = ,82$) αντιπροσωπεύει την «ικανοποίηση από την ζωή» και αποτελείται από εννέα θέματα (π.χ., «είμαι ευχαριστημένος με πολλά πράγματα στη ζωή μου», «η ζωή είναι καλή», «είμαι ευχαριστημένος όπως είμαι»). Ο δεύτερος παράγοντας (Cronbach $\alpha = ,79$)

αντιπροσωπεύει την «ενεργητικότητα» και περιλαμβάνει επίσης εννέα θέματα (π.χ., «συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος», «νιώθω σε εγρηγορση πνευματικά», «νιώθω υγιής»). Ο τρίτος παράγοντας είναι το «θετικό συναίσθημα» (Cronbach $\alpha = ,76$) και αποτελείται από τέσσερα θέματα (π.χ., «νιώθω χαρά και ευθυμία», «γελάω πολύ») και ο τελευταίος, η «κοινωνικότητα» (Cronbach $\alpha = ,75$), αποτελείται ομοίως από τέσσερα θέματα (π.χ., «ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους», «τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους») (Καραδήμας, 2005).

5.3 Το μέσο μέτρησης *Personal Optimism Scale*

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με την κλίμακα προσωπικής αισιοδοξίας από το ερωτηματολόγιο Questionnaire for the Assessment of Personal Optimism and Social Optimism- Extended (POSO-E) από τους Schweizer και Koch (2001). Η κλίμακα αποτελείται από οκτώ (8) θέματα (π.χ., «συχνά τα βλέπω όλα μαύρα», «αντιμετωπίζω το μέλλον μου θετικά», «φοβάμαι ότι θα αντιμετωπίσω δύσκολους καιρούς») (Cronbach $\alpha = ,70$). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τα θέματα σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (δεν συμφωνώ) έως το 4 (συμφωνώ πολύ).

5.4 Το μέσο μέτρησης *Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D)*

Για την μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκε το Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D) μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα ελληνικά (Fountoulakis et al., 2001). Αποτελείται από είκοσι (20) θέματα, τα οποία αξιολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 0 (σπάνια ή καθόλου για λιγότερο από 1 μέρα) έως το 3 (σταθερά ή τις περισσότερες φορές 5-7 μέρες).

Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε τρεις παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 66% της συνολικής διακύμανσης και για το σύνολο της κλίμακας ο Cronbach α ήταν ίσος με ,95. Ο πρώτος παράγοντας είναι το «θετικό συναίσθημα» (Cronbach α = ,91) και περιλαμβάνει έξι (6) θέματα (π.χ., «ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον», «ήμουν χαρούμενος»). Ο δεύτερος παράγοντας αντιπροσωπεύει την «ευερεθιστότητα-προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων» (Cronbach α = ,76) και αποτελείται από τέσσερα (4) θέματα (π.χ., «ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος», «οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί με εμένα»). Τέλος, ο τρίτος παράγοντας αναφέρεται στο «καταθλιπτικό συναίσθημα - σωματικά παράπονα» (Cronbach α = ,94) και περιλαμβάνει 14 θέματα (π.χ., «ένοιωθα θλιψη», «ξέσπασα στα κλάματα»).

6. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα στους τέσσερις παράγοντες του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας με την αισιοδοξία και την κατάθλιψη, όπως φαίνεται στον πίνακα 1. Από την στατιστική ανάλυση εμφανίζονται σημαντικές συνάφειες μεταξύ όλων των δεικτών, όπως για παράδειγμα μεταξύ της αισιοδοξίας και των τεσσάρων παραγόντων του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας, όπου η συσχέτιση αισιοδοξίας και ικανοποίηση από τη ζωή είναι $r = .71$, $p < .001$. Αυτό υποδηλώνει ότι, όσο περισσότερο αισιόδοξη αισθάνεται η μητέρα, τόσο μεγαλύτερο είναι και το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας της. Σε σχέση με την κατάθλιψη και την αισιοδοξία υπάρχει αρνητική συσχέτιση με $r = -.68$, $p < .001$, όπου συνεπάγεται ότι όσο περισσότερη αισιοδοξία αισθάνεται η μητέρα, τόσο λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα θα βιώνει. Το ίδιο ισχύει και για τις συσχετίσεις της κατάθλιψης και του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας, έκτος από τον παράγοντα της κοινωνικότητας που η συσχέτιση είναι στατιστικά ασήμαντη.

Στην ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη και ανεξάρτητες την ευεξία και την αισιοδοξία, έδειξε ότι, την προβλέπει σημαντικά μόνο η αισιοδοξία ($\beta = -.67$, $t = -4.60$, $p < .001$) ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές ήταν στατιστικά ασήμαντες. Η ανάλυση παλινδρόμησης ερμήνευσε το 44% της διακύμανσης της κατάθλιψης ($F(1,25) = 21.12$, $p < .001$).

Πίνακας 1: Συσχετίσεις Pearson r: συσχετίσεις των δεικτών του Αισθήματος Υποκειμενικής Ευεξίας με τον δείκτη της Αισιοδοξίας και τον δείκτη της Κατάθλιψης

	Ικανοποίηση από τη ζωή	Ενεργητικότητα	Θετικό συναίσθημα	Κοινωνικότητα	Αισιοδοξία
Ενεργητικότητα	,825 **				
Θετικό συναίσθημα	,621 **	,700 **			
Κοινωνικότητα	,554 **	,715 **	,526 **		
Αισιοδοξία	,713 **	,634 **	,775 **	,502 **	
Κατάθλιψη	-,648 **	-,514**	-,549 **	-,311	-,677 **

** Η συσχέτιση είναι σημαντική για επίπεδο 0,01 (2- tailed).

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ ορισμένων παραγόντων του αισθήματος υποκειμενικής ευεξίας, της αισιοδοξίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ενός ειδικού πληθυσμού, αυτού των γονέων με παιδιά με διανοητικές δυσκολίες.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά και με τους τέσσερις παράγοντες του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας και οι συνάφειες είναι στατιστικώς σημαντικές ($p < .001$) για την ικανοποίηση από τη ζωή ($r = -.65$), την ενεργητικότητα ($r = -.51$) και το θετικό συναίσθημα ($r = -.55$), εκτός από την κοινωνικότητα ($r = -.31$). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της ικανοποίησης από τη ζωή, της ενεργητικότητας και του θετικού συναισθήματος τόσο λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα θα εκδηλωθούν. Επιπροσθέτως, ο δείκτης της κατάθλιψης σχετίζεται αρνητικά και με τον δείκτη της αισιοδοξίας και η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική ($r = -.68$, $p < .001$). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της αισιοδοξίας μιας μητέρας που φροντίζει ένα παιδί με διανοητικές δυσκολίες, τόσο μικρότερο θα είναι το επίπεδο της κατάθλιψης που θα αισθάνεται. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι και οι τέσσερις παράγοντες του αισθήματος της υποκειμενικής ευεξίας (η ικανοποίηση από τη ζωή, η ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα και η κοινωνικότητα) σχετίζονται θετικά με τον δείκτη της αισιοδοξίας και αυτές οι συνάφειες είναι στατιστικώς σημαντικές ($p < .001$). Επομένως, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της ευεξίας μιας μητέρας τόσο υψηλότερα θα είναι και τα επίπεδα της αισιοδοξίας της.

Πάνω από τρεις δεκαετίες ένας ουσιαστικός όγκος έρευνας έχει μελετήσει τις σχέσεις μεταξύ ενός μεγάλου εύρους διαδικασιών και αποτελεσμάτων σχετικών με την κατάσταση της ανατροφής από την οικογένεια ενός παιδιού με διανοητικές δυσκολίες (Blacher & Mink, 2004. Seltzer, Floyd, & Hindes, 2004. Blacher & Baker, 2002). Αυτές οι έρευνες με συνέπεια έχουν αναφέρει ότι, μια πολύ σημαντική μειοψηφία των μητέρων που φροντίζουν παιδιά με διανοητικές δυσκολίες βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και η επικράτηση της κατάθλιψης μεταξύ οικογενειών που φροντίζουν παιδιά με διανοητικές δυσκολίες είναι υψηλότερη από τις οικογένειες παιδιών χωρίς διανοητικές δυσκολίες (Blacher & Hatton, 2001. Hatton, Akram, Robertson, Shah, & Emerson, 2004). Επιπροσθέτως, έχει βρεθεί ότι, οι άνθρωποι που φροντίζουν παιδιά με διανοητικές δυσκολίες και πρωτίστως οι μητέρες βρίσκονται σε κίνδυνο να είναι εξαιρετικά αγχωμένοι, να βιώνουν κλινική κατάθλιψη και τα επίπεδα ευεξίας τους να είναι πολύ χαμηλότερα του μέσου όρου (Cummins, 2001).

Απόρροια του όγκου των ερευνών είναι ότι, η κατάθλιψη και η υποκειμενική ευεξία αποτελούν σχετιζόμενες δομές. Το γεγονός αυτό τεκμηριώνεται από το μειωμένο επίπεδο υποκειμενικής ευεξίας που αναφέρεται από τους ανθρώπους με καταθλιπτικές διαταραχές (DeLeval, 1999. Jho, 2001. Ritzner, Kurs, Kostizky, Ponizovksy, & Modai, 2002), τις υψηλές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ ευεξίας και κατάθλιψης (Pyne et al., 1997) και των πρόσφατων ενδείξεων ότι η υποκειμενική ευεξία μπορεί να είναι σημαντική για την ορμητική εκδήλωση της κατάθλιψης (Cummins, 2002). Επιπλέον ένδειξη για την σύνδεση της ευεξίας με την κατάθλιψη αποτελεί η προσέγγιση των Fava και συνεργατών όπου την έχουν ονομάσει θεραπεία ευεξίας (Fava, Rafanelli, Cazzano, Conti, & Grandi, 1998. Fava, 1999b). Η θεραπεία έχει ως στόχο την βελτίωση της

ευεξίας στους ανθρώπους που συνέρχονται από την κατάθλιψη, βασισμένη στην λογική ότι, η απουσία της ευεξίας θα δημιουργήσει υποτροπή.

Η παρούσα έρευνα έρχεται σε συμφωνία με την διεθνή βιβλιογραφία στο θέμα της κατάθλιψης και της σχέσης της με τα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας, αφού υπάρχει υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο δεικτών. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες έρευνες, που περιλαμβάνουν και γονείς παιδιών με σύνδρομο Down (DS) και οι οποίες δεν έχουν βρει διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου (Scott, Atkinson, Minton, & Bowman, 1997. Van Riper, Ryff, & Pridham, 1992). Επιπλέον, σε μια έρευνα των Floyd και Gallagher (1997) στην οποία έγινε σύγκριση ανάμεσα στις οικογένειες παιδιών με διανοητικές δυσκολίες, χρόνια αρρώστια και προβλήματα συμπεριφοράς (χωρίς διανοητικές δυσκολίες) βρέθηκε ότι, η παρουσία των προβλημάτων συμπεριφοράς σχετίζοταν περισσότερο σημαντικά με το γονικό στρες και την κατάθλιψη και όχι ο τύπος της ανικανότητας. Επίσης, οι Baker, Blacher, Cnric & Edelbrock (2002) στην έρευνά τους βρήκαν ότι, τα προβλήματα συμπεριφοράς επηρεάζουν την συναισθηματική κατάσταση των γονέων και ότι οι διανοητικές δυσκολίες προσθέτουν λίγα ή και καθόλου προβλήματα στους γονείς.

Ακόμα και αν η επικράτηση της γονικής κατάθλιψης ποικίλει μεταξύ ερευνών, είναι φανερό ότι, οι περισσότεροι γονείς παιδιών με διανοητικές δυσκολίες δεν υποφέρουν από κατάθλιψη. Διαφορές στα χαρακτηριστικά του παιδιού έχουν δείξει να σχετίζονται με την επικράτηση της γονικής κατάθλιψης (Hoare, Harris, Jackson, & Kerley, 1998. Sanders, & Morgan, 1997). Τα ευρήματα των Bower και Hayes (1998) υποδηλώνουν ότι, οι οικογένειες χωρίς παιδιά με δυσκολίες, οικογένειες παιδιών με

διανοητικές δυσκολίες και οικογένειες παιδιών με σωματική ανικανότητα χαρακτηρίζονται περισσότερο από ομοιότητες παρά από διαφορές.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι, στην παρούσα έρευνα δεν συμμετείχαν καθόλου οι πατέρες των παιδιών με διανοητικές δυσκολίες παρόλο που είχαν προσκαλεστεί να συμμετάσχουν στην έρευνα με τις συζύγους τους. Από λίγες έρευνες διεθνώς που περιλαμβάνουν και τους πατέρες, δείχνουν κανονικά επίπεδα στην βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης (Veisson, 1999. Ellis et al., 2002). Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι, οι μητέρες βιώνουν μεγαλύτερη θλίψη από τους πατέρες επειδή οι μητέρες αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της παραπάνω φροντίδας και πρακτική δουλειά όπου απαιτείται για ένα παιδί με δυσκολίες (Moes, Koegle, Schreibman, & Loos, 1992). Πιο συχνά εγκαταλείπουν την δουλειά τους και νιώθουν ανίκανες να επιδιώξουν τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα (Olsson, & Hwang, 2001). Το επίπεδο αυτεπάρκειας της μητέρας μπορεί επίσης να συνδέεται περισσότερο με το γονικό ρόλο σε σύγκριση με τους πατέρες και επομένως οι μητέρες μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτες όταν το στρες και οι δυσκολίες εμφανιστούν στο γονικό ρόλο. Επιπλέον, ενδεχομένως οι πατέρες να εκδηλώνουν την θλίψη τους με άλλους τρόπους παρά με την κατάθλιψη, το οποίο δηλώνει ότι θα πρέπει να συμπεριληφθούν και άλλες μετρήσεις της ψυχικής υγείας εκτός της κατάθλιψης σε μελλοντικές έρευνες. Προσθετικά, έχει βρεθεί ότι, οι γυναίκες που βιώνουν κατάθλιψη εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα της διαταραχής από τους άνδρες που βιώνουν κατάθλιψη (Angst et al., 2002).

Όσον αφορά την στατιστική σημαντικότητα των δεικτών της αισιοδοξίας και της κατάθλιψης, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η αισιοδοξία βρέθηκε να προβλέπει σημαντικά τα επίπεδα της κατάθλιψης

των μητέρων. Οι έρευνες στον τομέα αυτό υποδηλώνουν ότι, περισσότερη αισιοδοξία σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στις καταστάσεις και μικρότερη δυσπροσαρμοστικότητα (Chang, 2001. Chang & Farrehi, 2001). Αντιθέτως, περισσότερη απαισιοδοξία σχετίζεται με μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Chang, 2001. Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997). Συνδεδεμένες συμπεριφορικά γενικά με την έννοια της αισιοδοξίας είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι (Clarke & Beck, 1999). Πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι, οι θετικές αντιλήψεις μπορεί να υπηρετούν με ένα περισσότερο προσαρμοστικό και λειτουργικό τρόπο στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων (Folkman, & Moskowitz, 2000. Hastings, & Taunt, 2002). Πιο συγκεκριμένα, ο Singer και οι συνεργάτες του (1999), μελέτησαν 56 γονείς οι οποίοι εμπλέκονταν σε ένα γονέα προς γονέα πρόγραμμα υποστήριξης και άλλους 72 γονείς οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Με το πέρας της μελέτης, οι γονείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ανέφεραν τις δυσκολίες των παιδιών τους ως πηγή δύναμης και οικογενειακής στενότητας. Μια περαιτέρω έρευνα των παραπάνω ερευνητών με 24 γονείς αποκάλυψε ότι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ήταν η θετική αντίληψη που αναπτύχθηκε στο πρόγραμμα υποστήριξης.

Η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς, όπως είναι το μικρό δείγμα και η συμπτωματικότητά του. Το δείγμα αποτέλεσαν 27 μητέρες και δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, αφού η πλειοψηφία των συμμετεχόντων προέχονταν από έναν σύλλογο γονέων. Επιπλέον, η έρευνα είναι συναφειακή γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει τον καθορισμό των αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Επιπροσθέτως, από την έρευνα έλειπαν τα δημογραφικά στοιχεία των οικογενειών τα οποία θα

συνέτειναν προς μία πιο σφαιρική άποψη της κατάστασης καθώς επίσης, δεν περιλαμβάνονταν και άλλοι παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί ειδικά για το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας, όπως είναι οι παράγοντες της προσωπικότητας (εξωστρέφεια, αυτοεκτίμηση).

Μερικές προτάσεις για πληρέστερη έρευνα θα μπορούσαν να περιέχουν μεγαλύτερο δείγμα, το οποίο να περιλαμβάνει και μητέρες και πατέρες των παιδιών με διανοητικές δυσκολίες και τα δεδομένα να προέρχονται από πολλούς διαφορετικούς συλλόγους, όχι μόνο των αστικών κέντρων αλλά και της επαρχίας. Έτσι μπορεί να γίνει σύγκριση μεταξύ γονέων, αλλά και μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών διαμερισμάτων. Επιπλέον, για ακριβέστερα αποτελέσματα θα μπορούσαν να διεξαχθούν έρευνες οι οποίες να μελετούσαν τους γονείς των παιδιών αμέσως μετά την διάγνωση, ένα χρόνο μετά και τέλος μετά από δύο χρόνια ούτως ώστε να διαπιστωθεί εάν αρχικά εκδηλώνονται κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα και ποια είναι τα επίπεδα ευεξίας και αισιοδοξίας και πως αυτοί οι παράγοντες μεταβάλλονται στο πέρασμα του χρόνου με την διαρκή φροντίδα του παιδιού. Είναι σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι, η ευεξία είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των ατομικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και επομένως κρίνεται αναγκαία η ενδεδειγμένη μελέτη αυτών των παραγόντων για τον καθορισμό του τρόπου αλληλεπίδρασης και διαμόρφωσης της ευεξίας. Άξια μελέτης κρίνεται και η συζυγική σχέση καθώς τα επίπεδα ικανοποίησης από τον/την σύζυγο όσον αφορά την φροντίδα του παιδιού, την κατανόηση αλλά και την γενικότερη παροχή βοήθειας, θεωρούνται πολύ σημαντικά για τον καθορισμό της λειτουργικότητας μιας οικογένειας.

Μελετώντας με ενάργεια τις παραπάνω μεταβλητές και διεξάγοντας έρευνες σε αυτόν τον τομέα, θα είμαστε σε θέση να εκπονήσουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια και όσο το δυνατόν πληρέστερα προγράμματα παρέμβασης για να βοηθήσουμε τις οικογένειες να προσαρμοστούν και να λειτουργίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα γίνεται υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., & Metalsky, G.I. (1988). The cognitive diathesis stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive process in depression* (pp. 3-30). New York: Guilford.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Review* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., & Withey, S.B. (1967). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J.P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender difference in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York: Taylor & Francis.
- Ayd, J.F. (2000). *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Baker, B.L., Blacher, J., Crnic, K.A., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
- Baker, B.L., Blacher, J., & Olsson, M.B. (2005). Preschool children with and without developmental delay: behavior problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 575-590.

- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse and Neglect, 27*, 1377-1395.
- Beekman, A.T.F., Copeland, J.R.M., & Prince, M. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry, 174*, 307-311.
- Beekman, A.T.F., Penninx, B.W., Deeg, D.J., de Beurs, E., Geerlings, S.W., & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 20-27.
- Beresford, B.A. (1996). Coping with the care of a severely disabled child. *Health and Social Care in the Community, 4*, 30-40.
- Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry, 35*, 171-209.
- Blacher, J. (1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps. *Mental Retardation, 22*, 55-68.
- Blacher, J., & Baker, B.L. (2002). *The best of AAMR: Families and mental retardation. A collection of notable AAMR Journal of articles across the 20th century.* Washington: American Association on Mental Retardation.
- Blacher, J., & Hatton, C. (2001). Recent developments in research with families with a person with mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry, 14*, 477-482.
- Blacher, J., & Lopez, S. (1997). Contributions to depression in Latino mothers with and without children with retardation: implications for care giving. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 46*, 325-334.

- Blacher, J., & Mink, I.T. (2004). Interviewing family members and careproviders: concepts, methodologies and cultures. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, & T. Parmenter (Eds.), *Handbook of research methods in intellectual disabilities*. Wiley, Chichester, in press.
- Blacher, J., Shapiro, J., Lopez, S., Diaz, L., & Fusco, J. (1997). Depression in Latino mothers of children with mental retardation: a neglected concern. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 483-496.
- Blenkiron, P. (1998). The management of depression in primary care. A summary of evidence-based guidelines. *Psychiatric Care*, 5, 172-177.
- Bower, A.M., & Hayes, A. (1998). Mothering in families with and without a child with disability. *Intellectual Journal of Disabilities and Developmental Educational*, 45, 313-322.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. Harmondsworth, Middx.: Penguin.
- Bowlby, J. (1981). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss: Sadness and depression*. Harmondsworth, Middx.: Penguin.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carpiniello, B., Piras, A., Pariante, C., & Carta, M. (1995). Psychiatric morbidity and family burden among parents of disabled children. *Psychiatric Services*, 46, 940-942.

- Carstensen, L.L. (1998). A life-span approach to social motivation. In J. Heckhausen & C.S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 341-364). New York: Cambridge University Press.
- Chan, D.W. (2004). Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences*, 36, 1781-1795.
- Chang, E.C. (Ed.) (2001). *Optimism and pessimism: implications for theory, research, and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Chang, E.C., & Farrehi, A.S. (2001). Optimism/pessimism and information-processing styles: can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment? *Personality and Individual Differences*, 31, 555-562.
- Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Cheng, S. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, 19, 409-415.
- Clarke, D., & Beck, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression* (1st ed.). Inc: John Willey & Sons.
- Coates, D., & Wortman, C.B. (1980). Depression maintenance and interpersonal control. In A. Baum & J.E. Singer (Eds.), *Advances in environmental psychology, Vol. 2, Applications of personal control* (pp. 149-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000a). *National action plan for depression*. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch.

- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Cummins, R.A. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Cummins, R.A. (2001). The subjective well-being of people caring for a family member with a severe disability at home: a review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26, 83-100.
- De Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality of Life Research*, 8, 283-291.
- DeNeve, K.M. (1999). Happy as an extraverted clam? The role of personality for subjective well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 141-144.
- DeNeve, K.M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

- Diener, E., & Suh, E. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Dumaret, A.C., De Vigan, C., Julian-Reynier, C., Goujard, J., Rosset, D., & Ayme, S. (1998). Adoption and fostering of babies with Down syndrome: a cohort of 593 cases. *Prenatal Diagnosis*, 18, 437-445.
- Dyson, L.L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 267-279.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Ellis, J.T., Luiselli, J.K., Amirault, D., Byrne, S., O'Malley-Cannon, B., Taras, M., Wolongevicz, J., & Sisson, R.W. (2002). Families of children with developmental disabilities: assessment and comparison of self-reported needs in relation to situational variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 191-203.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disabilities: social and economic situation, mental health status and self-assessed social and psychological impact of child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 385-399.
- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2004). Levels of psychological distress experienced by family carers of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 77-84.

- Falik, L.H. (1995). Family patterns of reaction to a child with a learning disability: a mediational perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 335-341.
- Fava, G.A. (1999b). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzano, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Flaherty, E.M., & Glidden, L.M. (2000). Positive adjustment in parents rearing children with Down syndrome. *Early Education and Development*, 11, 407-422.
- Floyd, F.J., & Gallagher, E.M. (1997). Parental stress, care demands, and use of support services for school-age children with disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46, 359-371.
- Fogarty, G.J., Machin, M.A., Albion, M.J., Sutherland, L.F., Lalor, G.I., & Revitt, S. (1999). Predicting occupational strain and job satisfaction: The role of stress, coping, personality, and affectivity variables. *Journal of Vocational Behavior*, 54, 429-452.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S.G., Sitzoglou, K., Kaprinis, G.St., & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, 1, 3-13.

- Francis, L.J. (1999). Happiness is a thing called stable extraversion: a further examination of the relationship between the Oxford Happiness Inventory and Eysenck's dimensional model of personality and gender. *Personality and Individual Differences*, 26, 5-11.
- Freedman, R., & Boyer, N.C. (2000). The power to choose: support for families caring for individuals with developmental disabilities. *Health Social Work*, 25, 59-68.
- Fujita, F., Deiner, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Gillam, T. (2004). Managing depression: an overview. *Mental Health Practice*, 7, 9, 33-38.
- Gladis, M.M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 361-380.
- Glidden, L.M. (1993). What we do not know about families with developmentally disabled children: the questionnaire on resources and stress as a case study. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 481-495.
- Glidden, L.M., & Floyd, F.J. (1997). Disaggregating parental depression and family stress in assessing families of children with developmental disabilities: a multisample analysis. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 250-266.
- Glidden, L.M., & Schoolcraft, S.A. (2003). Depression: its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 250-263.

- Gove, W.R., & Shin, H. (1989). The psychological well-being of divorced and widowed men and women. *Journal of Family Issues*, 10, 122-144.
- Grant, G., Ramcharan, P., McGrath, M., Nolan, M., & Keady, J. (1998). Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 58-71.
- Hastings, R.P. (2002). Parental stress and behavior problems in children with developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 27, 149-160.
- Hastings, R.P., Allen, R., McDermott, K., & Still, D. (2002a). Factors related to positive perceptions in mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 269-275.
- Hastings, R.P., & Taunt, H.M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 116-127.
- Hastings, R.P., Thomas, H., & Delwiche, N. (2002b). Grandparent support for families of children with Down syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 97-104.
- Hatton, C., Akram, Y., Robertson, J., Shah, R., & Emerson, E. (2004). *Supporting South-Asian families with a child with severe disabilities*. London: Jessica Kingsley.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.

- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 159-171.
- Highet, N., Thompson, M., & McNair, B. (2005). Identifying depression in a family member: The cares' experience. *Journal of Affective Disorders*, 87, 25-33.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, 1357-1364.
- Hoare, P., Harris, M., Jackson, P., & Kerley, S. (1998). A community survey of children with severe intellectual disability and their families: psychological adjustment, carer distress and the effect of respite care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 218-227.
- Hodapp, R.M., Dykens, E.M., & Masino, L.L. (1997). Families of children with Prader-Willi syndrome: stress x support and relations to child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 11-24.
- Horley, J., & Lavery, J.J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34, 275-282.
- Hyman, P., & Oliver, C. (2001). Causal explanations, concern and optimism regarding self-injurious behavior displayed by individuals with Cornelia de Lange syndrome: the parents' perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 326-334.
- Ilardi, S.S., & Craighead, E.W. (1999). The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 51-57.

- Ilardi, S.S., & Craighead, E.W., & Evans, D.D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 381-391.
- Ireys, H., & Silver, E. (1996). Perception of the impact of a child's chronic illness: does it predict maternal mental health? *Developmental and Behavior Pediatrics, 17*, 77-83.
- Jho, M.Y. (2001). Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nursing and Health Sciences, 3*, 131-137.
- Judge, S.L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations, 47*, 263-268.
- Judge, T.A., & Watanabe, S. (1993). Another look at the job satisfaction-life satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology, 78*, 939-948.
- Kahn, J.H., Hessling, R.M., & Russell, D.W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences, 35*, 5-17.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). Προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας και καταθλιπτικά συμπτώματα: άμεσες και έμμεσες σχέσεις. *Ψυχολογία, 12*, 368-380.
- Καραδήμας, Ε.Χ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2004). Υποκειμενική ευεξία δημογραφικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές. *Ψυχολογία*, υπο δημοσίευση.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B.R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine, 9*, 53-70.
- Kelleher, C.C., Friel, S., Gabhainn, S.N., & Tay, J.B. (2003). Socio-demographic predictors of self-rated health in the Republic of Ireland: findings from the National

- Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Social Science and Medicine*, 57, 477-486.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Klumb, P.L., Lampert, T. (2004). Women, work, and well-being 1950-2000: A review and methodological critique. *Social Science and Medicine*, 58, 1007-1024.
- Konu, A.I., Lintonen, T.P., & Rimpelae, M.K. (2003). Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research*, 17, 155-165.
- Lardieri, L.A., Blacher, J., & Swanson, H.L. (2000). Sibling relationships and parent stress in families of children with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Questions*, 23, 105-116.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lent, R.W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482-509.
- Lucas, R.E., Diener, E., Grob, A., Suh, E.S., & Shao, L. (2000). Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 452-468.
- Luybomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.

- MacLeod, A.K., & Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 1-10.
- Makikangas, A., & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences*, 35, 537-557.
- Marsella, A.J. (1987). Depression. In R.J. Corsini (Ed.), *Concise encyclopedia of psychology* (pp.302-304). Inc: John Wiley & Sons.
- Marvin, R.S., & Pianta, R.C. (1996). Mothers' reactions to their child's diagnosis: Relations with security and attachment. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 25, 436-445.
- Mayer, J.D. (2001). A field guide to emotional intelligence. In J. Ciarrochi, J. Forgas, & J.D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 3-24). Philadelphia: Psychology Press.
- McCrae, R.R. (2002). The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being. *Journal of Research in Personality*, 36, 307-317.
- McLoughlin, G. (2002). Is depression normal in human beings? A critique of the evolutionary perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 170-173.
- Moes, D., Koegle, R., Schreibman, L., & Loos, L. (1992). Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychological Reports*, 71, 1272-1274.
- Myers, D. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.

- O'Connor, R.C., & O'Connor, D.B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 362-372.
- Olsson, M.B., & Hwang, C.P. (2001). Depression in mothers and fathers rearing children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-545.
- Olsson, M.B., & Hwang, C.P. (2002). Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 7, 548-559.
- Oswald, A.J. (1997). Happiness and economic performance. *Economic Journal*, 107, 1815-1831.
- Padencheri, S. & Russell, P.S. (2002). Challenging behaviors among children with intellectual disability: the hope busters? *Journal of Learning Disabilities*, 6, 253-261.
- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Παπαδόπουλος, Ν. (1994). *Το λεξικό της ψυχολογίας*. Αθήνα.
- Paykel, E.S., & Priest, R.G. (1992). Recognition and management of depression in general practice. Consensus statement. *British Medical Journal*, 305, 1198-1202.
- Pyne, J.M., Patterson, T.L., Kaplan, R.M., Gillin, J.C., Koch, W.L., & Grant, I. (1997). Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatric Services*, 48, 224-230.

- Rao, K., Apte, M., & Subbakrishna, D.K. (2003). Coping and subjective well-being in women with multiple roles. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 175-184.
- Ray, C., Jefferies, S., & Weir, W.R.C. (1995). Life events and the course of chronic fatigue syndrome. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 323-331.
- Ritsner, M., Kurs, R., Kostizky, H., Ponizovksy, A., & Modai, I. (2002). Subjective quality of life in severely mentally ill patients: A comparison of two instruments. *Quality of Life Research*, 11, 553-561.
- Roach, M.A., Ormond, G.I., & Barratt, M.S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in children. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 422-436.
- Roothman, B., Kirsten, D., & Wissing, M. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33, 4, 212-218.
- Rosenfield, S. (1999). Gender and mental health: Do women have more psychopathology, men more, or both the same (and why?). In A. Horwitz, V. Scheid & L. Teresa, (Eds.). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. New York: Cambridge University Press.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sadetzki, S., Chetrit, A., Akstein, E., Keinan, L., Luxenburg, O., & Modan, B. (2000). Relinquishment of infants with Down syndrome in Israel: trends by time. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 480-485.

- Salovita, T., Italinna, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300-312.
- Sanders, J.L., & Morgan, S.B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome. Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 15-32.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp.189-216). Washington: American Psychological Association.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1999). Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 27-48). Oxford: Pergamon.
- Schweizer, K., & Koch, W. (2001). The assessment of components of optimism by POSO-E. *Personality and Individual Differences*, 31, 563-574.
- Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation*, 38, 195-206.
- Scorgie, K., Wilgosh, L., & McDonald, L. (1999). Transforming partnerships: parent life management issues when a child has mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 34, 395-405.

- Scott, B., Atkinson, L., Minton, H., & Bowman, T. (1997). Psychological distress of parents of infants with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 162-171.
- Seltzer, M.M., Floyd, F.J., & Hindes, A.R. (2004). Research methods in intellectual disabilities: the family context. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, & T. Parmenter (Eds.), *Handbook of research methods in intellectual disabilities*. Wiley, Chichester, in press.
- Sharpley, C., & Bitsika, V. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 19-29.
- Singer, G.H.S., Marquis, J., Powers, L.K., Blanchard, L., Divenere, N., Santelli, B., Ainbinder, J.G., & Sharp, M. (1999). A multi-site evaluation of parent to parent programs for parents of children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 22, 217-229.
- Smith, D.C. (2003). Problem solving as an element of development well-being. In B.H. Bornstein & L. Davidson (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 312-330). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spangenberg, J.J., & Theron, J.C. (1999). Stress and coping strategies in spouses of depressed patients. *Journal of Psychology*, 133, 253-262.
- Stainton, T., & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 57-70.

- Stephens, M.A.P., & Franks, M.M. (1999). Parent care in the context of women's multiple roles. *Psychological Science*, 8, 149-152.
- Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 132-141.
- Stores, R., Stores, G., Fellows, B., & Buckley, S. (1998). Daytime behavior problems and maternal stress in children with Down syndrome, their siblings, and non-intellectually disabled and other intellectually disabled peers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 228-237.
- Tunali, B., & Power, T.G. (1993). Creating satisfaction: a psychological perspective on stress and coping in families of handicapped children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 945-957.
- Van Riper, M., Ryff, C., & Pridham, K. (1992). Parental and family well-being in families of children with Down syndrome: a cooperative study. *Research in Nursing and Health*, 15, 227-235.
- Veisson, M. (1999). Depression symptoms and emotional states in parents of disabled and non-disabled children. *Social Behavior and Personality*, 27, 87-98.
- Wallander, J.L., & Venters, T.L. (1995). Perceived role restriction and adjustment of mothers of children with chronic physical disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 619-632.
- Warfield, M.E., Krauss, M.W., Hauser-Cram, P., Upshur, C.C., & Shonkoff, J.P. (1999). Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 9-16.

- Watson, D., & Clark, L.A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). San Diego: Academic Press.
- Watten, R.G., Vassend, D., Myhrer, T., & Syversen, J.L. (1997). Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality*, 11, 57-68.
- Weiss, M.J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115-130.
- White, N., & Hastings, R.P. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 181-190.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- World Health Organization (1999). *The World Health Report. Making a difference*. WHO: Geneva.
- Wrosch, C., & Scheier, M.F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πως είναι πιθανό να νιώθει ένα άτομο. Σημειώστε παρακαλώ πόσο ισχύει κάθε πρόταση για σας, αφού σκεφτείτε πως νιώθετε γενικά τον τελευταίο καιρό.

Για να απαντήσετε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην κατάλληλη για σας απάντηση. Δηλαδή, για το «Δεν ισχύει καθόλου» θα βάλετε σε κύκλο το **1**, για το «Ισχύει λίγο» θα βάλετε σε κύκλο το **2**, για το «Ισχύει αρκετά» θα βάλετε σε κύκλο το **3**, για το «Ισχύει πολύ» θα βάλετε σε κύκλο το **4**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε γρήγορα χωρίς να σκεφτείτε πολύ, γιατί το πρώτο που έρχεται στο μυαλό μας συνήθως αντικατοπτρίζει καλύτερα τη γνώμη μας.

	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει πολύ
1. Τον περισσότερο καιρό νιώθω ότι ελέγχω τα πράγματα.....	1	2	3	4
2. Συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος-η.....	1	2	3	4
3. Είμαι ευχαριστημένος-η με πολλά πράγματα στη ζωή μου.....	1	2	3	4
4. Είμαι χαρούμενος-η.....	1	2	3	4
5. Νιώθω γεμάτος-η ενέργεια.....	1	2	3	4
6. Είμαι ευχαριστημένος-η όπως είμαι.....	1	2	3	4
7. Η ζωή είναι πολύ καλή.....	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμοίβει.....	1	2	3	4
9. Τα περισσότερα από όσα συνέβησαν στο παρελθόν μου φαίνονται ευχάριστα.....	1	2	3	4
10. Νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά.....	1	2	3	4
11. Λαμβάνω εύκολα τις περισσότερες αποφάσεις.....	1	2	3	4
12. Νιώθω ότι έχω πολλά καλά να περιμένω στο μέλλον.....	1	2	3	4
13. Έχω πραγματοποιήσει πολλές από τις επιθυμίες μου.....	1	2	3	4
14. Νιώθω υγιής.....	1	2	3	4
15. Συνήθως ασκώ θετική επιρροή στα γεγονότα.....	1	2	3	4
16. Η ζωή μου έχει μεγάλη σημασία και σκοπό.....	1	2	3	4
17. Συχνά ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους.....	1	2	3	4
18. Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα.....	1	2	3	4
19. Συχνά νιώθω χαρά και ευθυμία.....	1	2	3	4
20. Το βρίσκω εύκολο να κάνω διάφορα πράγματα.....	1	2	3	4
21. Οργανώνω το χρόνο μου καλά.....	1	2	3	4
22. Συχνά εμπλέκομαι και δεσμεύομαι σε διάφορες καταστάσεις.....	1	2	3	4
23. Νομίζω ότι ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος.....	1	2	3	4
24. Συχνά διασκεδάζω μαζί με άλλους ανθρώπους.....	1	2	3	4
25. Βρίσκω πολλά πράγματα διασκεδαστικά.....	1	2	3	4
26. Νομίζω ότι είμαι ελκυστικός-ή.....	1	2	3	4

27. Γρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους.....	1	2	3	4
28. Με ενδιαφέρουν οι άλλοι άνθρωποι.....	1	2	3	4
29. Γελάω πολύ.....	1	2	3	4

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θα πρέπει να εκφράσετε τη γνώμη σας, σημειώνοντας την απάντηση που ανταποκρίνεται περισσότερο σε αυτό που πιστεύετε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε γρήγορα χωρίς να σκεφτείτε πολύ, γιατί το πρώτο που έρχεται στο μυαλό μας συνήθως αντικατοπτρίζει καλύτερα τη γνώμη μας. Για να απαντήσετε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε.

	Δεν συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ πολύ
1. Πιστεύω στην προσωπική μου επιτυχία.....	1	2	3	4
2. Αντιμετωπίζω το μέλλον μου θετικά.....	1	2	3	4
3. Χαίρομαι για κάθε μέρα που έρχεται.....	1	2	3	4
4. Φοβάμαι ότι θα αντιμετωπίσω δύσκολους καιρούς.....	1	2	3	4
5. Βλέπω πολύ λίγα θετικά στο μέλλον.....	1	2	3	4
6. Δεν χάνω την όρεξή μου και τη χαρά μου για τη ζωή ούτε σε ημέρες δύσκολες.....	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για το μέλλον μου.....	1	2	3	4
8. Συχνά τα βλέπω όλα μαύρα.....	1	2	3	4