
STUDII CLINICE / CLINICAL STUDIES

**„A FI FRATE ÎNTRE SĂNĂTATE ȘI BOALĂ”
STUDIUL ASUPRA FRAȚILOR COPIILOR CU ADHD ȘI CEI AI COPIILOR CU
TULBURARE DIN SPECTRUL AUTIST****“BEING A SIBLING BETWEEN HEALTH AND ILLNESS”
A STUDY ON SIBLINGS OF CHILDREN WITH ADHD AND AUTISTIC SPEC-
TRUM DISORDER****Anda Maria Jurma****REZUMAT**

Cercetarea de față reprezintă primul studiu din România efectuat asupra fraților copiilor cu ADHD sau cu TSA.

Ideea acestui studiu a pornit de la constatarea faptului că existența unui copil cu o dizabilitate severă în familie provoacă o traumă care se răsfrânge asupra tuturor membrilor din familie. Nu de puține ori, părinții acestor copii amintesc de faptul că și ceilalți copii din familie sunt uneori afectați de boala fratelui lor, fiind fie îngrijorați, fie chiar deranjați de comportamentul copilului bolnav.

Ca și în alte studii efectuate în domeniu, ne-am propus să examinăm în ce fel experiența de a crește alături de un frate cu o dizabilitate severă poate avea consecințe pe termen lung în ce privește dezvoltarea și evoluția ulterioară.

Cuvinte cheie: frate, ADHD, TSA, dizabilitate

SUMMARY

The present research is the first study from Romania made on siblings of children with ADHD or Autistic Spectrum disorder (ASD).

The idea of this study appeared from the evidence of the fact that the presence of a child with a severe disability in a family can be a trauma for each member of the family system. Very often the parents remember that the others children from the family are affected because the illness of his/her sibling and could be worried or disturb by the behaviour of the sibling.

Like in the other studies, we tried to analyse how the experience of growing up near a child with a severe disability could have consequences on the later development of the healthy children.

Key words: sibling, ADHD, ASD, disability

Asistent Univesitar, medic primar Psihiatrie Pediatrică
Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara

Asist. Ph D. Pediatric Psychiatry
University of Medicine and Pharmacy „Victor Babes” Timisoara

Partea generală a lucrării conține 3 capitole:

1. „Aspecte generale ale relației de frătrie” în care este prezentată frătria din punct de vedere dezvoltamental, tipuri de relații, rolurile în relația de frătrie, influențele frătriei în dezvoltarea socială și relațiile de frătrie în contextul familial

2. „Frații copiilor cu dizabilități” este capitolul ce descrie aceleași aspecte ale frătriei, când însă unul dintre frați are o dizabilitate. Tot în acest capitol sunt prezentate studii efectuate asupra fraților copiilor cu Tulburare Hiperchinetică cu Deficit de Atenție (ADHD) și a celor cu o Tulburare din Spectrul Autist (TSA).

3. „Familia copilului cu dizabilități” cuprinde studii efectuate în domeniul familiilor copiilor cu dizabilități în general și al familiilor copiilor cu ADHD și a celor cu TSA, fiind prezentate în special aspecte ale interacțiunilor și funcționării familiale cu influență asupra fraților sănătoși.

Partea specială a lucrării este alcătuită din 3 capitole:

1. În capitolul „Obiective și Metode” sunt prezentate obiectivele studiului, ipotezele de lucru, descrierea lotului de copii luați în studiu și instrumentele de lucru utilizate.

2. Capitolul „Rezultate” conține rezultatele obținute în urma efectuării studiului, după aplicarea celor trei instrumente de lucru

3. Ultimul capitol „Discuții” prezintă rezultatele obținute și interpretarea lor în relație cu alte studii efectuate în domeniu, fiind urmat de „Concluzii”.

OBIECTIVE

Obiectivul principal al studiului este de a investiga dacă frații copiilor cu o Tulburare din Spectrul Autist (TSA) și ai celor cu Tulburare Hiperchinetică cu Deficit de Atenție (ADHD) reprezintă un grup de risc pentru apariția unor tulburări psihopatologice.

Al doilea obiectiv al studiului este să analizeze în ce fel stresul parental și relațiile intrafamiliale influențează experiența fraților pacienților de a crește alături de un copil cu TSA sau ADHD.

IPOTEZE DE LUCRU

Ipotezele de la care am pornit la începerea studiului au fost:

Ipoteza nr. 1: Frații copiilor cu TSA și ai celor cu ADHD vor avea mai multe dificultăți de adaptare și mai multe probleme comportamentale comparativ cu frații copiilor sănătoși.

Ipoteza nr. 2: Părinții copiilor cu TSA și cei ai copiilor cu ADHD au nivel de stress psihologic mai ridicat comparativ cu părinții copiilor cu dezvoltare normală.

Ipoteza nr. 3: Dificultățile de adaptare ale fraților sunt cu atât mai mari cu cât stressul parental și disfuncționalitatea familiei sunt mai accentuate.

MATERIAL ȘI METODĂ

Au fost luați în studiu frați ai copiilor cu o Tulburare din Spectrul Autist și frați ai copiilor cu ADHD care au frecventat diverse terapii în instituțiile specializate din Timișoara, și anume: Centrul de Resurse și Asistență Educațională „Speranța”, Centrul de zi „Podul Lung” și Asociația „Casa Faenza”, în perioada 2005-2008.

Toți copiii afectați se află și în evidența Clinicii de Psihiatrie și Neurologie pentru Copii și Adolescenți din Timișoara, unde s-a stabilit diagnosticul în urma evaluărilor clinice și psihologice.

Pentru lotul martor au fost luați în studiu frați ai copiilor cu dezvoltare normală, elevi la două școli și două grădinițe din Timișoara, în aceeași perioadă, 2005-2008.

Criterii de includere pentru lotul de studiu:

a. Diagnosticul fratelui bolnav pus de către medicii specialiști din Clinică: Tulburare autistă, Tulburare Asperger, Tulburare de dezvoltare pervazivă fără altă specificație (inclusiv autismul atipic), Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție tipul combinat sau tip predominant de hiperactivitate-impulsivitate.

b. Vârsta fraților sănătoși cuprinsă între 2 și 16 ani, împărțiți pe trei grupe de vârstă: 2 - 6ani, 7 - 11 ani și 12 - 16ani;

c. Vârsta copilului bolnav cuprinsă între 2 și 18 ani;

d. Familie legal constituită, familie monoparentală, familie adoptivă sau de plasament cu condiția ca frații să fi locuit împreună cel puțin 2 ani.

e. Familie cu cel mult 4 copii.

Criterii de includere pentru lotul martor:

a. Vârste cuprinse între 2 - 16 ani, împărțiți pe trei grupe de vârstă: 2 - 6ani, 7 - 11 ani și 12 - 16 ani.

b. Familie legal constituită, familie monoparentală, familie adoptivă sau de plasament cu condiția ca frații să fi locuit împreună cel puțin 2 ani.

CARACTERISTICI ALE PACIENȚILOR ȘI ALE FAMILIILOR LOR (MATERIALUL DE STUDIU)

Caracteristicile fraților sănătoși

- Am inclus 32 frați ai copiilor cu ADHD cu o vârstă medie de 8.75 ani, dintre care 20 băieți și 12 fete; 17 frați au avut același sex ca și fratele cu ADHD, în timp ce 15 au fost de sex opus; dintre pacienții cu ADHD, 29 au fost băieți și doar 3 fete, în concordanță cu datele din literatură care arată o predominanță a tulburării hiperchinetice la băieți; alte caracteristici ale fraților: 15 dintre ei au fost mai mari decât fratele cu ADHD, 15 mai mici iar 2 dintre ei de aceeași vârstă cu aceștia (gemeni, doar unul fiind diagnosticat cu ADHD); doar 23 dintre frații sănătoși erau școlarizați, 9 neavând încă vârsta școlarizării;

- Am inclus 35 frați ai copiilor cu TSA cu o vârstă medie de 9.03 ani, dintre care 19 băieți și 16 fete; 16 frați au avut același sex ca și fratele cu TSA, în timp ce 19 au fost de sex opus; dintre pacienții cu TSA, 30 au fost băieți și doar 5 fete, și de această dată existând o concordanță cu datele din literatură care arată o predominanță a TSA la băieți; alte caracteristici ale fraților: 24 dintre ei au fost mai mari decât fratele cu TSA, 10 mai mici iar 1 frate a fost din perechi de gemeni, dintre care doar unul a fost diagnosticat cu TSA (Sindrom Asperger); 22 dintre frații sănătoși erau școlarizați, 13 neavând încă vârsta școlarizării.

- Am inclus 33 frați ai copiilor cu o dezvoltare normală, cu o vârstă medie de 7.94 ani, dintre care 19 băieți și 14 fete; 22 frați au avut același sex ca și fratele din lotul martor de copii sănătoși, în timp ce 11 au fost de sex opus; din lotul martor, copiii cu dezvoltare normală, 20 au fost băieți și 13 fete; alte caracteristici ale fraților: 21 dintre ei au fost mai mari decât fratele – „martor”, 12 mai mici; 20 dintre frații sănătoși erau școlarizați, 13 neavând încă vârsta școlarizării.

Caracteristicile părinților și familiilor

În total la studiu au participat 100 de familii și 161 de părinți din care:

- 32 de familii ai copiilor cu ADHD, dintre care 25 au fost familii normale, cu amândoi părinții prezenți, 4 familii monoparentale, copiii fiind în grija mamei și 3 familii de plasament; în toate familiile participante au fost 2 frați, dintre care doar unul cu ADHD. Nu toți părinții au participat la studiu, din cauză că nu toți tații și-au dat consimțământul pentru completarea chestionarelor. Astfel, au participat toate cele 32

de mame și doar 21 tați.

- 35 de familii ai copiilor cu TSA, dintre care 34 au fost familii normale, cu amândoi părinții prezenți, o familie monoparentală, copiii fiind în grija mamei; în toate cele 35 dintre familii au fost doar 2 frați, unul cu TSA și unul sănătos. Și de această dată nu toți părinții au participat la studiu din cauză că nu toți tații și-au dat consimțământul pentru completarea chestionarelor. Astfel au participat toate cele 35 de mame și doar 18 tați.

- 33 de familii ai copiilor cu dezvoltare normală, dintre care 30 au fost familii normale, cu amândoi părinții prezenți, 3 familii monoparentale, copiii fiind în grija mamei; și aici au fost luate în studiu familii doar cu doi copii. Și în familiile copiilor cu dezvoltare normală, unii tați au fost reticenți la participarea la studiu, astfel că și de această dată au participat toate cele 33 mame și doar 22 tați.

INSTRUMENTE DE LUCRU

Chestionar asupra comportamentului copilului (Child Behavior Checklist - CBCL) unul din cele mai larg folosite instrumente pentru aprecierea problemelor comportamentale ale copilului și adolescentului, destinat obținerii într-o formă standardizată a descrierilor comportamentului copiilor făcute de către părinți.

Chestionarul a fost completat (acolo unde a fost posibil) de toți părinții, atât de către mame cât și de către tați în familiile legal constituite, fiind importantă percepția pe care o au amândoi părinții despre copiii luați în studiu (frații sănătoși). În familiile monoparentale chestionarul a fost completat numai de părintele cu care locuiesc copiii.

Scala de evaluare a simptomelor SCL-90-R (Symptom Checklist)

SCL 90 destinat reflectării simptomelor fizice și psihice pe care le resimte o persoană, a fost completat de către părinți pentru a măsura nivelul stresului parental și riscul ca aceștia să dezvolte o tulburare psihică, în special tulburare depresivă sau anxioasă.

Instrument pentru evaluarea familiei (McMaster Family Assessment Device, FAD) se bazează pe modelul de funcționare al familiei conceput de McMaster, care identifică 6 dimensiuni ale funcționării familiale și anume: Rezolvarea de probleme, Comunicarea, Rolurile, Responsivitatea afectivă, Implicarea afectivă și Controlul comportamentului la care se adaugă scala

de Funcționare Generală ce evaluează starea de „sănătate” a familiei în general.

În studiul de față, FAD (după modelul McMaster) a fost completat de către părinți pentru analizarea aspectelor legate de funcționalitatea familiei și identificarea acelor dimensiuni ale funcționării familiale care au fost afectate de prezența afecțiunii copilului.

PRELUCRAREA DATELOR

Variabilele independente luate în considerare pentru prelucrarea datelor au fost: vârsta, sexul fratelui sănătos, ordinea în fratrie și boala psihică a copilului: Tulburare din Spectrul Autist sau ADHD, respectiv copii cu dezvoltare normală.

Variabilele dependente au fost scorurile obținute la cele trei instrumente de lucru pentru copiii (frații) sănătoși (CBCL), părinți (SCL -90-R) și familie (FAD), completate de fiecare părinte în parte, mame și tați, la majoritatea prelucrărilor de date fiind luate în considerare mediile acestor scoruri. În plus, cele 2 loturi de frați ai pacienților au fost comparate între ele, cât și cu lotul de frați ai copiilor sănătoși din grupul martor.

Pentru prelucrarea statistică a datelor am utilizat programul SPSS 10.0.7 for Windows.

În primul rând au fost urmărite aspecte legate de problemele fraților sănătoși, în raport cu vârsta, sexul și ordinea în fratrie; a fost analizată starea de sănătate mintală a părinților ca și consecință a stresului rezultat din prezența în familie a copilului afectat și măsura în care simptomele psihologice ale părinților sunt corelate cu problemele fraților sănătoși; în al treilea rând ni s-a părut importantă analizarea experienței fraților de a crește alături de un copil cu o dizabilitate cronică din perspectiva funcționării familiei ca un întreg, adică din perspectivă familială sistemică.

Analiza rezultatelor obținute în urma efectuării studiului a condus la următoarele

CONCLUZII:

Concluzia generală a studiului este aceea că atât frații cât și părinții copiilor cu ADHD sau a celor cu o TSA sunt afectați de experiența de a trăi alături de un copil cu o afecțiune psihiatrică cronică în familie.

Am grupat rezultatele în funcție de principalele aspecte observate

Diferențe de competență socială (1-4):

1. Frații copiilor cu TSA sunt mai competenți social în comparație cu frații copiilor cu ADHD și uneori chiar în comparație cu frații copiilor cu dezvoltare normală, funcționarea lor socială fiind foarte apropiată de normal. Mamele își percep băieții ca fiind mai competenți, iar tații își percep fetele ca fiind mai competente, ceea ce reflectă existența unor criterii diferite în evaluarea parentală / comportament diferit al copiilor față de cei doi părinți.

2. Competențele fraților copiilor cu ADHD și cele ale fraților copiilor cu TSA diferă în funcție de vârstă, respectiv cresc odată cu vârsta, astfel, frații copiilor cu ADHD sunt mai competenți în comparație cu cei ai copiilor cu TSA la vârste mici iar, cei ai copiilor cu TSA sunt mai competenți în perioada școlară și adolescență.

3. Competențele sociale diferă în funcție de sex, la frații băieți ai copiilor cu ADHD și la cei ai copiilor cu TSA fiind mai mari decât la surorile acestora la vârstă mică, pe când competențele surorilor copiilor cu ADHD și cele ai copiilor cu TSA sunt mai mari la vârste mai mari.

4. Ordinea în fratrie privind competența socială este importantă, astfel, frații mai mari ai copiilor cu ADHD sunt mai competenți social în comparație cu frații mai mici, toți copiii fiind mai puțin competenți decât frații copiilor cu dezvoltare normală, indiferent de ordinea în fratrie.

Existența unor probleme de internalizare sau externalizare (E-I), respectiv probleme de comportament și emoționale (5 - 10):

5. Frații copiilor cu ADHD au mai multe probleme de internalizare și externalizare (E-I) comparativ cu frații copiilor cu TSA și cei ai copiilor cu dezvoltare normală. Frații copiilor cu TSA au și ei mai multe probleme de internalizare și externalizare în comparație cu frații copiilor cu dezvoltare normală. Mamele copiilor cu ADHD și cele ale copiilor cu TSA percep mai multe probleme comportamentale și emoționale la frații sănătoși în comparație cu tații.

6. Relația cu vârsta / probleme de E-I: Problemele de internalizare și cele de externalizare ale fraților copiilor cu ADHD cresc odată cu vârsta, în timp ce frații copiilor cu TSA au un vârf de probleme la vârsta de 7-11 ani.

7. Relația cu sexul/ probleme de E-I: Problemele comportamentale și emoționale ale fraților copiilor cu ADHD sunt mai accentuate la băieți față de fete, acestea crescând odată cu vârsta. Pentru frații copiilor

cu TSA, problemele comportamentale sunt mai accentuate la fete, existând un vârf de simptome la grupa de vârstă 7-11 ani. Problemele comportamentale și emoționale ale fraților copiilor cu dezvoltare normală nu diferă semnificativ la cele două sexe, ele crescând ușor odată cu vârsta.

8. Ordinea în fratrie / probleme de E-I: Frații mai mari, atât fetele cât și băieții au mai multe probleme de internalizare și externalizare în comparație cu frații mai mici. Excepție fac doar surorile mai mici ale fraților cu ADHD care au mai multe probleme comportamentale și emoționale, posibil din cauza impulsivității și agresivității fratelui cu ADHD.

9. Relația simptomatologiei cu vârsta la loturile de frați analizați diferă, astfel: la vârste mici ale fraților sănătoși predomină simptomele de agresivitate și hiperactivitate la toate cele trei grupe de copii luați în studiu; în perioada de școlar mic frații copiilor cu TSA au un nivel crescut de simptome depresive, de evitare, obsesionale și anxioase, alături de agresivitate iar, frații copiilor cu ADHD au mai multe simptome de agresivitate și hiperactivitate; la adolescență, frații copiilor cu ADHD au nivele crescute de depresie, anxietate, evitare și agresivitate, în timp ce frații copiilor cu TSA au avut un nivel scăzut la toate simptomele.

10. Ordinea în fratrie, diferențe de simptomatologie: Frații mai mari ai copiilor cu ADHD și cei ai copiilor cu TSA au mai multe simptome din seria de internalizare (depresie, evitare, anxietate), dar exprimă și mai multă hiperactivitate. Frații mai mici au mai multe acuze somatice și o agresivitate crescută. Nu există o diferență semnificativă între frați și surori.

Aspecte privind părinții și funcționarea familiilor (11 – 12):

11. Părinții copiilor cu ADHD și cei ai copiilor cu TSA au un risc crescut pentru patologia depresivă, anxioasă, obsesiv-compulsivă și paranoidă, fără să existe diferențe semnificative între cele două afecțiuni.

12. Funcționarea familiilor copiilor cu ADHD și a celor cu TSA nu diferă semnificativ nici între ele, nici față de cele ale copiilor cu dezvoltare normală, existând însă unele dificultăți în comunicare, roluri, implicare afectivă și controlul comportamentului, la toate cele trei grupe de familii studiate. Funcționarea generală a familiilor rămâne în limite normale.

Intercondiționare intra-familială(13-21):

13. Pentru frații copiilor cu ADHD există o puternică corelație între simptomele psihologice ale taților și competențele sociale și problemele de internalizare

și externalizare ale copiilor. Atât simptomele mamei cât și ale taților copiilor cu ADHD sunt corelate mai mult cu simptomele de internalizare ale fraților sănătoși și anume depresie, anxietate, somatizare, evitare, reactivitate emoțională și simptome obsesionale; starea de sănătate mintală a părinților copiilor cu ADHD poate fi un bun predictor pentru patologia de internalizare a fraților sănătoși, în special al simptomelor de serie depresivă și anxioasă.

14. Simptomele psihologice ale părinților copiilor cu TSA pot fi un bun predictor pentru anxietatea fraților sănătoși din familie.

15. Dezvoltare competențelor sociale ale fraților copiilor cu ADHD poate fi influențată de funcționarea sistemului familial, mai ales de atribuirea adecvată a rolurilor din familie și rezonanța afectivă în interiorul sistemului familial.

16. Dezvoltare competențelor sociale ale fraților copiilor cu TSA poate fi și ea influențată de funcționarea sistemului familial, în special de comunicarea și implicarea afectivă în familie.

17. Apariția unor simptome de internalizare și externalizare la frații sănătoși ai copiilor cu ADHD este puternic influențată de funcționarea sistemului familial în aproape toate ariile: comunicare, rezolvare de probleme, rezonanță afectivă și funcționarea generală a familiilor.

18. Simptomele de externalizare (hiperactivitatea și agresivitatea) ale fraților copiilor cu TSA sunt influențate în primul rând de încărcătura afectivă a familiei dar și de comunicarea și controlul comportamentului membrilor sistemului familial.

19. Simptomele psihologice ale mamei atât pentru copiii cu ADHD cât și pentru copiii cu TSA pot fi buni predictorii pentru stabilirea rolurilor și comunicarea în familie.

20. Simptomele psihologice ale taților copiilor cu ADHD sunt corelate cu abilitățile de rezolvare de probleme în cadrul sistemului familial în timp ce, simptomele taților copiilor cu TSA influențează în special comunicarea și controlul comportamentului în familie.

21. În familiile copiilor cu dezvoltare normală există corelații între simptomele copiilor, simptomele părinților și funcționarea sistemului familial, în special starea de sănătate mintală a mamei influențând atât apariția unor probleme emoționale și comportamentale la copii cât și funcționarea familiei.

CONCLUZIE FINALĂ

În studiul de față am încercat să analizăm în ce măsură frații copiilor cu ADHD și ai celor cu o TSA pot să dezvolte anumite probleme comportamentale și emoționale ca și reacție a experienței de a crește alături de un copil cu una dintre cele două afecțiuni. Deși în aparență cele două tulburări luate în considerare sunt foarte diferite, prin evoluția și prognosticul lor, rezultatele obținute în urma efectuării studiului arată că atât frații copiilor cu ADHD cât și cei ai copiilor cu TSA pot întâmpina unele dificultăți de adaptare, manifestate prin dificultăți în dezvoltarea unor competențe sociale și apariția unor simptome psihologice și comportamentale. Mai multe decât atât, contrar așteptărilor, stresul parental întâlnit la cele două grupe

de studiu a fost asemănător, chiar dacă deseori tulburarea hiperchinetică este considerată una „ușoară”, în comparație cu o tulburare din spectrul autist. Deși principala limită a studiului a fost numărul relativ mic de copii luați în studiu, instrumentele de lucru utilizate ne-au permis obținerea unei imagini de ansamblu asupra problematicii, rezultatele obținute în multe situații fiind în concordanță cu datele din literatură.

Abordarea fraților în relație cu părinții și familia contribuie la o viziune cât mai completă a problematicii și ne va permite pe viitor, ca acolo unde au fost identificate probleme de adaptare ale fraților sănătoși, să intervenim în maniera cea mai potrivită.

*

*

*

The general part of the paper contains 3 chapters:

“General aspects” about the sibling relationship with developmental aspects, roles, types of sibling’s relationships, influences of siblings on the social development and siblings relationships in the family context.

“Siblings of children with disabilities” is the chapter which describes the same aspects of the sibling relationship when one of the children from the family has a chronic disability. In this chapter we presented also some studies about siblings of children with ADHD and ASD

“The family of children with disability” contains other studies about families of children with disabilities and about families of children with ADHD and ASD, especially aspects of family functioning and family interactions which can affect the healthy siblings.

The special part (the research) contains also three chapters:

“Objectives and Methods” with the objectives of the study, the starting assumptions, the descriptions of the research group and the instruments.

“Results” chapter contains the results of the study, obtained after analyze the data.

The last chapter, the one of “Discussions” presents the interpretation of our results in relation with other studies in the field of siblings of children with ADHD or ASD, followed by “Conclusions”.

OBJECTIVES

The main objective of the study is to investigate if the siblings of the ADHD children and those of the children with ASD represent a risk group for the development of any psychopathological symptoms.

The second objective is to investigate the way in that the parental stress and family’s relationships could have an influence to the experience of the healthy siblings of patients living with a child with ADHD or ASD.

The starting assumptions were:

Assumption 1

The siblings of children with ADHD and those of children with ASD will have more adjustment difficulties and behaviour and emotional problems in comparison to the siblings of the healthy children

Assumption 2

The parents of children with ADHD and those of children with ASD will have a greater stress level in comparison to the parents of children with normal development.

Assumption 3

The adjustment difficulties of the healthy siblings will be greater when the parental stress and family dysfunctions will be higher.

MATERIAL AND METHOD

We studied brothers and sisters of children with ADHD and of children with ASD, which attended different therapies in some specialized institutions from Timisoara: "Speranța" Educational Assistance and Resource Centre, Day Care Centre "Podul Lung", "Casa Faenza" Association, in the period of 2005-2008.

The diagnosis of the ADHD and ASD of the sick brother or sister was made by the doctors from Child and Adolescents Psychiatry Clinic from Timișoara, after the clinical and psychological assessment.

We also have a control group, with siblings of children with normal development; we selected these children from some schools and kindergartens from Timișoara, in the same period of time: 2005-2008.

Inclusion criteria for the research group were:

- a. The diagnosis of affected brother, made by the doctors from hospital: Autistic Disorder, Asperger Syndrome, Pervasive developmental disorder without specification, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder combined type or Hyperactivity-Impulsivity type.
- b. The age of healthy sibling between 2-16 years, distributed in three groups: 2-6 years, 7-11 years, 12-18 years.
- c. The age of ADHD or ASD brother between 2-18 years;
- d. The families from the study were normal, with both parents in the family, or with single parent, or placement family with the condition that the child from the placement have been living with the family for at least 2 years.
- e. Families with at most 4 children.

Inclusion criteria for the control group were similar:

- a. The age of sibling between 2-16 years;
- b. The families from the study were normal, with both parents in the family, or with single parent, or placement family with the condition that the child from the placement have been living with the family for at least 2 years.

CHARACTERISTICS OF THE HEALTHY SIBLINGS:

- We included 32 siblings of children with ADHD with a mean age of 8.75, 20 boys and 12 girls; 17 siblings have the same gender with

the ADHD brother, 15 have the opposite gender; the ADHD children were 29 boys and 3 girls, according with the literature, which shows a predominance of ADHD in boys. Other characteristics of siblings: 15 healthy siblings were older than the ADHD brother, 15 were younger and 2 with the same age (twins, just one with ADHD); only 23 of the healthy siblings attended school, 9 of them were too small.

- We included 35 siblings of children with ASD with a mean age of 9.03, 19 boys and 16 girls; 16 siblings have the same gender with the ASD brother, 19 have the opposite gender; the ASD children were 30 boys and 5 girls, according with the literature, which shows a predominance of ASD in boys. Other characteristics of siblings: 24 healthy siblings were older than the ASD brother, 10 were younger and 1 with the same age (twins, just one with Asperger Syndrome); only 22 of the healthy siblings attended school, 13 of them were too small.
- We included 33 siblings of children with normal development, with a mean age of 7.94, 19 boys and 14 girls; 22 siblings have the same gender with the brother of healthy children of control group, 11 have the opposite gender; the children with normal development from control group were 20 boys and 13 girls; 21 healthy siblings were older than the "control" – brother or sister and 12 were younger; only 20 of the healthy siblings attended school, 13 of them were too small.

THE CHARACTERISTICS OF THE PARENTS AND FAMILIES

100 families and 161 parents participated to the study

- 32 families of children with ADHD, 25 of them were normal, with both parents, 4 were with single parent, the children raised by mothers and 3 placement families; in all families were just 2 children, 1 healthy and 1 with ADHD; not all the parents have participated to the study, because a part of the fathers didn't want to consent. So we had 32 mothers of children with ADHD and only 21

fathers.

- 35 families of children with ASD, 34 of them were normal, with both parents and 1 was with single parent, the children raised by mothers; in all 35 families were just 2 children, 1 healthy and 1 with ASD; not all the parents have participated to the study, because a part of the fathers didn't want to consent. So we had 35 mothers of children with ASD and only 18 fathers.
- 33 families of children with normal development, 30 of them were normal, with both parents and 3 were with single parent, the children raised by mothers; in all families were just 2 children; again not all the parents have participated to the study, because a part of the fathers didn't want to consent. So we had 33 mothers of normally developed children and only 22 fathers.

INSTRUMENTS

Child Behavior Checklist (CBCL)

Child Behaviour Checklist (CBCL) is one of the most utilized instruments for the assessment of the behaviour problems of children and adolescents, made with the aim to obtain a description of the children's behaviour and it is filled in by the parents;

For our study the CBCL was completed (if it was possible) by both parents from normal families because it was important to see what the perception of each parent was about the child from the study (the healthy child). In the families with a single parent the CBCL was completed only by the parent who lives with the children.

Symptom Checklist (SCL-90-R)

SCL-90 designed to reflect the physical and the psychological symptoms of a person, was completed by the parents to assess the psychological stress and the risk of developing a psychiatric disorder, especially the depressive or anxiety disorder.

McMaster Family Assessment Device (FAD)

The FAD is based on the McMaster Model of Family Functioning which identifies six dimensions of family functioning: *Problem Solving, Communication, Roles, Affective Responsiveness, Affective Involvement and Behavior Control*, and in addition with the *General Functioning* of FAD assesses the overall health/pathology of the family.

In our study FAD (according with McMaster Model) was completed by the parents to analyze the aspects about the functioning of the family and to identify those dimensions of family functioning which are affected by the presence of the sick child.

DATA ANALYSES

Independent variables are: age, gender of the healthy brother/sister, birth order and the disorder of the child: ADHD, ASD or children with normal development

Dependent variables are the score obtained from the 3 instruments filled in for the healthy children (CBCL), their parents (SCL-90-R) and families (FAD) by mothers and fathers; for the analysis we utilized the mean scores in almost all the situations. We also compared the results of the two research groups between them as well with the results from control group.

For statistics we utilized SPSS program 10.0.7. for Windows

First we analyzed the aspects about the problems of healthy brothers/sisters linked with age, gender and birth order; it was examined the mental health statement of the parents like a consequence of the stress resulted from the presence in the family of a child with ADHD or ASD and the amount in which the symptoms of the parents could be correlate with the children's problems; third, we considered important to analyse the experience of healthy siblings to grow up with a child with a disability from the family functioning as a whole perspective.

The results obtained from the study conducted to the following **Conclusions:**

The general conclusion of the research is that both siblings and parents of children with ADHD and those with ASD are affected by the experience of living with a child with a chronic psychiatric disease in the family.

We grouped the results by the main aspects:

Different social competencies (1 – 4):

1. The siblings of children with ASD are more social competent in comparison with those of children with ADHD, and sometimes more competent than siblings of children with normal development, social functioning of them are very close to normal. The mothers perceived the boys more competent than

- girls and fathers perceived the girls more competent, the competencies of siblings of children with ASD are greater in both gender. This reflects some differences existing in the perceptions and evaluations of the two parents or the different behavior of the children toward the both parents.
2. The social competencies of siblings of children with ADHD and those of children with ASD are different depending on age, meaning higher as measure as the age is higher; the siblings of children with ADHD are more competent in the preschool age and those of children with ASD are more competent in the middle childhood and adolescence.
 3. The social competencies of siblings of children with ADHD and those of children with ASD are different depending on gender, greater for the boys to the small ages and for the sisters to the adolescence.
 4. The birth orders is important too; so, the older siblings of children with ADHD are more social competent in comparison with the younger siblings, all the children being less competent than the siblings of normally developed children, whatever the birth order.

Internalizing and externalizing problems (E-I), behavior and emotional problems in siblings (5 - 10):

5. Siblings of children with ADHD have more **internalizing and externalizing (E-I) problems** in comparison with siblings of children with ASD and those of children with normal development. The siblings of children with ASD have also more internalizing and externalizing problems in comparison with siblings of children with normal development. The mothers of children with ADHD and those of children with ASD perceive more behaviour and emotional problems to the healthy siblings, in comparison with the fathers.
6. E-I problems depending on age. The internalized and externalized problems of siblings of children with ADHD are higher as measure as the age is higher, whereas siblings of children with ASD

have a peak of problems to the age of 7-11.

7. E-I problems depending on gender. The behaviour and emotional problems of siblings of children with ADHD are more intensive to the brothers than the sisters, and increase with the age of children. For the siblings of children with ASD, the behaviour problems are greater in sisters, with a peak to the age of 7-11. The behaviour and emotional problems of siblings of normally developed children are not significant different in the two gender and easily increase with the age.
8. E-I problems depending the birth order. The older siblings, both brothers and sisters have more internalizing and externalizing problems than the younger siblings. The exception are the younger sisters of children with ADHD which have more emotional and behavioural problems, possible because the impulsivity and aggressive behaviour of the ADHD brother.
9. The symptoms of healthy siblings in different depending on age. In small ages, the symptoms of aggressiveness and hyperactivity of healthy siblings, for all three groups, are predominant; in the period of early school age siblings of children with ASD have an increased level of symptoms of depression, withdrawn, obsession and anxiety, adjacently to the aggressiveness and the siblings of children with ADHD are more aggressive and more hyperactive; in the adolescence, siblings of children with ADHD have increased level of depression, anxiety, avoidance and aggressive behaviour, whereas the siblings of children with ASD have a low level to all symptoms.
10. Differences in symptoms depending on birth order. The older siblings of children with ADHD and those of children with ASD have more internalizing symptoms (depression, avoidance, anxiety) and also more hyperactivity. The younger siblings have more somatic complains and more aggressiveness. There are no difference between brothers and sisters.

Parents symptoms and families functioning (11 - 12):

11. The parents of children with ADHD and of children with ASD have a high risk for depression, anxiety, obsessive-compulsive and paranoid symptoms; there are no significant

difference between the parents of the ADHD or ASD children

12. The functioning of families of children with ADHD and of children with ASD does not differ very much between them and also in comparison with families of children with normal development; in fact there are some difficulties in communication, roles, affective involvement and behaviour control in all the three groups of families. The general functioning of the families are in normal range.

Interrelation in families (13-21)

13. For the siblings of children with ADHD exists a strong correlation between the psychological symptoms of the fathers and the social competencies and the internalized and externalized problems of the children. The symptoms of mothers and of the fathers of children with ADHD are more correlate with the internalizing symptoms of the healthy children like depression, anxiety, somatic complains, avoidance, emotionally reactivity and obsession. The mental health of the parents of children with ADHD could be a good predictor for the internalized symptoms of the healthy siblings, special for depressive and anxiety symptoms.
14. The psychological symptoms of the parents of children with ASD could be a good predictor for the anxiety of the healthy siblings.
15. The development of the social competencies of siblings of children with ADHD could be influenced by the family system's functioning, mostly in roles and family affective responsiveness.
16. The development of the social competencies of siblings of children with ASD could be influenced by the family system's functioning, mostly in communication and affective involvement inside the family system.
17. The occurrence of internalizing and externalizing symptoms in healthy siblings of children with ADHD is strong influenced by the family's system functioning in almost all the dimensions: communication, problem solving, affective responsiveness and general functioning of family.
18. The externalizing symptoms (hyperactivity and aggressive behaviour) of siblings of children with ASD are influenced first by the affective involvement of the family, but also by

the communication and the behaviour control of the members of the family's system.

19. The psychological symptoms of mothers, for both children with ADHD and with ASD could be good predictors for the roles and family communication.
20. The psychological symptoms of fathers of children with ADHD are correlated with the family's ability in problems solving whereas the symptoms of the fathers of children with ASD could have an influence on communication and behaviour control in the family.
21. In families of children with normal development there are a lot of correlations between the symptoms of children, parents and family functioning; the mental health of the mothers could have an influence on the occurrence of psychological symptoms in children and also on the family functioning.

FINAL CONCLUSION

In the present study we tried to analyze in what measure the siblings of children with ADHD and of children with ASD could develop some behaviour and emotional problems in reaction to the experience of growing up with a brother or a sister with one of the two psychiatric disorders.

Even the two disorder appear to be very different in evolution and prognosis, the results of this research show that both siblings of children with ADHD and with ASD could have adjustment difficulties like low levels in development of social competencies and the presence of some psychological and behaviour problems. Moreover, in opposite with our expectations, the parental stress level for the two disorders was the same, even ADHD is often categorized like an "easy" disorder in comparison with autism.

Although the most important limit of the study was the relative small number of children and families participants, the instruments that we utilized allow us to obtain a whole imagine about the subject, the results being very often in concordance with the literature.

This approach of the siblings in relation with the parents and the family contribute to an overview of the problem and allow us that in the future, when a problem in adjustment of the healthy siblings occurs, to intervene in a proper way.

BIBLIOGRAFIE/BIBLIOGRAPHY

I selected the most important and relevant 20 references from the 220 for the entire thesis:

1. Gray DE. Ten years on (2002) : A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*; 27: 215-222.
2. Baumann SL, Dyches TT, Braddick M. (2005) Being a sibling. *Nursing Science Quarterly*; 18(1): 51-58.
3. Gallagher PA, Powell TH, Rhodes CA. Brothers & Sisters: (2006) A special part of exceptional families. Paul H. Brookes Publishing Co., Inc., Baltimore.
4. Harris SL, Glasberg BA. (2003) Siblings of Children with Autism. A guide for families. 2nd Ed. Woodbine House
5. Meynckens-Fourez M. (1999) La fratrie, le point de vue éco-systémique. în: Tilmans-Ostyn, E. et Meynckens-Fourez, M. "Les ressources de la fratrie". Editions Erès. ; 37-68.
6. Kendall J, Shelton K. (2003) A typology of management styles in families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing* ; 9(3): 257-280.
7. Harpin VA. (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives Disease of Childhood*. 90 (I): i2-i7.
8. Johnston C, Mash EJ. (2001) Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 4(3): 183-207.
9. Listug-Lunde L, Zevenbergen AA, (2008) Petros TV. Psychological Symptomatology in siblings of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 12(3): 239-247.
10. Jones KB, Welsh RK, Glassmire DM, Tavegia BD. (2006) Psychological functioning in siblings of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Family Studies – original paper*. Springer science and Business media, Inc.
11. Mikami AY; Piffner LJ. (2008) Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 11(4): 482-492.
12. Sivberg B. (2002) Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*. 6(4): 397-409.
13. Pilowsky T, Yirmiya N, Doppelt O, Gross-Tsur V, Shalev RS. (2004) Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(4): 855-865.
14. Rivers J, Stoneman Z. (2003) Sibling relationship when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 34(4): 383-394.
15. Hastings R. (2003) Brief report: Behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and developmental Disorders*. 33(1): 99-104.
16. Kaminsky L, Dewey D. (2002) Psychological adjustment in siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43: 225-232.
17. Kaminsky L, Dewey D. (2001) Sibling relationships of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 31: 399-410.
18. Lainhart JE. (1999) Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and their siblings. *International Review of Psychiatry*; 11: 278-299.
19. Deater-Deckard K, Smith J, Ivy L, Petrill SA. (2005) Differential perceptions of and feelings about sibling children: implications for research on parenting stress. *Infant and Child Development* 14: 211-225.
20. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. (2005) Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 46: 479-489.