



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Διευθυντής ΠΜΣ: Καθηγητής ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας Παιδιών με Αυτισμό στην
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση: Παράγοντες Κινδύνου Και Προστασίας»**

ΜΠΙΑΝΚΑ ΑΝΤΩΝΙΑ ΚΑΤΣΙΦΛΑ

Ειδική Παιδαγωγός

**Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»**

Λάρισα, Ιούνιος 2024



**DEPARTMENT OF MEDICINE
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
UNIVERSITY OF THESSALY**



**POSTGRADUATE PROGRAM
COGNITIVE NEUROREHABILITATION**

Director of the Postgraduate Program: Professor EFTHIMIOS G.
DARDIOTIS

**POSTGRADUATE THESIS
«STUDY OF RESILIENCE IN CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER IN PRIMARY SCHOOL: RISK AND
PROTECTIVE FACTORS»**

BIANCA ANTONIA KATSIFLA

Special Education Teacher

Submitted to fulfil part of the
requirements for obtaining the
Master of Science Degree on
"NEUROREHABILITATION"

Larisa, June 2024

«Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει της πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας:

Υπογραφή: «Μπιάνκα Αντωνία Κατσιφλά »

ΜΠΙΑΝΚΑ ΑΝΤΩΝΙΑ ΚΑΤΣΙΦΛΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2024

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ*

Επιβλέπων: Ανάργυρος Καραπέτσας, Ομότιμος Καθηγητής Κλινικής
Νευροψυχολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. Ανάργυρος Καραπέτσας - (Επιβλέπων)
2. Λάμπρος Μεσσήνης, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
3. Γρηγόριος Νάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροανατομίας, νευροφυσιολογίας και κλινικής νευρολογίας των διαταραχών λόγου, ομιλίας και επικοινωνίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τίτλος στα αγγλικά:

**«STUDY OF RESILIENCE IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM
DISORDER IN PRIMARY SCHOOL: RISK AND
PROTECTIVE FACTORS»**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	7
Περίληψη.....	8
Abstract	9
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο Πρώτο: Αυτισμός	11
1.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	11
1.2 Διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)	14
1.3 Επιπολασμός – Συννοσηρότητα.....	16
1.4 Αιτιολογία	17
1.5 Χαρακτηριστικά ενός παιδιού με ΔΑΦ	19
1.6 Ένταξη στη γενική εκπαίδευση – Παράλληλη Στήριξη.....	21
Κεφάλαιο Δεύτερο: Ψυχική Ανθεκτικότητα	23
2.1 Αντιξοότητες	23
2.2 Ψυχική Ανθεκτικότητα (ΨΑ)	25
2.2.1 Ιστορική Αναδρομή – Ορισμός ΨΑ	25
2.2.2 Μοντέλα ΨΑ.....	27
2.3 Η ΨΑ στα παιδιά	29
2.3.1 Η διαδικασία της ΨΑ στα παιδιά.....	29
2.3.2 Η ΨΑ στα παιδιά με ΔΑΦ.....	30
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ΨΑ.....	31
2.4.1 Αντιξοότητες, άγχος και αυτισμός	32
2.4.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	34
2.4.3 Ατομικά Χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ΨΑ	37
3.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας	41

3.2	Μέθοδος	41
3.2.1	Δείγμα.....	41
3.2.2	Ερευνητικό εργαλείο και μέθοδος.....	43
3.3	Διαδικασία.....	45
3.4	Ανάλυση συνεντεύξεων	45
Κεφάλαιο Τέταρτο: Αποτελέσματα.....		46
4.1	Παράγοντες κινδύνου και προστασίας.....	46
4.1.1	Παράγοντες κινδύνου.....	46
4.1.2	Παράγοντες προστασίας.....	51
4.2	Στρατηγικές αντιμετώπισης παιδιών με ΔΑΦ.....	54
4.3	Στρατηγικές αντιμετώπισης εκπαιδευτικών ΠΣ.....	56
Κεφάλαιο πέμπτο: Συμπεράσματα		58
5.1	Παράγοντες κινδύνου και προστασίας.....	58
5.1.1	Παράγοντες κινδύνου.....	58
5.1.2	Παράγοντες προστασίας	61
5.2	Στρατηγικές αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΑΦ	63
5.3	Στρατηγικές αντιμετώπισης των εκπαιδευτικών ΠΣ.....	64
Κεφάλαιο έκτο: Περιορισμοί και προτάσεις		66
6.1	Περιορισμοί.....	66
6.2	Προτάσεις.....	66
Κεφάλαιο έβδομο: Βιβλιογραφία		68

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της. Χωρίς τη βοήθεια και τη συμπαράσταση τους, η πορεία αλλά και το αποτέλεσμα της δουλειάς μου δε θα ήταν το ίδιο.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Ανάργυρο Καραπέτσα, για την πολύτιμη καθοδήγηση και υπομονή του καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της ερευνητικής διαδικασίας. Φυσικά, ευχαριστώ και την τριμελή επιτροπή για τον χρόνο και την ενέργεια που διέθεσαν.

Ιδιαίτερη ευχαριστία απευθύνω και στους συμμετέχοντες της έρευνας, οι οποίοι αφιέρωσαν χρόνο και προσπάθεια για να παράσχουν τις απαραίτητες πληροφορίες και δεδομένα που χρειάστηκαν για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω εγκάρδια ευγνωμοσύνη στην οικογένειά μου και τους φίλους μου για την αδιάλειπτη στήριξη και ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια αυτής της απαιτητικής διαδικασίας. Η συναισθηματική τους υποστήριξη ήταν ανεκτίμητη.

Με εκτίμηση,

Μπιάνκα Αντωνία Κατσιφλά

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να ερευνήσει την Ψυχική Ανθεκτικότητα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Η ψυχική ανθεκτικότητα (ΨΑ) ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται και να προσαρμόζεται με τον κατάλληλο τρόπο, παρά την πιθανή ύπαρξη αντιξοοτήτων, δηλαδή κινδύνων, τραυματικών συνθηκών και απειλών, κατά την διάρκεια της ανάπτυξής του. Αν και η διεθνής βιβλιογραφία θεωρείται αρκετά πλούσια, συγκριτικά με την ελληνική, η έρευνα της ΨΑ στον αυτισμό είναι αρκετά περιορισμένη. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν είτε θετικά (προστατευτικοί παράγοντες), είτε αρνητικά (παράγοντες κινδύνου) την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ στην καθημερινή τους ζωή, κυρίως στα πλαίσια του σχολείου. Στη συνέχεια, η έρευνα ασχολήθηκε με τον τρόπο που τα παιδιά με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες στην καθημερινότητά τους και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να καταφέρουν να ισορροπήσουν ψυχολογικά. Επίσης, ερευνήθηκαν και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί Παράλληλης Στήριξης (ΠΣ) των παιδιών με ΔΑΦ ώστε να τα επαναφέρουν σε κατάσταση ηρεμίας. Για τις ανάγκες της έρευνας επιλέχθηκε η ποιοτική προσέγγιση και σχεδιάστηκε ένας οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 14 εκπαιδευτικοί ΠΣ, οι οποίες αναφέρθηκαν, η κάθε μια, σε ένα συγκεκριμένο παιδί με αυτισμό που υποστήριζαν. Τα αποτελέσματα έκαναν φανερό πως τα παιδιά με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση αρκετούς παράγοντες κινδύνου, μάλιστα αρκετοί είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με τους περιορισμούς που έχουν ήδη λόγω της διαταραχής. Οι παράγοντες προστασίας, οι στρατηγικές που τα παιδιά με ΔΑΦ χρησιμοποιούν αλλά και οι στρατηγικές που επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ καταφέρνουν, αρκετά συχνά, να ισορροπήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας φανερώνουν την έλλειψη μελετών στο χώρο της ΨΑ, όσον αφορά τα παιδιά με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση και την ανάγκη περεταίρω διερεύνησης με στόχο τη δημιουργία ενός, πολύπλευρα, ολοκληρωμένου προγράμματος παρέμβασης ενίσχυσης της ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ανθεκτικότητα, παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, Παράλληλη Στήριξη, παράγοντες προστασίας και κινδύνου, στρατηγικές αντιμετώπισης.

Abstract

This study aims to investigate the Resilience of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in primary education. Resilience is defined as the individual's ability to cope and adapt appropriately despite the possible presence of adversities, such as risks, traumatic conditions, and threats during their development. Although the international literature is considered quite rich compared to Greek literature, research on resilience in autism is quite limited. The purpose of the research was to investigate the factors that either positively (protective factors) or negatively (risk factors) affect the resilience of children with ASD in their daily lives, mainly within the school context. Subsequently, the research focused on how children with ASD handle difficulties in their daily lives and the strategies they use to achieve psychological balance. Additionally, the coping strategies used by the Parallel Support (PS) teachers of children with ASD to restore them to a state of calm were also examined. A qualitative approach was chosen for the needs of the research, and a semi-structured interview guide was designed. A total of 14 PS teachers participated in the study, each referring to a specific child with autism they supported. The results revealed that children with ASD face several risk factors daily, many of which are related to the limitations they already have due to the disorder. Protective factors, the strategies used by children with ASD, and the strategies chosen by PS teachers often manage to balance the negative effects of the risk factors. The results of the research highlight the lack of studies in R regarding children with ASD in primary education and the need for further investigation aimed at creating a comprehensively integrated intervention program to enhance the R of children with ASD.

Keywords: resilience, children with autism spectrum disorder, Parallel Support, protective and risk factors, coping strategies.

Εισαγωγή

Από τη στιγμή που ένας άνθρωπος έρχεται σε αυτόν τον κόσμο μέχρι και τη στιγμή που θα αποχωρίσει, αντιμετωπίζει καθημερινά προκλήσεις και δυσκολίες. Η ζωή του είναι, λοιπόν, μια καθημερινή πάλη ανάμεσα στις αντιξοότητες που προκύπτουν και στην επιθυμία του να ευτυχίσει. Η ικανότητά του να «δραπετεύει» από αυτές και να προσαρμόζεται με επιτυχία ονομάζεται επιστημονικά «Ψυχική Ανθεκτικότητα». Από μια αρκετά μικρή ηλικία, το άτομο γοητεύεται από αυτή την ικανότητα και όσο περισσότερο μεγαλώνει τόσο επιχειρεί να την επιδιώξει σε καταστάσεις στην καθημερινότητα του. Αυτό συμβαίνει καθώς προωθείται ως πρότυπο στη ζωή του από νωρίς με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα κλασικά παιδικά παραμύθια, τα οποία μεταφέρουν δυνατά μηνύματα για τη σημασία και τον ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στη δημιουργία μιας ευχάριστης ζωής. Το παιδί μεγαλώνει με αυτά τα μηνύματα και με την αντίληψη πως ό,τι και να γίνει θα μπορέσει να τα καταφέρει και αυτό όπως και οι αγαπημένοι του ήρωες. Αλλά και στην πραγματικότητα, η ανθρώπινη ιστορία είναι γεμάτη παραδείγματα κατά τα οποία οι άνθρωποι καταφέρνουν να κάνουν τα αδύνατα δυνατά, να επιβιώσουν, να προσαρμοστούν και να ανταπεξέλθουν στη ζωή τους παρά τις δύσκολες συνθήκες όπως πόλεμος, πανδημίες, φτώχεια κ.α.

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος μπορεί να δημιουργήσει αρκετές προκλήσεις κατά την παιδική ηλικία και ο τρόπος που τα παιδιά με αυτισμό τις αντιμετωπίζουν φαίνεται να είναι αρκετά ιδιαίτερος. Αν και η ψυχική ανθεκτικότητα άρχισε να ερευνάται κατά τις δεκαετίες 1960-70 (Masten, 2007) με σημείο αφετηρίας την παιδική ηλικία, τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, δεν προσεγγίστηκαν σχεδόν καθόλου μέχρι σήμερα, ώστε να διερευνηθεί τι τα επηρεάζει αρνητικά στην καθημερινότητά τους και τι μπορεί να τα βοηθήσει και να τα προστατέψει από την ψυχολογική κατάπτωση. Φυσικά, δεν έχουν διερευνηθεί ούτε και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν αυθόρμητα και από μόνα τους τα παιδιά με ΔΑ, ώστε να διατηρήσουν την ψυχική τους ισορροπία και να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες στιγμές. Η έρευνα των παραπάνω θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς είναι αυτονόητο πως για να βοηθήσουμε ένα παιδί με ΔΑΦ χρειάζεται πρώτα να το καταλάβουμε. Τι είναι αυτό που του προκαλεί τόσο άγχος ώστε να είναι επικίνδυνο για την ψυχική του ανθεκτικότητα; Τι προστατεύει την ψυχική του ισορροπία και πώς το ίδιο αντιμετωπίζει, με τον τρόπο του, ένα ψυχολογικό ταρακούνημα; Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση, τόσο των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, όσο και των στρατηγικών αντιμετώπισης αντιξοοτήτων των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού αλλά και των εκπαιδευτικών Παράλληλης Στήριξης. Για τις ανάγκες της διπλωματικής εργασίας διεξήχθη μια ποιοτική έρευνα με σκοπό την ανάδειξη των παραπάνω στόχων.

Κεφάλαιο Πρώτο: Αυτισμός

Η λέξη «αυτισμός» προέρχεται από την αρχαιοελληνική λέξη «εαυτός» που υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η πρώτη αναφορά στον όρο «αυτισμό» έγινε το 1911 από τον ψυχίατρο Eugen Bleuler στην προσπάθεια του να περιγράψει την έντονη απόσυρση ατόμων με σχιζοφρένεια από την πραγματικότητα και την κοινωνία αλλά και την απομόνωση στον εαυτό τους. Γίνεται γρήγορα αντιληπτό λοιπόν, πώς ο αυτισμός σχετίζεται με την εσωστρέφεια του ατόμου, σε σημείο κοινωνικής απομόνωσης, και τη διαφορετική αντίληψη της πραγματικότητας.

Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μια νευροβιολογική αναπτυξιακή διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από δυσκολίες κυρίως στους τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της λεκτικής και μη επικοινωνίας και της επαναλαμβανόμενης ή στερεοτυπικής συμπεριφοράς (Newschaffer et al., 2007). Η Διεθνής Επιτροπή Αυτισμού αναφέρθηκε στην ύπαρξη μιας περίπλοκης βλάβης που προσβάλλει τόσο το αισθητηριακό όσο και το γνωστικό επίπεδο ενός ατόμου (Γκονέλα, 2006). Φυσικά, η εκδήλωση των συμπτωμάτων ποικίλει αρκετά μεταξύ των διαφόρων ατόμων (Lord et al., 2018). Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται και ο όρος φάσμα, καθώς κάθε άτομο βιώνει τα συμπτώματα διαφορετικά και με ποικίλους βαθμούς σοβαρότητας. Η διάγνωση γίνεται συνήθως στην ηλικία των 2-3 ετών, ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις που τα συμπτώματα είναι έντονα μπορεί να γίνει ακόμη και στην τρυφερή ηλικία των 18 μηνών. Σε αυτή την ηλικία, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΑΦ μπορούν να διακριθούν αρκετά εύκολα από την τυπική ανάπτυξη (Zeidan et al., 2022). Ο αυτισμός είναι μια διαταραχή που έχει δια βίου διάρκεια με αρκετές μακροχρόνιες επιπτώσεις στην πορεία της ζωής του ατόμου (Lai et al., 2014).

1.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή

Ο αυτισμός είναι μια διαταραχή που θεωρείται ότι υπήρχε ανέκαθεν, ωστόσο δεν αναγνωρίστηκε ως διακριτή κατάσταση έως και τις αρχές-μέσα του 20ού αιώνα. Πρωτοπόρος στο πεδίο της μελέτης του αυτισμού υπήρξε ο Leo Kanner. Το 1943 παρουσίασε λεπτομερώς μια μελέτη με τίτλο «Αυτιστικές Διαταραχές της Συναισθηματικής Επαφής» (Autistic Disturbances of Affective Contact). Επρόκειτο για 11 περιπτώσεις παιδιών ηλικίας 2-8 ετών που εκδήλωσαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά χωρίς, ωστόσο, να επιβαρύνεται η κατάσταση με την πάροδο του χρόνου, όπως στη σχιζοφρένεια. Πρότεινε λοιπόν, τη χρήση του όρου «βρεφικός αυτισμός» για

να περιγράψει αυτά τα παιδιά και τόνισε πως σε καμία περίπτωση δεν αποτελούσε μια πρώιμη μορφή σχιζοφρένειας (Fischbach, 2007). Τα χαρακτηριστικά που βρήκε όμοια σε κάθε περιστατικό περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, γλωσσική καθυστέρηση και περιορισμένη γλωσσική επικοινωνία, έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς και αυθόρμητες αντιδράσεις. Ο Kanner εισήγαγε δύο κύρια χαρακτηριστικά τα οποία συμβάλλουν και οδηγούν στη διάγνωση αυτής της νέας διαταραχής, την ομοιότητα και διατήρηση της ρουτίνας και την κοινωνική απόσυρση-απομόνωση (Cohner, 2014). Η εκτενής και λεπτομερής περιγραφή των συμπτωμάτων αυτής της νέας διαταραχής οδήγησε αρκετούς, τα επόμενα χρόνια, να διαγνώσκουν παιδιά με αντίστοιχη συμπτωματολογία με τον όρο «σύνδρομο Kanner». Ωστόσο, η επιστημονική κοινότητα διατήρησε την ορολογία που ο ίδιος έδωσε και έτσι καθιερώθηκε ο όρος «αυτισμός». Ο Kanner έδωσε, επίσης, ιδιαίτερη σημασία και στη συμπεριφορά των γονέων, υποστηρίζοντας ότι μια απόμακρη και ψυχρή στάση μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του παιδιού. Η συγκεκριμένη θεωρία παρόλο που στην αρχή έλαβε αρκετή υποστήριξη, εν τέλει απορρίφθηκε από τις μελέτες.

Σημαντικός ερευνητής ήταν και ο γιατρός Hans Asperger, ο οποίος άρχισε να μελετάει τη διαταραχή του αυτισμού περίπου την ίδια περίοδο με τον Kanner. Το 1944 δημοσίευσε τη μελέτη του με τίτλο «Αυτιστική ψυχοπάθεια στην παιδική ηλικία». Αναφέρθηκε σε τέσσερα αγόρια με σοβαρές δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες και αλληλεπίδραση. Ως επί των πλείστων, τα χαρακτηριστικά που περιέγραψε ήταν όμοια με του Kanner με βασική όμως διαφορά τον δείκτη νοημοσύνης. Τα παιδιά αυτά είχαν κανονική έως υψηλή νοημοσύνη και φυσιολογική γλωσσική ανάπτυξη ενώ ο Kanner δεν περιορίστηκε στο επίπεδο νοημοσύνης. Έτσι, προέκυψε και το γνωστό «σύνδρομο Asperger» (Volkmar et. al, 1998), μια διαταραχή που αφορά τα άτομα με αυτισμό που είναι «υψηλής λειτουργικότητας» (Feinstein, 2011) και μάλιστα καταγράφηκε ως μια ξεχωριστή υποκατηγορία του αυτισμού στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM), το 1994.

Οι μελέτες των Kanner και Asperger αποτέλεσαν τα θεμέλια για την έρευνα του αυτισμού. Η λεπτομερής περιγραφή τους βοήθησε στη δημιουργία της συμπτωματολογίας, η οποία διευκόλυνε κατά πολύ τους επιστήμονες στο να διαγνώσκουν και να μελετούν άτομα με αυτισμό. Μάλιστα, ήταν τόσο ακριβής που ταιριάζει σχεδόν απόλυτα με τον ορισμό που δόθηκε το 1994 στο DSM-IV, το οποίο αναφέρει «δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση», «δυσκολία στην επικοινωνία», καθώς και «περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών» από την American Psychiatric Association.

Η ανάγκη για μια κοινή περιγραφή συμπτωμάτων, ώστε να μπορούν να γίνονται διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών, οδήγησε στη δημιουργία του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία. Στις πρώτες δύο εκδόσεις, DSM I (1958) και DSM II (1968) ο αυτισμός κατατάσσεται ως μια μορφή παιδικής σχιζοφρένειας (Rosen et al., 2021).

Η διαταραχή του αυτισμού άρχισε να ερευνάται σε μεγαλύτερη κλίματα κατά την διάρκεια των δεκαετιών 1970-1980. Έτσι λοιπόν, το 1980 ο αυτισμός διαχωρίστηκε από τη σχιζοφρένεια και συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά στο DSM-III (APA 1980) με τον ορισμό «βρεφικό αυτισμό» ως μια υποκατηγορία των «Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών». Ο ορισμός και τα κριτήρια διάγνωσης στο DSM-III ήταν ακριβώς ίδια με αυτά που είχε περιγράψει ο Kanner στα αποτελέσματα της μελέτης του. Επίσης, ως όροι διάγνωσης συμπεριλήφθηκαν και ο «υπολειπόμενος βρεφικός αυτισμός», «νηπιακός αυτισμός», για να περιγράψει παιδιά που παρουσίαζαν αναπτυξιακή διαταραχή, αρκετά μετά τη βρεφική ηλικία καθώς και ο όρος της «άτυπης αναπτυξιακής διαταραχής που δεν προσδιορίζεται αλλιώς», για να περιλάβει περιπτώσεις στις οποίες δεν πληρούνταν τα αυστηρά κριτήρια μιας συγκεκριμένης διαταραχής. Εκείνη την εποχή είναι αντιληπτό πως δόθηκε έμφαση στις συμπεριφορές των παιδιών και μπορεί να αναγνωρίστηκε επίσημα η ύπαρξη του αυτισμού, ωστόσο ο περιορισμός στα ηλικιακά κριτήρια δημιούργησε προβλήματα, καθώς ήταν αδύνατη η διάγνωση ενηλίκων με αυτισμό και δεν αντιπροσωπεύονταν επαρκώς με τον όρο «υπολειπόμενος αυτισμός» (Rosen et al., 2021).

Στο DSM-III-Revised (APA 1987) χρησιμοποιήθηκε ο όρος «αυτιστική διαταραχή» (Rosen et al., 2021) ώστε να εμπερικλείει όλες τις ηλικίες και τα αναπτυξιακά στάδια (Siegel et al., 1988; Waterhouse et al., 1993). Το 1990, η Wing χρησιμοποίησε πρώτη τον όρο «φάσμα», θέλοντας να αναδείξει την πολυπλοκότητα και συνθετότητα της διαταραχής καθώς και την ποικιλομορφία της ως προς τη σοβαρότητα από ήπια έως πολύ σοβαρή (Happé, 2003).

Το 1994, η σύνταξη του DSM-IV (APA, 1994) ήταν ακόμη πιο σύνθετη στην προσπάθεια να κατηγοριοποιήσει πιο συγκεκριμένα όλα τα σύνδρομα. Έτσι, στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών συμπεριέλαβε τον παιδικό αυτισμό, τον άτυπο αυτισμό, το σύνδρομο Rett, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, το σύνδρομο Asperger και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Νότας, 2005).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-IV (APA, 1994) υπήρχαν 3 βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων που οδηγούσαν στη διάγνωση του αυτισμού: οι δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οι δυσκολίες στην επικοινωνία και οι στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα.

Η 5^η έκδοση του DSM-V δημοσιεύθηκε το 2013 από την APA. Οι αλλαγές ήταν αρκετές με κυριότερη την κατάργηση του όρου «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» και την αντικατάσταση του από τον όρο «Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος». Άλλη μια σημαντική αλλαγή ήταν οι απαλοιφή των διαγνωστικών υποκατηγοριών (Αυτισμός, Σύνδρομο Άσπεργκερ και ΔΑΔ - μη άλλως προσδιοριζόμενη). Πλέον, όλες οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ανήκαν στην ευρύτερη «ομπρέλα» του αυτισμού εκτός από το σύνδρομο Rett που διαχωρίστηκε τελείως. Ουσιαστικά, σύμφωνα με το DSM-5, «η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία εμπεριέχει διαταραχές οι οποίες μέχρι πρότινος αναφέρονταν ως πρώιμος παιδικός αυτισμός, αυτισμός της παιδικής ηλικίας, αυτισμός Kanner, υψηλής λειτουργικότητας αυτισμός, τυπικός αυτισμός, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και σύνδρομο Άσπεργκερ» (American Psychiatric Association, 2013, σ. 92).

1.2 Διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα χαρακτηριστικά του αυτισμού μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ανά άτομο και ανά ηλικία και πως η εμφάνιση τους δεν καθορίζεται από τη φυλή, την εθνικότητα, την κουλτούρα ή την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Khan et al., 2012). Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ειδικούς και χρησιμοποιώντας τα αναγνωρισμένα διαγνωστικά συστήματα. Το πιο γνωστό διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το DSM-5-TR. Συνήθως, μέχρι την ηλικία των 3 ετών τα συμπτώματα είναι φανερά και επιφέρουν δυσκολίες στην καθημερινότητα του ατόμου. Η πρώιμη διάγνωση και παρέμβαση είναι πολύ σημαντική για την ποιότητα ζωής του ατόμου. Μάλιστα, η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία προτείνει τον προληπτικό έλεγχο όλων των βρεφών αλλά και νηπίων για τον εντοπισμό πρώιμων σημάδιων της ΔΑΦ τόσο στους 18 μήνες όσο και ξανά στους 24 μήνες (Hyman et al., 2020).

Σύμφωνα με το DSM-5, για να λάβει κάποιος τη διάγνωση της ΔΑΦ, πρέπει να παρουσιάζει εμμένοντα ελλείμματα και στις τρεις περιοχές κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης στην κατηγορία Α και τουλάχιστον 2 από τις 4 μορφές περιοριστικών, επαναλαμβανόμενων συμπεριφορικών προτύπων στην κατηγορία Β.

Τα διαγνωστικά κριτήρια που παρουσιάστηκαν από την American Psychiatric Association (2013) συνοπτικά είναι δύο κατηγορίες. Η κατηγορία Α περιλαμβάνει ελλείμματα που αφορούν στην κοινωνικο-συναισθηματική αμοιβαιότητα (π.χ. η μη φυσιολογική κοινωνική προσέγγιση και δυσκολία στην έναρξη επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων), στη μη

λεκτική επικοινωνία (π.χ. δυσκολίες στη μη λεκτική επικοινωνία, στη διατήρηση οπτικής επαφής, στην αντίληψη και τη χρήση γλώσσας του σώματος) και στην έναρξη και διατήρηση των σχέσεων (π.χ. δυσκολία προσαρμογής στα διάφορα κοινωνικά πλαίσια, έλλειψη φαντασίας και ενδιαφέροντος για συνομηλίκους, δυσκολίες ανάπτυξης φιλικών σχέσεων).

Η κατηγορία Β εμπεριέχει μη μεταβαλλόμενες και αυτούσια επαναλαμβανόμενες κινήσεις (π.χ. λίκνισμα του σώματος, φτερούγισμα χεριών), τον στερεοτυπικό τρόπο ομιλίας (π.χ. ηχολαλία), τη μόνιμη χρήση των ίδιων αντικειμένων, τη μονοτονία, και προσήλωση στην καθημερινή ρουτίνα (π.χ. δυσκολία στις αλλαγές όσο μικρές και αν είναι, ισχυρή ανάγκη για διατήρηση σταθερής ρουτίνας) ή σε κάποια τελετουργικά πρότυπα λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ. συγκεκριμένα μοτίβα σκέψης που δύσκολα αλλάζουν), αμετάβλητα ενδιαφέροντα, αφύσικα σε έκταση ή εστίαση (π.χ. ισχυρή προτίμηση συγκεκριμένων αντικειμένων και ενδιαφερόντων και απουσία ενδιαφέροντος για οτιδήποτε άλλο), υπερβολική αντιδραστικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα (π.χ. σε έντονους θορύβους και αγγίγματα) ή υποτονική αντιδραστικότητα (π.χ. απουσία ανταπόκρισης στον πόνο ή σε ακραίες θερμοκρασίες) και μη φυσιολογικό ενδιαφέρον για αισθητηριακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. φώτα και υφές).

Αν κάποιος έχει τα χαρακτηριστικά της Κατηγορίας Α, των κοινωνικών ελλειμμάτων, αλλά δεν επιδεικνύει περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα τότε λαμβάνει τη διάγνωση Κοινωνικής Επικοινωνιακής Διαταραχής και όχι της ΔΑΦ (American Psychiatric Association, 2013).

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης, και τα ελλείμματα να υπάρχουν σε βαθμό κλινικής σοβαρότητας. Επιπρόσθετα, δεν θα πρέπει να μπορούν να αποδοθούν σε κάποια άλλη διαταραχή. Εκτός από τα παραπάνω, κάθε διάγνωση της ΔΑΦ συνοδεύεται πλέον από περισσότερους «επιμέρους δείκτες» βαρύτητας. Οι δείκτες αυτοί περιγράφουν τα συμπτώματα του αυτισμού (ηλικία εμφάνισης και βαρύτητα συμπτωμάτων, απώλεια ή μη καθιερωμένων δεξιοτήτων κατά την ανάπτυξη) και κλινικών χαρακτηριστικών. Αναλυτικότερα κρίνεται απαραίτητο να ξεκαθαριστεί η, τυχόν, παρουσία συννοσηρότητας με νοητική αναπηρία, κάποια γλωσσική βλάβη, ψυχική, νευρολογική ή αναπτυξιακή νόσο.

Εφόσον, κάποιος λάβει τη διάγνωση ταξινομείται σε ένα από τα 3 επίπεδα υποστήριξης σύμφωνα με το επίπεδο λειτουργικότητας. Η κατηγοριοποίηση γίνεται ανάλογα τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και ποσοστό υποστήριξης που χρειάζεται. Στο 1^ο Επίπεδο η λειτουργικότητα του ατόμου θεωρείται πολύ καλή και συνεπώς υπάρχει απλώς «Ανάγκη υποστήριξης», στο 2^ο

Επίπεδο οι δυσκολίες είναι μεγαλύτερες και υπάρχει «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» και στο 3^ο και τελευταίο Επίπεδο οι ανεπάρκειες είναι πολύ σοβαρές και χρειάζεται «Ανάγκη ιδιαίτερα ενισχυμένης υποστήριξης» (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013) η διάγνωση έχει ως απώτερο στόχο τη βελτίωση της ζωή των ανθρώπων καθώς θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους έγκαιρα και να ξεκινήσουν το κατάλληλο και εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης, μέσω του οποίου θα βελτιωθεί και θα αναπτυχθεί η ποιότητα της καθημερινότητας, τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειάς του.

1.3 Επιπολασμός – Συννοσηρότητα

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιοποίησε η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων το 2004 στην Ελλάδα, η συχνότητα διάγνωσης του αυτισμού εκτιμήθηκε πως ήταν 1/42 όσον αφορά τα αγόρια και 1/189 όσον αφορά τα κορίτσια. Η πρώτη, ωστόσο επίσημη μελέτη σε εθνική κλίμακα, δημοσιεύθηκε μόλις το 2020 (Thomaidis et al.). Τα αποτελέσματα ήταν καθηλωτικά καθώς φανερώθηκε πως, κατά μέσο όρο, το 1,15% του ελληνικού πληθυσμού λαμβάνει τη διάγνωση της ΔΑΦ. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα αποτελέσματα ερευνών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σύμφωνα με έρευνες, το 2015 το ποσοστό επιπολασμού της ΔΑΦ παγκοσμίως ανερχόταν κοντά στο 1% («Facts and Statistics», 2015). Τον αριθμό αυτό επιβεβαιώνει και η έρευνα των Zeidan et al. (2022) που φανερώνει πως περίπου 1 στα 100 παιδιά διαγιγνώσκεται με ΔΑΦ στην Ασία, Ευρώπη και Βόρεια Αμερική. Η αύξηση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς το 2010 το ποσοστό ανερχόταν περίπου στο 0,76% δηλαδή 1 στα 132 παιδιά (Baxter, Brugha et al., 2015) ενώ το 2016 στις ΗΠΑ η συχνότητα εμφάνισης έφτασε 1 στα 54 άτομα (Baio et al., 2018). Στις μέρες μας θεωρείται πλέον η πιο διαδεδομένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή.

Η ΔΑΦ εμφανίζεται σε αναλογία 3-4:1 στα αγόρια και στα κορίτσια ανάλογα (Baio et al., 2018). Πολλές έρευνες δείχνουν πως τα κορίτσια με ΔΑΦ έχουν, συνήθως, ένα μέσο επίπεδο IQ, ωστόσο εκδηλώνουν αρκετά υψηλές γλωσσικές ικανότητες και κοινωνική συμπεριφορά. Αυτό ίσως και να αποτελεί την αιτία καθυστέρησης της διάγνωσής τους. Γενικότερα, υπάρχουν περισσότερα αγόρια με ΔΑΦ και υψηλό IQ (Σερετόπουλος, Λάμνισος & Γιαννακού, 2020).

Τα τελευταία χρόνια, όπως σημειώνεται και παραπάνω, υπάρχει μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση του επιπολασμού. Η επιστημονική κοινότητα είναι αρκετά διχασμένη ως προς την αιτία αυτής της αύξησης. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Motttron και Bzdok (2020), δηλώνουν πως η αύξηση των διαγνώσεων οφείλεται στην μεγάλη ετερογένεια των συμπτωμάτων. Υποστηρίζουν

πως πολλές φορές «φαινομενικά» αυτιστικά συμπτώματα οδηγούν σε βεβαιωμένη διάγνωση της ΔΑΦ και τονίζουν τη σημασία δημιουργίας ενός πιο συγκεκριμένου προτύπου που θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά από ειδικούς για να γίνεται σωστά η διάγνωση. Άλλοι ερευνητές όπως οι Zeidan et al. (2022) υποστήριζαν πως μερικοί από τους παράγοντες που συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση του επιπολασμού είναι οι αλλαγές και η βελτίωση στα διαγνωστικά κριτήρια, η αυξημένη και καλύτερη ενημέρωση για τη ΔΑΦ, η μεγαλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπως η πρόωπη συμπεριφορική παρέμβαση και η εκπαίδευση με εξατομικευμένα προγράμματα σχεδιασμένα για άτομα με ΔΑΦ.

Συνήθως, κατά τη διάγνωση της ΔΑΦ εντοπίζονται ταυτόχρονα και άλλες διαταραχές ή κάποια νόσος. Η συννοσηρότητα με τη νοητικές αναπηρίες αγγίζει περίπου το 75% (Sturmey & Sevin, 1994) με αποτέλεσμα μόλις το 25% να έχουν μέση ή υψηλότερη του μέσου νοημοσύνη. Το γεγονός αυτό οδήγησε και στην «άτυπη» και λανθασμένη χρήση των όρων αυτισμός χαμηλής και υψηλής λειτουργικότητας. Το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας, 83%, εμφανίζεται στην ύπαρξη άλλων αναπτυξιακών διαταραχών (όπως ΔΕΠ-Υ, Μαθησιακές Δυσκολίες, επιληψία). Αρκετά συχνές διαγνώσεις, όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό με ΔΑΦ, είναι η κοινωνική αγχώδης διαταραχή με ποσοστό 29,2%, η ΔΕΠ-Υ με ποσοστό 28,2% και η αντιθετική προκλητική διαταραχή με ποσοστό 28,1% (Simonoff et. al., 2008). Σε μικρότερο ποσοστό, 10%, εμφανίζεται η ύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών (Σερετόπουλος και συν., 2020) ωστόσο, το ποσοστό επιπολασμού συγκεκριμένα του άγχους στον αυτισμό αγγίζει το 40% (Adams et al., 2019).

Η ανίχνευση και διάγνωση κάποιας συννοσηρότητας είναι απαραίτητη για την άμεση αντιμετώπιση της καθώς δημιουργούνται προβλήματα στην εκπαιδευτική εξέλιξη των ατόμων (Lopata et al., 2017).

1.4 Αιτιολογία

Έγινε μεγάλη προσπάθεια από την επιστημονική κοινότητα να εντοπιστούν τα ακριβή αίτια του αυτισμού, αλλά φαίνεται πως η ΔΑΦ δεν έχει κάποια συγκεκριμένη αιτία που να εξηγεί την ύπαρξή της, κάποιον ενιαίο παθολογικό μηχανισμό (Rutter, 1990) αλλά είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που αλληλεπιδρούν. Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί δημιουργούν αβεβαιότητα και σύγχυση και το γεγονός ότι τα αίτια του αυτισμού δεν είναι ξεκάθαρα έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η αντιμετώπιση ή η πρόληψη (Wing, 2000).

Ο τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου ενός ατόμου με ΔΑΦ, φαίνεται πως είναι αρκετά διαφορετικός παρά το γεγονός ότι η νευρολογική δομή είναι ίδια με ένα άτομο τυπικής

ανάπτυξης. Αρχικά, οι Chan et al. (2011) αναφέρθηκαν στη δυσλειτουργία που υπάρχει στην έλικα του προσαγωγίου με αποτέλεσμα το άτομο με αυτισμό να μην έχει πρόσβαση στον δεξιό μετωπιαίο λοβό παρά μόνο στον αριστερό, δηλαδή στο διανοητικό κομμάτι. Αυτό αποτελεί και την αιτία που τα άτομα έχουν δυσκολίες και ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην κατανόηση μη λεκτικής επικοινωνίας, στην κατανόηση και έκφραση συναισθημάτων και στον αυθορμητισμό. Επίσης, αυτός είναι και πιθανότατα ο λόγος υπερεστίασης σε μια κατάσταση, σκέψη, ή ενδιαφέρον καθώς αδυνατεί να μοιράσει την προσοχή του και δεν είναι σε θέση να εκτελέσει ταυτόχρονα δύο νοητικές διεργασίες. Στην υπερεστίαση, πιθανόν, να οφείλονται και οι αισθητηριακές δυσκολίες.

Ο Stavropoulos (2017) αναφέρθηκε σε μελέτες, που μέσω νευροεπιστημονικών τεχνικών και αξιολογήσεων μετά από κάποια συμπεριφορική παρέμβαση, δήλωσαν ότι υπάρχει δυνατότητα πρόκλησης αλλαγών στην εγκεφαλική λειτουργία ατόμων με ΔΑΦ. Υποστήριξε λοιπόν, πως η ΔΑΦ βασίζεται κυρίως στον εγκέφαλο. Σχολίασε επίσης, το γεγονός πως η Διακρανιακή Μαγνητική Διέγερση (TMS) παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον αυτισμό, κυρίως, λόγω της ικανότητας μελέτης της διεγερσιμότητας και της αναστολής του φλοιού και της συνάφειας των διεγερτικών νευρώνων στη ΔΑΦ, ωστόσο η πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η χρήση του TMS στη ΔΑΦ παραμένει προκαταρκτική. Θεωρεί πως είναι αρκετά δύσκολο να συλλεχθούν αξιόπιστα δεδομένα για παιδιά με ΔΑΦ καθώς η fMRI (Μαγνητική Τομογραφία) απαιτεί ακινησία καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας και επιπρόσθετα είναι δύσκολο να βρεθούν συμμετέχοντες με «καθαρή» ΔΑΦ και χωρίς κάποια συννοσηρότητα.

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Όπως τονίζουν και οι Αντωνίου και Δαλιανά (2017) αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν κάποιες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες συνδέονται με τον αυτισμό. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών έδειξαν πως υπάρχουν σπάνιες και σοβαρές μεταλλάξεις (περίπου 21) αλλά και αρκετές αυξανόμενες δομικές παραλλαγές σε γονίδια που συνδέονται με τη ΔΑΦ. Οι Brian et al. (2011) αναγνώρισαν νέες μεταλλάξεις στα γονίδια FOXP1, GRN2B, SCN1A και LAMC3. Η αθροιστική επίδραση των παραλλαγών αντιπροσωπεύει περίπου το 50% του συνόλου των ατόμων με ΔΑΦ (Gaugler et al., 2014; Siokas, 2018).

Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, σημασία έχει τόσο η προγεννητική περίοδος όσο και η μεταγεννητική. Κατά τη προγεννητική περίοδο μεγάλη σημασία έχει η προχωρημένη ηλικία των γονέων και ιδιαίτερα του πατέρα καθώς έχει αποδειχθεί πως αποτελεί έναν από τους πιο επικίνδυνους παράγοντες για την εμφάνιση της ΔΑΦ (Durkin et al., 2008).

Γενικότερα, κατά τη διάρκεια της κύησης, επηρεάζει το έμβρυο η σωματική αλλά και ψυχική κατάσταση υγείας της μητέρας του (Gardener et al., 2009). Επίσης, η χρήση φαρμακευτικών ουσιών (Larsson et al., 2005) ή παράνομων ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα καθώς και το έντονο στρες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του αυτισμού (Pugsley et al., 2022). Η κατάποση νευροτοξικών ουσιών (όπως αλουμίνιο και υδράργυρο) πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο στο έμβρυο, αφού η αλληλεπίδραση αυτών με τους νευροδιαβιβαστές έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με τη ΔΑΦ (Schofield, 2017; Dardiotis, 2019). Επιπρόσθετα, η έκθεση της μητέρας σε μολυσμένο αέρα, διάφορες χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα και τερατογόνα αποτελούν κίνδυνο. Κατά την κύηση και τη γέννα αποτελούν επίσης κίνδυνο, επιπλοκές όπως η αιμορραγία, οι εμβρυϊκές επιπλοκές, εμβρυϊκός αυχενικός λώρος και καισαρική τομή αυξάνοντας κατά συνέπεια την πιθανότητα ΔΑΦ (Gardener et al., 2009; Larsson et al., 2005).

Κατά τη μετανεννητική φάση, η σωματική κατάσταση του βρέφους έχει ιδιαίτερη σημασία. Υψηλή συσχέτιση με τον αυτισμό φάνηκε να έχουν το χαμηλό βάρος γέννησης, η εμφάνιση ίκτερου καθώς και οι μεταγεννητικές λοιμώξεις (Gardener et al., 2009; Larsson et al., 2005; Rosen et al., 2007).

1.5 Χαρακτηριστικά ενός παιδιού με ΔΑΦ

Όπως έχει ειπωθεί πολλές φορές μέχρι τώρα, ο αυτισμός αποτελεί ένα φάσμα γεγονόσπου αποδεικνύει την ποικιλία και ετερογένεια των συμπτωμάτων από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, η ΔΑΦ επηρεάζει κυρίως τρεις βασικούς τομείς: την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και το.

Από τη βρεφική ήδη ηλικία, πολλοί γονείς αντιλαμβάνονται πως το παιδί τους διαφέρει. Η αδυναμία διατήρησης της βλεμματικής επαφής καθώς και η απουσία του λεγόμενου, κοινωνικού χαμόγελου, τους κάνει να προβληματιστούν. Συνήθως, οι περισσότεροι απευθύνονται σε κάποιον ειδικό όταν γίνεται αντιληπτή η καθυστέρηση στα αναπτυξιακά ορόσημα, κυρίως τα γλωσσικά και κοινωνικά.

Η Λασσιθιωτάκη (2005) αναφέρει πως ένα από κυριότερα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ είναι η αργή εξέλιξη στη γλωσσική ανάπτυξη. Περίπου το 50% των ανθρώπων με ΔΑΦ δεν κατέχουν τη λεκτική επικοινωνία (Prizant & Wetherby, 2005). Ωστόσο, είναι λάθος να ισχυριζόμαστε την ολική απουσία της επικοινωνίας καθώς ενδέχεται να εκφράζονται μέσω χειρονομιών και γενικότερα συστημάτων επαυξητικής και εναλλακτικής επικοινωνίας. Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να έχει λόγο όμως, αυτός να χαρακτηρίζεται κυρίως από ηχολαλία (Prizant & Duchan,

1981), δηλαδή επανάληψη λέξεων που έχει ακούσει, να είναι αρκετά περιορισμένος ως προς το λεξιλόγιο και να μη χρησιμοποιείται με τον κατάλληλο τρόπο.

Από την άλλη, μπορεί να κατέχει τον λόγο σε ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο λεξιλογίου, ωστόσο να αντιμετωπίζει άλλες δυσκολίες. Συνήθως, αντιμετωπίζει μεγάλες δυσκολίες στην πραγματολογική χρήση της γλώσσας (Καραπέτσας, 2015). Δεν μπορεί να κατακτήσει πλήρως τον λειτουργικό λόγο. Δυσκολεύεται αρκετά να ξεκινήσει ή ακόμη και να συνεχίσει μια συζήτηση. Η γλωσσική έκφραση και αντίληψη είναι κυριολεκτικές και σπάνια αντιλαμβάνεται τις μεταφορικές έννοιες. Έτσι, αδυνατεί να αντιληφθεί το διαφορετικό, ανά περίπτωση, ύφος και τη χρήση ειρωνείας ή σαρκασμού. Επίσης, το ίδιο επίπεδο δυσκολίας αντιμετωπίζει τόσο στην αναγνώριση όσο και στην παραγωγή μη λεκτικών ενδείξεων και γλώσσας του σώματος. Μάλιστα, η Wilkinson (2017) υποστηρίζει πως πολλές φορές το άτομο με αυτισμό συνηθίζει να διατηρεί μια τόσο ουδέτερη στάση που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως «ρομποτική».

Ο Νότας (2005) αναφέρθηκε στη δυσκολία του ατόμου με ΔΑΦ να αναπτύξει φυσιολογικούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους άλλους. Οι Smith & Tyler (2019) τονίζουν πως το παιδί με ΔΑΦ δυσκολεύεται ακόμη περισσότερο και σπάνια καταφέρνει να δημιουργήσει ή να διατηρήσει φιλίες με συνομηλίκους του. Αυτό οφείλεται τόσο στα επικοινωνιακά όσο και στα κοινωνικά ελλείμματα. Συνήθως, περιγράφεται ως ένα παιδί που ζει σε έναν δικό του κόσμο και προτιμάει να περνάει μόνο του το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του. Η αδυναμία του να ερμηνεύσει το νόημα των κοινωνικών καταστάσεων αλλά και τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και τα κίνητρα των άλλων του προκαλεί δυσφορία. Επιπρόσθετα, δυσκολεύεται να μπει στη θέση κάποιου άλλου και επιδεινώνει ακόμη περισσότερο τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων (Lennard-Brown, 2004). Σπάνια συμμετέχει σε συμβολικά παιχνίδια, φαντασίας ή συνεργασίας με τους συνομηλίκους του. Κάτι που δυσχεραίνει κι άλλο την κατάσταση είναι η αδυναμία του να μοιραστεί το ενδιαφέρον των άλλων για ένα γεγονός ή μια δραστηριότητα, όταν αυτό δεν είναι στα δικά του ενδιαφέροντα.

Οι Μανιφάβα & Κελέση (2015) μίλησαν για τη σημασία της διατήρησης της ρουτίνας στην καθημερινότητα του παιδιού με ΔΑΦ. Ακόμη και η παραμικρή αλλαγή στη ρουτίνα, που για το παιδί έχει καθιερωθεί ως ιεροτελεστία, μπορεί να το αποσυντονίσει τελείως και να προκαλέσει μια έκρηξη οργής. Αυτό γίνεται γιατί συνήθως έχει παρουσιάσει μια ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και νιώθει την ανάγκη να ολοκληρώνονται όλες οι ενέργειες με έναν, δικό του, συγκεκριμένο τρόπο.

Ο Νότας (2005) αναφέρθηκε σε μερικά γενικότερα χαρακτηριστικά που μπορεί να εντοπιστούν στα παιδιά με ΔΑΦ, ωστόσο δεν είναι και τόσο απαραίτητα για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση. Κάποια από αυτά είναι η δυσκολία στη μίμηση, στον συντονισμό και έλεγχο των κινήσεων, υπερευαίσθησία σε κάποιες αισθητηριακές εμπειρίες, διαταραχές σε φυσικές λειτουργίες αλλά και ιδιαίτερες ικανότητες και ταλέντα.

1.6 Ένταξη στη γενική εκπαίδευση – Παράλληλη Στήριξη

Η αδιάκοπη αύξηση των διαγνωσμένων παιδιών με ΔΑΦ έχει κινητοποιήσει την εκπαιδευτική κοινότητα στην προσπάθεια για πλήρη ένταξη. Η συνεκπαίδευση στα πλαίσια του γενικού σχολείου θεωρείται πλέον ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος εκπαίδευσης για τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όπως τα παιδιά με ΔΑΦ. Αυτόν τον τρόπο εκπαίδευσης έχουν επιλέξει οι περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου όπως και η Ελλάδα (Σούλης, 2008). Τα τελευταία χρόνια, λοιπόν, παρατηρείται μια αυξανόμενη προσπάθεια συμπερίληψης των παιδιών με ΔΑΦ στα γενικά σχολεία σε αντίθεση με το παρελθόν που προσπαθούσαν να τα απομακρύνουν και να τα απομονώσουν σε ειδικά εκπαιδευτικά πλαίσια.

Στην Ελλάδα, ο νόμος (υπ' αριθμόν 3699 ΦΕΚ Α 199/2.10.2008) που ψηφίστηκε για την ειδική αγωγή και εκπαίδευση ορίζει πως η φοίτηση παιδιού με αυτισμό μέσης και υψηλής νοημοσύνης γίνεται κυρίως με την παρουσία του εκπαιδευτικού της γενικής τάξης ή και υποστηριζόμενο από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής, δηλαδή Παράλληλη Στήριξη-Συνεκπαίδευση (ΠΣ), όταν αυτό επιβάλλεται από το βαθμό και το είδος των δυσκολιών που αντιμετωπίζει. Οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής μπορεί να έχουν τις ειδικότητες ΠΕ61 ή ΠΕ60 με εξειδίκευση στην Ε.Α.Ε. για τα νηπιαγωγεία και ΠΕ71 ή ΠΕ70 με εξειδίκευση στην ΕΑΕ για τα δημοτικά σχολεία. Η Παράλληλη παρέχεται, μετά από γνωμάτευση των ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ (Κέντρα Διεπιστημονικής Αξιολόγησης, Συμβουλευτικής & Υποστήριξης). Η φοίτηση μερικών παιδιών με ΔΑΦ γίνεται και στα τμήματα Ένταξης του Γενικού Σχολείου με την βοήθεια του εκπαιδευτικού ΠΣ.

Στόχος του εκπαιδευτικού ΠΣ είναι η πλήρης απεξάρτηση του μαθητή από τον ίδιο και η αυτόνομη λειτουργία του μαθητή με ΔΑΦ, ώστε να φτάσει στο σημείο να μπορεί να ανταποκριθεί με επιτυχία στις απαιτήσεις του γενικού σχολείου στον ίδιο βαθμό με τα υπόλοιπα παιδιά. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται η περιθωριοποίηση και απομόνωση του παιδιού. Η έρευνα της Αρβανιτίδου (2018) έδειξε πως οι εκπαιδευτικοί τόσο της γενικής όσο και της ειδικής αγωγής πιστεύουν πως τα οφέλη των παιδιών που έχουν Παράλληλη

Στήριξη-Συνεκπαίδευση είναι ιδιαίτερα σημαντικά και στον ακαδημαϊκό τομέα αλλά και όσον αφορά τον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα.

Κεφάλαιο Δεύτερο: Ψυχική Ανθεκτικότητα

2.1 Αντιξοότητες

Για να κατανοήσουμε τον όρο της Ψυχικής Ανθεκτικότητας θα πρέπει πρώτα να κατανοηθεί ο όρος αντιξοότητα. Η αντιξοότητα αναφέρεται σε μια δυσκολία ή ένα πρόβλημα που το άτομο αντιμετωπίζει στη ζωή του και έχει μια αρνητική επίδραση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αφορά τόσο σε ατομικό επίπεδο, όπως μια ασθένεια, κακοποίηση, γονική παραμέληση, ένα διαζύγιο ή ακόμη και φτώχεια, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, όπως πόλεμος, φυσική καταστροφή, οικονομική και πολιτική αστάθεια κ.α. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν, πως οι αντιξοότητες ποικίλουν τόσο σε είδος όσο και σε μέγεθος, ωστόσο είναι αρκετά υποκειμενικές και μεταβαλλόμενες από άτομο σε άτομο. Μπορεί να αποτελούν μια χρόνια κατάσταση ή ένα συγκεκριμένο και μεμονωμένο τραυματικό γεγονός.

Βεβαίως, έχει να κάνει και με τις περιβαλλοντικές συνθήκες που επιδρούν αρνητικά στην επίτευξη των στόχων της καθημερινότητας, ανάλογα φυσικά με την ηλικία (UCL Institute of Health Equity, 2014). Οι αντίξοες συνθήκες, όπως αναφέρεται στη Λακιώτη (2011), μπορούν να είναι είτε καταστάσεις στις οποίες το άτομο έχει μεγαλώσει και δεν αλλάζουν εύκολα οπότε αναφερόμαστε σε αυτές ως μόνιμες (φτώχεια, προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον), είτε σε καταστάσεις που σχετίζονται με μη αναμενόμενα και τραυματικά γεγονότα (φυσική καταστροφή, απώλεια κάποιου, ασθένεια).

Σύμφωνα με τους Riley και Masten (2005) η αντιξοότητα αναφέρεται σε εμπειρίες ή γεγονότα που έχουν τη δυνατότητα να διαταράζουν έντονα και σε βάθος τη λειτουργία ενός παιδιού και να προκαλέσουν αρνητικά αποτελέσματα. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, είναι αρκετά υποκειμενικές οπότε και η αντιμετώπισή τους εξαρτάται από τον χαρακτήρα του ατόμου. Για παράδειγμα, μια αρκετά αντικειμενική αντιξοότητα, όπως ένα διαζύγιο των γονιών, μπορεί να αντιμετωπιστεί με πολύ διαφορετικό τρόπο, ένα παιδί να επηρεαστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό και να εμφανίσει αντιδραστική συμπεριφορά και επιθετικότητα ενώ ένα άλλο να επηρεαστεί ελάχιστα έως και καθόλου.

Ο Garbarino (1995), ήταν από τους πρώτους που μίλησε για τα περιβάλλοντα ανάπτυξης παιδιών που είναι «μολυσματικά» και εμποδίζουν την υγιή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του με φανερά αποτελέσματα αργότερα κατά την ενηλικίωση. Έτσι, οι περισσότερες έρευνες επικεντρώθηκαν κυρίως στις αντιξοότητες που προκύπτουν κατά την παιδική ηλικία. Η έρευνα των κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και Kaiser Permanente το 1998, εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο Αντιξοότητες στην Παιδική ηλικία (Adverse Childhood Experiences,

ACES) και περιγράφει όλα τα γεγονότα ή καταστάσεις, που δεν μπορεί να ελέγξει το παιδί και που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ευημερία του (Jacob et al., 2019). Μάλιστα, αυτό γίνεται σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές τα παιδιά ενδέχεται να αναπτύξουν διαταραχές υγείας, ως συνέπεια αυτής της επίδρασης. Και οι Felitti et al. (1998) τόνισαν τη σχέση μεταξύ αντιξοοτήτων παιδικής ηλικίας και κακής σωματικής και ψυχικής υγείας αργότερα στην ενήλικη ζωή.

Οι Jacob et al. (2019) ανέφεραν πως οι αντιξοότητες που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία δρουν αθροιστικά και όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός, τόσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη των παιδιών. Άτομα που, στην παιδική τους ηλικία, βίωσαν πάνω από 4 αντιξοότητες φαίνεται πως οι πιθανότητες να γίνουν καπνιστές, αλκοολικοί ή χρήστες ουσιών ήταν διπλάσιες συγκριτικά με αυτούς που βίωσαν λιγότερες. Αντίστοιχα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας όπως παχυσαρκία, αναπνευστικού νοσήματος, ακόμη και καρκίνου αλλά και στην εμφάνιση σωματικής αδράνειας, κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων (Felitti et al., 1998).

Η έκθεση σε αντιξοότητες λοιπόν, είναι ξεκάθαρο πως έχει πολύ σοβαρές συνέπειες και γίνονται χειρότερες εάν δεν περιοριστεί και αντιμετωπιστεί σύντομα, στα πλαίσια ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ο Nelson (2018) μίλησε για τα πιθανά αποτελέσματα που μπορεί να έχει αυτή η κατάσταση σε επίπεδο νευροβιολογίας, φυσιολογίας και συμπεριφοράς. Το έντονο και τοξικό άγχος που δημιουργείται μπορεί να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο και η απώλεια νευρώνων σε συνδυασμό με την υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής, του μετωπιαίου λοβού και του ιππόκαμπου, έχουν ως αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην διαδικασία μάθησης και πιο συγκεκριμένα στην προσοχή και τη μνήμη (Shonkoff et al., 2012). Από την άλλη, οι υψηλές τιμές κορτιζόλης, απόρροια του άγχους, μπορούν να οδηγήσουν από φλεγμονές και λοιμώξεις στην παιδική ηλικία μέχρι και χρόνιες παθήσεις στην ενήλικη ζωή. Επιπρόσθετα, αναφέρθηκε στα προβλήματα συμπεριφοράς που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της έκθεσης σε αντιξοότητες, όπως η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, η δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και η ανάγκη για εμπλοκή στη βία.

Συμπερασματικά, οι αντιξοότητες αποτελούν έναν «παράγοντα κινδύνου» και δρουν ανασταλτικά στην τυπική ανάπτυξη του ατόμου. Οι δυσκολίες μεταβιβάζονται από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και έτσι το πρόβλημα παραμένει. Οι αυξημένος αριθμός αντιξοοτήτων σχετίζεται με τη μειωμένη ανθεκτικότητα στον τυπικό πληθυσμό, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με μειωμένη σωματική και ψυχική υγεία σύμφωνα με τη Rigles (2017). Η έκθεση λοιπόν, σε αντιξοότητες επηρεάζει αρνητικά την εξέλιξη ενός παιδιού εκτός εάν καταφέρει να αναπτύξει την ψυχική ανθεκτικότητα σε έναν αρκετά καλό βαθμό και να ανακάμψει. Η δημιουργία ανθεκτικών παιδιών που ζουν σε μια υποστηρικτική οικογένεια φαίνεται πως μπορεί

να λειτουργήσει προστατευτικά και να περιορίσει τις αλλοιώσεις που μπορεί δημιουργούνται στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλό τους λόγω των αντιξοοτήτων.

2.2 Ψυχική Ανθεκτικότητα (ΨΑ)

2.2.1 Ιστορική Αναδρομή – Ορισμός ΨΑ

Ο όρος Ψυχική Ανθεκτικότητα (resilience) άρχισε να κινεί έντονα το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Εκείνη την εποχή παρατηρήθηκε πως υπήρχε ένας πολύ σημαντικός αριθμός παιδιών που, αν και ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση προβλημάτων και ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας λόγω των συνθηκών ζωής τους, μπόρεσαν να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες και να αναπτυχθούν φυσιολογικά (Masten & Reed, 2002).

Ο όρος, λοιπόν, Ψυχική Ανθεκτικότητα (ΨΑ) χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να περιγράψει τα παιδιά που, παρά το γεγονός ότι μεγάλωναν σε δυσμενείς-αντίξοες συνθήκες όπως είναι το διαζύγιο και η κακοποίηση, παρουσίαζαν θετική εξέλιξη (Garmezy, 1974). Γενικότερα, η ΨΑ στις πρώτες μελέτες και αναλύσεις, αφορούσε αποκλειστικά την ηλικιακή ομάδα των παιδιών και τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών έδειξαν πως το ένα τρίτο με ένα τέταρτο των παιδιών αυτών, τα κατάφεραν καλά και δεν εξελίχθηκαν σε ενήλικες με δυσκολίες προσαρμογής (Masten & Wright, 2010). Έτσι προέκυψε και το ερώτημα του ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη θετική εξέλιξη και προσαρμογή.

Έτσι, οι έρευνες που ακολούθησαν επικεντρώθηκαν στους παράγοντες που επηρεάζουν την ΨΑ, τον τρόπο που την επηρεάζουν αλλά και πως μπορούν να την ενισχύσουν. Ουσιαστικά και με πιο απλά λόγια, το κύριο ερώτημα που αφορά την ΨΑ ήταν και είναι το εξής: Τι είναι αυτό που κάνει έναν άνθρωπο να ξεπερνά τις δυσκολίες, να νικάει τις πιθανότητες και να ζει μια επιτυχημένη ζωή; Με βάση αυτό το ερώτημα έγινε προσπάθεια να δοθεί ο ορισμός.

Φυσικά, όπως και στα περισσότερα αντικείμενα μελέτης της ψυχολογίας, έτσι και εδώ, η επιστημονική κοινότητα δεν μπόρεσε να συμφωνήσει στην απόδοση ενός συγκεκριμένου ορισμού της έννοιας. Πολλοί ερευνητές και ειδικοί προσπάθησαν να δώσουν, ο καθένας, τη δική του προσέγγιση επί του θέματος. Βέβαια, όπως ήταν αναμενόμενο, οι περισσότερες από αυτές τις προσεγγίσεις έχουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους. Η κυριότερη είναι πως όλοι εμπεριέχουν δύο στοιχεία, την έκθεση του ατόμου σε συνθήκες κινδύνου και την ύπαρξη παραγόντων που επηρεάζουν και συμβάλλουν στην μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων και την ενίσχυση των θετικών (Luthar & Zigler, 1991). Όσον αφορά τις διαφωνίες, η βασικότερη

αιτία αντιπαράθεσων μεταξύ των ερευνητών αφορά το κατά πόσο η ανθεκτικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου ή μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης (Λακιώτη, 2011).

Οι ορισμοί της ΨΑ χωρίζονται ανάλογα με το πού δίνεται έμφαση ή τη μορφή που εκείνη παίρνει (Masten & Obradovic, 2008). Όπως διαβάζουμε στη Δανιηλίδου (2018), υπάρχουν οι ορισμοί που δίνουν έμφαση στην επιτυχημένη προσαρμογή και ανάκαμψη ή ανάρρωση μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Ανάρρωση είναι εκείνη η ικανότητα που επιτρέπει στο άτομο να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας του, αφού βιώσει ένα τραυματικό γεγονός· η συγκεκριμένη μορφή ψυχικής ανθεκτικότητας *«αντανακλά την έννοια της ελαστικότητας της αντίδρασης: το άτομο λυγίζει από την αντιξοότητα αλλά τελικά ξαναγυρίζει στην προηγούμενη ισορροπία του όπως ένα δέντρο λυγίζει στον δυνατό άνεμο αλλά επανέρχεται στη θέση του όταν ο άνεμος σταματήσει (Lepore & Reverson, 2006)»* (Λακιώτη, 2011, σ. 123). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της κατηγορίας αποτελεί ο ορισμός που δόθηκε από τους Masten, Best και Garmezy (1990, οπ. αναφ. στη Δανιηλίδου, 2018), οι οποίοι ορίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια διαδικασία, ικανότητα ή και αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης προσαρμογής παρά τις απειλητικές ή και προκλητικές καταστάσεις με τις οποίες μπορεί να έλθει αντιμέτωπο ένα άτομο. Άλλο ένα παράδειγμα είναι και η σημασία που δόθηκε στο κομμάτι της επιμονής από τους Reivich και Shatte (2002) που όρισαν την ΨΑ ως την ικανότητα που έχει ένα άτομο να επιμένει και να προσαρμόζεται όταν οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές.

Σημαντική διάσταση της ΨΑ, ώστε να συντελεστεί η παραπάνω κατάσταση, είναι η ανασυγκρότηση, η αλλαγή των αντιλήψεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών ώστε να μπορέσει το άτομο να αντέξει τις δυσκολίες (Lepore & Revenson, 2006, οπ. αναφ. στη Λακιώτη, 2011) και στη συνέχεια να επέλθει η προσαρμογή και ανάρρωση. Η ΨΑ είναι ένα αποτέλεσμα δυναμικών διεργασιών που δεν έχουν στόχο να εξαλείψουν τον κίνδυνο και το άγχος αλλά να επιτρέψουν στο άτομο να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά (Wright & Masten, 2005).

Τέλος, όπως αναφέρει η Δανιηλίδου (2018, σ. 9) *«οι πιο πρόσφατοι ορισμοί στο ατομικό επίπεδο αντανακλούν τη διάσταση που υποστηρίζει ότι η ΨΑ είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος»*. Είναι σημαντικό ο όρος ΨΑ να γίνει κατανοητός όσο το δυνατόν καλύτερα, ώστε να μπορέσει κανείς να καταλάβει τον τρόπο που λειτουργεί και τι την επηρεάζει. Η ΨΑ ορίζεται ως μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία το άτομο, ενώ βρίσκεται υπό αντίξοες συνθήκες ή απειλείται, έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται θετικά, να διατηρεί ή να ανακτά την ψυχική του υγεία (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Ένας ψυχικά ανθεκτικός άνθρωπος μπορεί με μεγαλύτερη ευκολία να αντιμετωπίσει αντιξοότητες και δυσκολίες από ό,τι ένας άνθρωπος με χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα (Shastri, 2013, UCL

Institute of Health Equity, 2014) και έχει την ικανότητα, όχι μόνο να μπορεί να τις αντέχει, αλλά και να τις ξεπερνάει και να ανακάμπτει από μια σοβαρή απειλή ή εμπόδιο (Masten, 2001).

Η ψυχική ανθεκτικότητα χρησιμοποιείται περισσότερο για να αναφέρει και να εξηγήσει τη διαδικασία επιτυχούς προσαρμογής του ατόμου, παρά να τονίσει τον κίνδυνο που μπορεί να υπάρχει (Benard, 1995). Η συνεχής ενασχόληση με τη διαδικασία προσαρμογής οδήγησε στην έρευνα και αναγνώριση του σημαντικού ρόλου των παραγόντων επικινδυνότητας, αλλά και προστασίας, που συνδυαστικά προσπαθούν να ισορροπήσουν τις επιπτώσεις ενός κινδύνου (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick & Sawyerd, 2003).

2.2.2 Μοντέλα ΨΑ

Αφού πέρασαν τα πρώτα χρόνια έρευνας και πραγματοποιήθηκε έντονη μελέτη του μεγάλου αριθμού παραγόντων που επηρεάζουν την ΨΑ, οι ερευνητές άρχισαν να συνθέτουν μοντέλα ψυχικής ανθεκτικότητας. Κάθε μοντέλο, με το δικό του τρόπο, ερμηνεύει τη λειτουργία των παραγόντων αυτών στην ενίσχυση ή αποδυνάμωση της ΨΑ. Όπως διαβάζουμε στην Παπακωνσταντινοπούλου (2018), τα μοντέλα της ψυχικής ανθεκτικότητας προσπάθησαν να εξηγήσουν πώς λειτουργούν οι ατομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες για να μειώσουν ή να αντισταθμίσουν τις δύσκολες καταστάσεις και τους παράγοντες επικινδυνότητας (Rutter, 1987).

Η Δανηλίδου (2018) αναφέρει πως τα μοντέλα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία διαφορετικά είδη. Το πρώτο είδος είναι τα αντισταθμιστικά μοντέλα (compensatory model). Οι προστατευτικοί παράγοντες αντισταθμίζουν την επιρροή των παραγόντων κινδύνου, επιδρώντας αντίθετα από αυτούς στην κατάσταση που βιώνεται. Κατά την παιδική ηλικία, το μοντέλο αυτό σχετίζεται με παράγοντες που λειτουργούν θετικά στην ψυχική υγεία του παιδιού ανεξάρτητα από τις αντίξοες συνθήκες στις οποίες ζει (Masten & Powell, 2003).

Τα μοντέλα πρόκλησης (challenge model) είναι το δεύτερο είδος. Είναι ένα, αρκετά, ενδιαφέρον μοντέλο καθώς υποστηρίζει την έκθεση του ατόμου στον κίνδυνο σε, ήπια ωστόσο, ένταση και όχι ακραία. Στόχος είναι το άτομο να είναι προετοιμασμένο να ανταπεξέλθει σε παρόμοιες δυσκολίες στο μέλλον. Μάλιστα, όσον αφορά την παιδική ηλικία, το μοντέλο σχετίζεται με τη θετική στάση που έχει ένα παιδί απέναντι στην αλλαγή, όταν το υποβάλλουν σε καταστάσεις “κινδύνου”. Από την αλλαγή αυτή το παιδί μπορεί να επωφελείται καθώς συμβάλλει στην ενίσχυση της ικανότητας να πετύχει αργότερα στη ζωή του, παρά τις αντιξοότητες που μπορεί να αντιμετωπίσει (Brooks, 1994).

Η παρούσα έρευνα διενεργείται με βάση το τρίτο και τελευταίο είδος, τα μοντέλα των προστατευτικών παραγόντων (protective factor model). Γίνεται λόγος για την αλληλεπίδραση

που μπορούν να έχουν οι παράγοντες επικινδυνότητας με τους προστατευτικούς παράγοντες και την επίδραση αυτής στην προσαρμογή του ατόμου. Τα μοντέλα προστατευτικών παραγόντων δίνουν βάση τόσο στους παράγοντες που μπορούν να προστατέψουν την ανθεκτικότητα, όσο και στους παράγοντες που μπορούν να τη μειώσουν. Ένα σημαντικό βήμα είναι το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα, με τη σωστή αλληλεπίδραση των παραπάνω, και να μπορεί να αποτρέψει μελλοντικές αντιξοότητες στη ζωή του.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα αυτή την κατηγορία μοντέλων θα αναφερθούμε σε δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας, το πλαίσιο ανθεκτικότητας της Kumpfer (1999) και το μοντέλο Boyd και Eckert (2002). Και τα δύο, όταν αναφέρονται στους παράγοντες προστασίας, αναλύουν όχι μόνο τα προσωπικά, ατομικά χαρακτηριστικά αλλά και τα περιβαλλοντικά, εξωτερικά συστήματα. Και στα δύο αναφερόμενα μοντέλα, η ανθεκτικότητα είναι μια διαμάχη του κινδύνου και των παραγόντων προστασίας που είναι διαθέσιμοι στο άτομο. Όταν το άτομο νιώθει πως τα πράγματα είναι κανονικά στο περιβάλλον που ζει, τόσο εσωτερικά, όσο και εξωτερικά, αναγνωρίζει πως η κατάσταση ηρεμίας του δεν έχει διαταραχθεί και βρίσκεται σε κατάσταση ισορροπίας, ομοιόσταση όπως θα έλεγε η Kumpfer (1999) ή στη ζώνη άνεσης όπως θα έλεγαν οι Boyd & Eckert (2002). Η εμφάνιση αγχογόνων, απειλητικών συνθηκών ενεργοποιεί τη διαδικασία της ΨΑ και γίνεται προσπάθεια του ατόμου για επανένταξη και προσαρμογή. Η συνάρτηση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, τόσο σε περιβαλλοντικό, όσο και σε εσωτερικό πλαίσιο, έχει ως αποτέλεσμα τη διαδικασία της ανθεκτικότητας ώστε το άτομο να καταφέρει να προσαρμοστεί και να επανενταχθεί. Η προσαρμογή αυτή, ωστόσο, μπορεί να είναι τόσο θετική όσο και αρνητική με αποτέλεσμα να καταλήγει, είτε σε ομαλή επανένταξη, είτε σε δυσπροσάρμοστη.

Κάθε άνθρωπος, υποθετικά, έχει αναπτύξει κάποιους προστατευτικούς παράγοντες (στρατηγικές από την προηγούμενη αντιμετώπιση των πιέσεων ή εσωτερικά χαρακτηριστικά και περιβαλλοντικούς παράγοντες), ώστε όταν εμφανιστούν παράγοντες επικινδυνότητας να μπορούν να τους αντιμετωπίσουν και, τις περισσότερες φορές, να παραμείνουν στη ζώνη άνεσης. Όταν λοιπόν, έρθει κάτι που θα διαταράξει την ζωή του ατόμου, το γεγονός είναι σημαντικό. *“Αυτή η διαταραχή διεγείρει το πνεύμα, την πηγή ενέργειας ή την ανθρώπινη καρδιά και μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα αμφιβολίας, θυμού, σύγχυσης, άγχους, πόνου, θλίψης ή ενθουσιασμού. Ως εκ τούτου, είναι μια θετική δύναμη για την ενεργοποίηση κάποιας δράσης”* (Boyd & Eckert, 2002, σ.8)

Η Kumpfer (1999) αλλά και οι Boyd και Eckert (2002) έδωσαν μεγάλη βαρύτητα στους ατομικούς, εσωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την διαδικασία αντιμετώπισης του άγχους. Ξεχώρισαν τα ατομικά χαρακτηριστικά σε κάποιες ομάδες ανάλογα με το τι αφορούν. Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν πνευματικά χαρακτηριστικά/πνευματική ευεξία, ψυχική ευεξία,

γνωστικές ικανότητες/διανοητική ευεξία, συμπεριφορικές/κοινωνικές δεξιότητες, συναισθηματικά χαρακτηριστικά/συναισθηματική ευεξία, οικονομική ευεξία, επαγγελματική ευεξία και σωματική ευεξία.

2.3 Η ΨΑ στα παιδιά

2.3.1 Η διαδικασία της ΨΑ στα παιδιά

Όσον αφορά λοιπόν, τα παιδιά η ανθεκτικότητα ως η ικανότητα να αποφευχθούν αρνητικές επιπτώσεις, παρά την ύπαρξη κινδύνου, στην μετέπειτα ζωή, όπως η παραβατικότητα και τα προβλήματα συμπεριφοράς ή οι ακαδημαϊκές δυσκολίες και σωματικές επιπλοκές (Hauser, Vieyra, Jacobson & Wertreib, 1985). Τα παιδιά αυτά συνεχίζουν να τροφοδοτούν την θετική εξέλιξή τους, παρά το γεγονός ότι «κάμπτονται, συμπίεζονται ή τεντώνονται» από παράγοντες σε επικίνδυνο περιβάλλον (Rak & Patterson, 1996).

Μέσα από τις έρευνες έγινε, γρήγορα, φανερό πως τα παιδιά έχουν διαφορετικές ευαισθησίες και αμυντικούς μηχανισμούς από τους ενήλικες και μάλιστα ακόμη και μεταξύ τους, κατά τη διάρκεια διαφορετικών σταδίων της εξέλιξης τους (Wright, Masten & Narayan, 2013). Σημαντικό είναι, κατά τον Condly (2006, σ.213), η ΨΑ των παιδιών να μην θεωρείται ως κάτι που είτε το έχει κάποιος, είτε όχι αλλά *«να θεωρείται καλύτερα ως μια ετικέτα που καθορίζει την αλληλεπίδραση ενός παιδιού με ένα τραύμα ή ένα τοξικό περιβάλλον, στο οποίο η επιτυχία, όπως κρίνεται από τους κοινωνικούς κανόνες, επιτυγχάνεται χάρη στις ικανότητες, τα κίνητρα και τα υποστηρικτικά συστήματα του παιδιού»*.

Για να προκληθεί η διαδικασία της ψυχικής ανθεκτικότητας ακολουθείται μια συγκεκριμένη πορεία, σύμφωνα με την Kumpfer (1999) αλλά και τους Boyd & Eckert (2002). Η πορεία αυτή είναι ακριβώς ίδια είτε προκειται για έναν ενήλικα ή είτε για ένα παιδί. Έτσι λοιπόν, ένα παιδί αρχικά βρίσκεται σε ομοιόσταση (Kumpfer, 1999) ή στη ζώνη ασφαλείας (Boyd & Eckert, 2002), όταν προκύπτει ένα γεγονός, μια πρόκληση ή απειλή που αποτελεί κίνδυνο και του προκαλεί άγχος. Το παιδί νιώθοντας το άγχος, όπως και ένας ενήλικας, στρέφεται πρώτα στους ατομικούς παράγοντες που το ίδιο έχει αναπτύξει, ώστε να προστατευτεί και στη συνέχεια αντλεί δύναμη ή αποθάρρυνση από το περιβαλλοντικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται. Η αλληλεπίδραση αυτών των δύο είναι που προκαλούν τη διαδικασία της ΨΑ και έχουν ως αποτέλεσμα την προσαρμογή του παιδιού, είτε σε μια καλύτερη κατάσταση από αυτή που ήταν προηγουμένως, είτε στην ίδια είτε σε χειρότερη.

2.3.2 Η ΨΑ στα παιδιά με ΔΑΦ

Η ΨΑ είναι πολύ πιθανόν να είναι χαμηλότερη στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού λόγω της φύσης της διαταραχής και των δυσκολιών που αυτή εμπεριέχει. Η περιορισμένη ικανότητά τους να ξεπερνούν αλλαγές στην καθημερινότητά τους μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ικανότητα προσαρμογής από τους συνομηλίκους τους (Rigles, 2017).

Η ΨΑ στα παιδιά με ΔΑΦ απασχόλησε περισσότερο την επιστημονική κοινότητα στα πλαίσια της οικογένειας και ελάχιστα όσον αφορά το ίδιο το παιδί. Η Afrin (2021) σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που έκανε για τις έρευνες που αφορούν την ΨΑ στον Αυτισμό ανακάλυψε πως το 93% των ερευνών αναφέρονται στο οικογενειακό άγχος και την ανθεκτικότητα της οικογένειας που έχουν παιδί με ΔΑΦ. Αξιοσημείωτο εύρημα ήταν, επίσης, πως η πλειοψηφία των ερευνών (78%) που εν τέλει διεξήχθησαν για την ανθεκτικότητα των παιδιών με ΔΑΦ αφορούσε κυρίως τα παιδιά που χαρακτηρίζονται ως «υψηλής λειτουργικότητας». Ελάχιστες ήταν και οι έρευνες, με ποσοστό μόλις 3%, που επικεντρώθηκαν στην επίδραση που είχαν οι έννοιες της καθημερινής ρουτίνας στην ανθεκτικότητα των παιδιών με ΔΑΦ. Για τα παιδιά με αυτισμό, η ΨΑ μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας σε κάθε μέρος της καθημερινής ρουτίνας.

Τα παιδιά με ΔΑΦ φαίνεται να εκτίθενται σε αντιξοότητες σε μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Rigles, 2017) και μπορεί να τις βιώσουν και με περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (Bishop-Fitzpatrick et al., 2017). Αντιξοότητες που φάνηκαν να αντιμετωπίζονται πιο συχνά από παιδιά με ΔΑΦ σχετίζονταν με την οικογενειακή δυσφορία, συμπεριλαμβανομένων οικονομικά ζητήματα, διαζύγιο, θάνατο γονέα και γονικές διαταραχές ψυχικής υγείας (Rigles, 2017). Αλλά ακόμη και πιο καθημερινά πράγματα όπως η διεκπεραίωση των εργασιών της ρουτίνας που συνοδεύεται από απαιτήσεις αποτελεί σημαντική πηγή άγχους για τα παιδιά με ΔΑΦ (Afrin, 2021).

Οι αυξημένες αντιξοότητες σχετίζονται με τη μειωμένη ανθεκτικότητα στον τυπικό πληθυσμό, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με μειωμένη σωματική και ψυχική υγεία, ωστόσο, σύμφωνα με την Rigles (2017) η συσχέτιση της αντιξοότητας και της ΨΑ φαίνεται να διαφέρει για τα παιδιά με ΔΑΦ και η αύξηση της πρώτης να μην σχετίζεται απαραίτητα με τη μείωση της δεύτερης.

Επιπρόσθετα, στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης σημαντικό ρόλο έχουν οι εσωτερικές πηγές (π.χ. ευελιξία, ιδιοσυγκρασία, νοημοσύνη, κοινωνικότητα) αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η οικογένεια και το σχολείο. Αυτά συνδυαστικά μπορούν να επηρεάσουν την ΨΑ των παιδιών σε μεγάλο βαθμό. Το ίδιο τονίζει και η Afrin (2021) για τα παιδιά με ΔΑΦ, λέγοντας πως οι στρατηγικές που εφαρμόζουν και το επίπεδο υποστήριξης που έχουν από το

περιβάλλον τους είναι κρίσιμης σημασίας. Ωστόσο, στα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν μοναδικά ελλείμματα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν περαιτέρω το επίπεδο ανθεκτικότητάς τους και τη λειτουργικότητα της οικογένειας σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό (Schneider et al., 2019).

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ΨΑ

Είναι ολοφάνερο πως οι παράγοντες που σχετίζονται με την ΨΑ έχουν κινήσει, σε μεγάλο βαθμό, το ενδιαφέρον των ερευνητών, τόσο αυτοί που την ενισχύουν, όσο και εκείνοι που την αποδυναμώνουν. Οι προστατευτικοί παράγοντες είναι εκείνοι που ενισχύουν ή διατηρούν την ΨΑ ενός ατόμου. Θεωρούνται εκείνοι που, στις δύσκολες συνθήκες που μπορεί να προκύψουν στη ζωή, θα βοηθήσουν το άτομο να σταθεί όρθιο και όχι μόνο να καταπολεμήσει τις πιθανότητες αλλά και να τις κερδίσει και να βγει νικητής της ζωής. Αποτελούνται τόσο από τα εσωτερικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όσο και από τις περιβαλλοντικές συνθήκες, που βοηθούν το άτομο να εξισορροπήσει την κατάσταση την οποία βιώνει (Rutter, 2012). Οι παράγοντες κινδύνου είναι ακριβώς το αντίθετο από τους προστατευτικούς. Είναι εκείνοι οι παράγοντες εσωτερικοί ή εξωτερικοί/περιβαλλοντικοί που απειλούν και ενισχύουν τα αρνητικά αποτελέσματα στην έκθεση του ατόμου σε μια κατάσταση (Engle, Castle & Menon, 1996).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα χωρίστηκαν σε τρεις, κύριες, ομάδες σύμφωνα με τη Λακιώτη (2011): 1) τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου, 2) τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και 3) τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000, Masten & Coatsworth, 1998). Ουσιαστικά, διαχωρίζει την οικογένεια από τους υπόλοιπους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δίνοντας της έτσι μεγαλύτερη βαρύτητα.

Η πρώτη ομάδα αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου και σύμφωνα με την Kumpfer (1999) αλλά τους Boyd & Eckert (2002), όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, περιλαμβάνει τα πνευματικά χαρακτηριστικά (π.χ. όνειρα, στόχοι, αποφασιστικότητα, νόημα ζωής), τις γνωστικές-διανοητικές ικανότητες (π.χ. νοημοσύνη, ακαδημαϊκές επιδόσεις, αυτοεκτίμηση), συμπεριφορικές- κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. επικοινωνία, επίλυση προβλημάτων, προσαρμοστικότητα), τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά (π.χ. αναγνώριση συναισθημάτων, διαχείριση συναισθημάτων, αισιοδοξία, ευτυχία) και τέλος τη σωματική-φυσική ευεξία (π.χ. καλή υγεία, ανάπτυξη φυσικών ταλέντων).

Η δεύτερη και τρίτη ομάδα σχετίζονται με το περιβαλλοντικό πλαίσιο που περιλαμβάνει τους παράγοντες προστασίας και επικινδυνότητας μέσα στους οποίους ένα άτομο ζει και

αναπτύσσεται. Η δεύτερη ομάδα αναφέρεται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον ενώ η τρίτη ομάδα αναλύει τα χαρακτηριστικά του έμμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος όπως το σχολείο, η δουλειά ή η κοινότητα στην οποία ζει το άτομο. Και στις δύο περιπτώσεις, ο τρόπος που λειτουργεί το περιβαλλοντικό πλαίσιο επηρεάζει το άτομο θετικά ή αρνητικά. Αξιοσημείωτο είναι πως ένας παράγοντας μπορεί να είναι τόσο προστασίας όσο και επικινδυνότητας, ανάλογα με το αν ενισχύει ή μειώνει τις συνέπειες που υπάρχουν στο άτομο λόγω αγχωτικών καταστάσεων (Δανιηλίδου, 2018).

2.4.1 Αντιξοότητες, άγχος και αυτισμός

Οι πηγές στρες μπορούν να εντοπιστούν σε πολλές καταστάσεις της ζωής, είτε αφορούν μεγάλες αλλαγές στη ζωή του ανθρώπου, είτε καθημερινή πίεση, είτε συμβάντα του παρελθόντος (Δανιηλίδου 2018). Οι συνθήκες πριν και μετά είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τα παιδιά και την προσαρμογή τους. Ανάλογα τις συνθήκες η κατάσταση είναι λιγότερο ή περισσότερο τραυματική (Κοντοπούλου, 2007).

Οι έρευνες των καταστάσεων και αιτιών που προκαλούν άγχος σε άτομα με ΔΑΦ, συνήθως, επικεντρώνονται στα αγχώδη συμπτώματα, στις περιγραφές των γονέων και γενικότερα της οικογένειας και στους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προβλέψουν αρνητικά αποτελέσματα μετά την εμφάνιση αυτών των γεγονότων (Greenlee et al., 2024).

Οι αναφορές άγχους σε άτομα με ΔΑΦ (Baron et al., 2006) και κατάθλιψης (Gotham et al., 2014) αποτελούν τις πιο συχνές συννοσηρότητες. Μάλιστα, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν αναφερθεί περίπου στο 35% του πληθυσμού με ΔΑΦ (Leyfer et al., 2006) και σχεδόν το 40% των μαθητών με ΔΑΦ διαγιγνώσκεται με αγχώδη διαταραχή (van Steensel et al., 2011). Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στα παιδιά με ΔΑΦ φανερώνουν πως υπάρχει ένα δυσπροσαρμοστικό μοτίβο ανταπόκρισης στο στρες, το οποίο με την πάροδο του χρόνου, όταν δεν υπάρχει βοήθεια, επιδεινώνεται σοβαρά (Lydon et al., 2016). Η κατάσταση αυτή είναι αρκετά εξουθενωτική (Greig & MacKay, 2005).

Ένα παιδί με ΔΑΦ, λοιπόν, πρέπει να βρει τρόπους να αντιμετωπίσει πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες και το άγχος ακόμη και σε μικρά πράγματα στην καθημερινότητά του, όπως η αλλαγή ρουτίνας και περιβάλλοντος (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Βιώνει έντονα την απογοήτευση τόσο από τον ίδιο του τον εαυτό, καθώς αντιλαμβάνεται τις περιορισμένες επικοινωνιακές ικανότητες που διαθέτει και την κοινωνική απόρριψη που μπορεί να επιφέρουν, όσο και την απογοήτευση των ενηλίκων στη ζωή του λόγω της αδυναμίας του να προσαρμοστεί με τον τρόπο που θα ήθελαν. Ουσιαστικά, η ψυχική του ανθεκτικότητα μπορεί να μην φαίνεται

πολλές φορές στη διαδικασία του παιχνιδιού ή της μάθησής τους, αλλά είναι ενσωματωμένη στην επιβίωσή του (Afrin, 2021).

Είναι ολοφάνερο λοιπόν, πως λόγω του υψηλού επιπολασμού του συννοσηρού άγχους στους νέους με ΔΑΦ και των πιθανών αρνητικών συνεπειών του, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση του άγχους και η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει ενίσχυση της ΨΑ και θετική επιρροή σε πολλές πτυχές της λειτουργικότητας των παιδιών με ΔΑΦ.

Σε μια έρευνα που έγινε σε παιδιά με ΔΑΦ διαπιστώθηκε πως το 13,6% υποφέρει από γενικευμένο άγχος, άγχος αποχωρισμού, και κατάθλιψη το οποίο εσωτερικεύει (Kim et al., 2000). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα συγκεκριμένα παιδιά να αποκτήσουν περισσότερα προβλήματα σχέσεων με τους συνομηλίκους, τους εκπαιδευτικούς ακόμη και την οικογένεια.

Το κλειδί για την κατανόηση της διαδικασίας της ανθεκτικότητας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών προληπτικών μέτρων είναι πρώτα απ' όλα ο εντοπισμός των καταστάσεων που προκαλούν σύγχυση στα παιδιά με αυτισμό και στη συνέχεια ο εντοπισμός των προστατευτικών παραγόντων, που τα βοηθούν να τα καταφέρνουν καλά μπροστά στις αντιξοότητες, και των παραγόντων κινδύνου, που αυξάνουν την πιθανότητα αρνητικών αποτελεσμάτων (Greenlee et al., 2024).

Για ένα παιδί με ΔΑΦ αντιξοότητα αποτελεί οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει φόβο και στη συνέχεια άγχος. Η έρευνα των Mayes et al. (2013) ανακάλυψε πως τέτοιες καταστάσεις μπορεί να αφορούν φόβους για ζώα, θάνατο ή τραυματισμό, σκοτάδι, καταιγίδες και τέρατα ή φαντάσματα αλλά και πιο ασυνήθιστους φόβους όπως οι ξαφνικοί ή δυνατοί θόρυβοι, η επαφή με άλλους ανθρώπους, το να κάνουν μπάνιο, οι σκιές και το να κλαίει κάποιος. Το 40% περίπου των ατόμων με ΔΑΦ παρουσιάζουν φόβους, οι οποίοι μπορούν να περιγραφτούν ως ασυνήθιστοι.

Μια κατάσταση που προκαλεί σοβαρό άγχος στα παιδιά με αυτισμό είναι η οποιαδήποτε αλλαγή στη ρουτίνα τους καθώς είναι ευαίσθητα σε αλλαγές στο περιβάλλον τους και μπορεί τις περισσότερες φορές να αντιδρούν με έντονο τρόπο σε αυτές (Kerns et al., 2014). Η αλλαγή στο περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει ακόμη πιο έντονο άγχος και δυσκολίες στην προσαρμογή των παιδιών με αυτισμό, όταν αυτή η αλλαγή αφορά τα περιορισμένα ενδιαφέροντά τους (Boyd et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αναφέρει ότι οι παιδικές συμπεριφορές μπορούν να επηρεαστούν από την αλλαγή στα περιορισμένα ενδιαφέροντα, και ότι αυτή η αλλαγή μπορεί να οδηγήσει σε εκδηλώσεις άγχους και δυσκολίες προσαρμογής.

Ένας αρκετά διαφορετικός παράγοντας που μπορεί να διαταράξει την ηρεμία του παιδιού με ΔΑΦ είναι η επαφή με συγκεκριμένες υφές, οσμές, γεύσεις, δυνατούς θορύβους ή έντονα φώτα. Η υπερευαίσθησία στις αισθήσεις μπορεί να σχετίζεται άμεσα με το άγχος στη ΔΑΦ

(Kerns et al., 2014). Γενικότερα, η λειτουργικότητα των παιδιών με αυτισμό επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως το μέγεθος ενός χώρου, τον φωτισμό, τον θόρυβο, τη χρήση συγκεκριμένων υφασμάτων κ.α. Για αυτόν τον λόγο θεωρείται σημαντική η προσεκτική αξιολόγηση των παραμέτρων που επηρεάζουν τις αισθητηριακές λειτουργίες των ατόμων με αυτισμό.

Γενικότερα, το σχολείο αποτελεί μια πηγή έντονου άγχους για τα παιδιά με ΔΑΦ με τις θορυβώδεις αίθουσες και τους διαδρόμους, τα χαοτικά διαλείμματα και τις αλλαγές σχολικού ωραρίου (Warren et al., 2021). Όλο αυτό το άγχος επηρεάζει τις κοινωνικές, συναισθηματικές και ακαδημαϊκές πτυχές της καθημερινότητάς τους σε πολύ σημαντικό βαθμό (Valle, 2016). Σημαντικό ρόλο στο άγχος τους έχουν και τα επικοινωνιακά ελλείμματα που αντιμετωπίζουν και ειδικότερα η δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όπως η έναρξη ή ακόμη και διατήρηση μιας συζήτησης με άλλα παιδιά (Russell & Sofronoff, 2005). Η επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών είναι κάτι ιδιαίτερα περίπλοκο με αποτέλεσμα να προκύπτει συνήθως λανθασμένη ερμηνεία του κοινωνικού πλαισίου και να αυξήσει το άγχος (Frith, 1989). Επιπρόσθετα, η διαχείριση και αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των συνομηλίκων στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος προκαλεί έντονη δυσφορία.

Οι μαθητές με ΔΑΦ όταν αγχώνονται, συνήθως, εμφανίζουν μια συμπεριφορά εξωτερίκευσης και στερεοτυπικών συμπεριφορών όπως η πρόκληση δυνατών θορύβων, έντονων κινήσεων του σώματος (Syriopoulou-Delli et al., 2018) και μπορεί μάλιστα να στραφούν και στην εκδήλωση σωματικής επιθετικότητας (Ambler et al., 2015). Αυτή η επιθετικότητα σε συνδυασμό με τη μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες αλλά και τις κακές κοινωνικές σχέσεις μπορεί να εμποδίσει την προσαρμογή τους (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Η έξαρση αυτών των συμπεριφορών πιθανότατα να είναι μια απόπειρα μείωσης των υψηλών επιπέδων άγχους (Hallett et al., 2013).

2.4.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

2.4.2.1 Οικογένεια

Από μια πολύ νεαρή ηλικία φαίνεται ξεκάθαρα ο κρίσιμος ρόλος της οικογένειας στη ζωή των παιδιών με ΔΑΦ. Η Μαυροπούλου (2011) τονίζει πως οι γονείς, ως σταθερά πρόσωπα αναφοράς στη ζωή των παιδιών με αυτισμό, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά τους σε μεγάλο βαθμό. Οι Harker et al. (2016) αναφέρθηκαν στη συμμετοχή των γονέων στην εκμάθηση υγιούς διαχείρισης των συναισθημάτων των παιδιών τους και ανέδειξαν πως ο τρόπος ανατροφής είχε σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνικότητα των παιδιών με ΔΑΦ.

Οι Onyishi και Sefotho, (2019) στην έρευνα τους αναφέρθηκαν στη σημασία μιας υποστηρικτικής οικογένειας στη ζωή των παιδιών με ΔΑΦ. Η έλλειψη σωματικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης από την οικογένεια φάνηκε να αποτελεί παράγοντα κινδύνου και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, αργότερα κατά την εφηβική ηλικία, σε παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας. Αντίθετα, η ψυχολογική υποστήριξη των γονέων αλλά και των εκπαιδευτικών λειτουργεί θετικά και συνδέεται με την απόκτηση και ενίσχυση των κοινωνικών και συναισθηματικών ικανοτήτων των παιδιών με ΔΑΦ καθώς και τη μείωση πιθανοτήτων εμφάνισης κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, η συναισθηματική υποστήριξη των γονέων συνδέεται με τις κοινωνικές δεξιότητες τόσο των παιδιών τυπικής ανάπτυξης όσο και των παιδιών με ΔΑΦ (Ostfeld-Etzion et. al., 2015).

Ο τρόπος συμπεριφοράς των γονέων επηρεάζει την ανάπτυξη των παιδιών με ΔΑΦ σε διάφορους τομείς (Crowell et. al., 2019). Η θετική ανατροφή των παιδιών έχει συνδεθεί με βελτιωμένες γλωσσικές ικανότητες (Siller & Sigman, 2008) καθώς και την ικανότητα να ζουν ανεξάρτητα μια πλήρως λειτουργική ζωή (Crowell et al., 2019). Αντίθετα, η αρνητική και αδιάκοπη κριτική των γονέων και συναισθηματική πίεση αποτελούν παράγοντα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα (Boonen, et al., 2014). Είναι πολύ πιθανό, τα παιδιά με ΔΑΦ να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν αρνητικά γεγονότα λόγω του αυξημένου άγχους που βιώνουν οι γονείς τους. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαίνεται να σχετίζονται άμεσα και αρνητικά με τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών (Rigles, 2017).

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να επηρεάζει και τα μαθησιακά αποτελέσματα των μαθητών με ΔΑΦ. Έχει διαπιστωθεί πως οι γονείς κατέχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εκπαιδευτική επιτυχία των παιδιών με ΔΑΦ (Onyishi & Sefotho, 2019).

Τα αδέρφια αποτελούν, ένα εξίσου, πολύ σημαντικό παράγοντα στη ζωή ενός παιδιού με ΔΑΦ. Οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα έχουν επικεντρωθεί στον αρνητικό αντίκτυπο που έχουν τα παιδιά με ΔΑΦ στα αδέρφια τους (Helps, 2016) και δε δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη θετική αλληλεπίδραση και επιρροή της σχέσης τους.

Τα παιδιά περνούν τον περισσότερο διαθέσιμο χρόνο τους με τα αδέρφια τους. Τα αδέρφια συμβάλλουν στην έκθεση των παιδιών με ΔΑΦ στη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων με αποτέλεσμα να θέτονται οι βάσεις με περισσότερες πιθανότητες για επιτυχημένες αλληλεπιδράσεις στη σχολική τους ζωή. Η ΨΑ των αδερφών τυπικής ανάπτυξης αλλά και με ΔΑΦ φαίνεται πως μπορεί να επηρεαστεί θετικά από μια καλή σχέση μεταξύ τους καθώς είναι σε θέση να βελτιώσουν, εκτός από τις κοινωνικές δεξιότητες και την ψυχολογική υγεία, την ικανότητα προσαρμογής και να μειώσουν τις αρνητικές συμπεριφορές (McHale et. al., 2016).

Παιδιά με ΔΑΦ που μαθαίνουν συμπεριφορές μέσα από τις σχέσεις τους με τα αδέρφια τους μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτές τις συμπεριφορές γενικεύοντας τις και σε άλλες καταστάσεις (Wright & Benigno, 2019). Πολλές φορές βέβαια, τα αδέρφια των παιδιών με ΔΑΦ ανησυχούν για τη συμπεριφορά των αδελφών τους (De Caroli & Sagone, 2013) και μπορεί να οδηγηθούν σε απομάκρυνση, γεγονός που επηρεάζει τα παιδιά.

2.4.2.2 Σχολικό Περιβάλλον - Φίλοι

Μερικοί παράγοντες κινδύνου στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος είναι οι μη πετυχημένες ή ακόμη και κακές κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους (Calder et al., 2013), ο εκφοβισμός (Carradocia et al., 2012) και οι μαθησιακές αποδόσεις (Ashburner et al., 2010). Μάλιστα, όσον αφορά τον εκφοβισμό τα αποτελέσματα μιας μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους με Asperger σύνδρομο, φανέρωσαν η πιθανότητα στα παιδιά με ΔΑΦ να αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια της σχολικής τους πορεία «πειράγματα» και σοβαρές δυσκολίες στη σχέση τους με τους συμμαθητές τους ήταν πολύ αυξημένες (Green et al., 2000). Αυτό ίσως οφείλεται και στην αυξημένη συναναστροφή μαζί τους λόγω της καθημερινότητας.

Η φοίτηση του παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όπως η ΔΑΦ, στη γενική τάξη μαζί με συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη στις γνωστικές και κοινωνικές τους δεξιότητες (Anderson et al., 2007) με πιθανό αποτέλεσμα να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση του. Ωστόσο, μπορεί να αντιμετωπίσει και μεγάλες δυσκολίες λόγω της έλλειψης αποδοχής από τα υπόλοιπα παιδιά (Koster et al., 2010).

Η καλή σχέση με το σύνολο του σχολικού πλαισίου μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα. Η θετική διασύνδεση με το σχολείο έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά υποστήριξης από τους συνομηλίκους και τους εκπαιδευτικούς και από καλύτερη μαθησιακή επίδοση (Monahan et al., 2010). Αντίθετα, η αρνητική διασύνδεση έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά μοναξιάς και απομόνωσης καθώς και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και αισιοδοξία (Shochet & Smith, 2012). Ένα, μη υποστηρικτικό, σχολικό περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει όχι απλά τη μείωση της ΨΑ αλλά και την αύξηση πιθανοτήτων για κατάθλιψη (Wilford, 2013, οπ. αναφέρεται στους Onyishi & Sefotho, 2019).

Οι εκπαιδευτικοί, κατά την παιδική ηλικία, έχουν την ευθύνη να διασφαλίσουν το περιβάλλον και να κάνουν τη μάθηση προσιτή για κάθε παιδί, συμπεριλαμβανομένων αυτών με αυτισμό (Afrin, 2021). Η παροχή σωστής υποστήριξης από τον εκπαιδευτικό της Παράλληλης Στήριξης-Συνεκπαίδευσης παρέχει στο παιδί με ΔΑΦ πολλά πλεονεκτήματα που μπορούν να ενισχύσουν την ΨΑ και να δρουν προστατευτικά έναντι των παραγόντων κινδύνου. Πολλά οφέλη φαίνεται να υπάρχουν στον κοινωνικό-συναισθηματικό τομέα των μαθητών με ειδικές

εκπαιδευτικές ανάγκες ή/και αναπηρία από την παρουσία της ΠΣ. Με τη βοήθεια του εκπαιδευτικού ΠΣ, φαίνεται να υπάρχει ανάπτυξη στις επικοινωνιακές δεξιότητες με αποτέλεσμα την πιο εύκολη δημιουργία σχέσεων με τους υπόλοιπους συνομηλίκους τους καθώς και ενίσχυση του αισθήματος του «ανήκειν» (Shaffner & Buswell, 2004).

Η Afrin (2021) αναφέρει πως οι εκπαιδευτικοί που κατανοούν πως το παιδί μπορεί να αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του πολλούς στρεσογόνους παράγοντες, τους αναγνωρίζουν και έχουν βρει μερικούς τρόπους για να το βοηθήσουν συμβάλλουν στην ενίσχυση της ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ. Τονίζει, επίσης, τη σημασία της επιβράβευσης καθώς σε αντίθεση με άλλα παιδιά, το παιδί με αυτισμό μπορεί να έχει περιορισμένες ευκαιρίες για βιώσει αυτή την χαρά καθώς κάθε αποτέλεσμα επιτυχίας είναι πιθανότατα αποτέλεσμα τεράστιας αντοχής.

Η ένταξη, λοιπόν, των μαθητών με ΔΑΦ στη σχολική κοινότητα είναι μια αρκετά δύσκολη, περίπλοκη και απαιτητική διαδικασία. Πολλοί εκπαιδευτικοί δε φαίνεται να διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις για να επιτευχθεί η ένταξη και να διαχειριστούν τα παιδιά με ΔΑΦ (Brock et al., 2020). Ωστόσο, με την κατάλληλη εκπαίδευση και τη χρήση πρακτικών, θεμελιωμένων μέσω ερευνητικών ευρημάτων, η επιτυχής ένταξη μπορεί να καταστεί δυνατή.

Όλα τα παραπάνω κάνουν ολοφάνερο το γεγονός πως οι σχέσεις με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (οικογένεια και σχολείο) είναι πολύ σημαντική και όσο μπορεί να προστατεύει την ανθεκτικότητα των παιδιών με ΔΑΦ τόσο μπορεί και να την μειώσει. Η ύπαρξη ισχυρής σχέσης με τα σημαντικά πρόσωπα αναφοράς αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα και συντελεί στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και της διαχείρισης καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος. (Minke et al., 2014).

2.4.3 Ατομικά Χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ΨΑ

Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της ΨΑ έχει η ικανότητα ενός παιδιού για προσαρμοσμένη απομάκρυνση. Όπως αναφέρει και η Benard (1991), πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι παιδιά που έχουν βρεθεί σε αντίξοες καταστάσεις στη ζωή τους, τα κατάφεραν αρκετά καλά χάρη στην ικανότητα τους να απομακρυνθούν ψυχολογικά.

Η Werner (1995) συμπέρανε πως τα ανθεκτικά παιδιά πιστεύουν στον εαυτό τους και στο ότι οι ικανότητες τους μπορούν να συμβάλλουν σε ένα θετικό αποτέλεσμα στο μέλλον τους. Έτσι, είναι αυτονόητο πως οι μόνιμες και αγχώδεις σκέψεις (Kerns et al., 2014) καθώς και οι αρνητικές που έχουν συσχετιστεί με τους νέους με ΔΑΦ (Chalfant et al., 2007) πιθανότατα να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ΨΑ τους.

Κατά την Benard (1991), ένα παιδί με καλή ψυχική ανθεκτικότητα έχει την ικανότητα να θέτει στόχους και έχει αυτοπεποίθηση. Έρευνες που έχουν γίνει βρήκαν πως μερικά παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα στην δημιουργία και επίτευξη στόχων, στο σχεδιασμό και στην παρακολούθηση ενεργειών, στον έλεγχο των αυτόματων αντιδράσεων και στην επίλυση προβλημάτων (Hill, 2004). Όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντα επικινδυνότητας στα πλαίσια της ΨΑ.

Οι Onyishi & Sefotho (2019) αναφέρθηκαν στο πόσο σημαντικό είναι το άτομο με ΔΑΦ να αισθάνεται ικανό, ανεξάρτητο και ασφαλές ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές προσκλήσεις. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η αυτορρύθμιση, η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, αφού έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό, και η ικανότητα καθορισμού στόχων. Η αυτορρύθμιση, συγκεκριμένα, αυξάνει την ικανότητα των ατόμων με ΔΑΦ να διαχειρίζονται αντίξοες καταστάσεις. Η Benard (1993) μίλησε για τη σημασία της δεξιότητας αυτορρύθμισης των συναισθημάτων, της προσοχής αλλά και της συμπεριφοράς ενός παιδιού, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του, σχετικά με την ανθεκτικότητα. Η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος έχει αποδειχθεί προστατευτικός παράγοντας ενάντια στις αντιξοότητες που έχουν βιώσει παιδιά.

Σύμφωνα με την έρευνα των Cabaj, McDonald, και Tough (2014), η υψηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα. Η απουσία της θετικής αυτοεκτίμησης δημιουργεί σοβαρά προβλήματα σε ένα παιδί. Η Brooks (1994) υποστήριξε ότι τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται ως παιδιά σε κίνδυνο. Συνέχισε τονίζοντας, πως τα παιδιά αυτά είτε το δείχνουν εκφράζοντας αρνητικά πράγματα για τον εαυτό τους, είτε το καταλαβαίνει κανείς αν παρατηρήσει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και της πίεσης, όπως τη στρατηγική της αποφυγής και εγκατάλειψης αυτό που μπορεί να τους πιέσει.

Η ικανότητα επίγνωσης του κοινωνικού ελλείμματος που έχουν τα παιδιά με ΔΑΦ και οι μεγαλύτερες προσδοκίες που έχουν τα ίδια από τον εαυτό τους ή τα πρόσωπα αναφοράς, ειδικά στις περιπτώσεις «φυσιολογικής γνωστικής ικανότητας και νοημοσύνης» μειώνουν την ικανότητα ανθεκτικότητας και ενισχύουν τον κίνδυνο κατάθλιψης (DeFilippis, 2018).

Ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΑΦ στο να εκφραστεί και να κατανοήσει τις κοινωνικές καταστάσεις (Kerns et al., 2014). Η έλλειψη ή ο περιορισμός ανάπτυξης της θεωρίας του νου σε παιδιά με ΔΑΦ μειώνει τις γνωστικές ικανότητες (Bauminger et al., 2010). Τα άτομα με ΔΑΦ που παρουσιάζουν σοβαρά ελλείμματα στη θεωρία του νου, εμφανίζουν μειωμένη λεκτική ικανότητα και αδυναμία να κατανόηση των νοητικών καταστάσεων τόσο των ίδιων όσο και των άλλων και δυσκολία στην ερμηνεία κοινωνικών συμπεριφορών (Tager-Flusberg, 2000).

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες ένα ψυχικά ανθεκτικό παιδί φαίνεται να έχει εύθυμη-χαρούμενη ιδιοσυγκρασία που χρησιμεύει ως θεμέλιο για τις ανώτερες κοινωνικές δεξιότητες αφού το καθιστά πιο ελκυστικό για τους συνομηλίκους και τους ενήλικες (Condly, 2006).

Οι κοινωνικές δεξιότητες τόνίζονται από αρκετούς μελετητές ως κάτι που είναι ιδιαίτερα κοινό μεταξύ των παιδιών που εμφάνισαν υψηλή ΨΑ (Cabaj et al., 2014, Benard, 1991, Werner, 1995). Τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΑΦ εμφανίζουν ήδη, λόγω της διαταραχής, κάποια ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες γεγονός που δυσκολεύει την ανάκαμψη τους από μια αντίξοχη συνθήκη. Οι δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, σε συνδυασμό πολλές φορές με τις χαμηλές λεκτικές ικανότητες (Schiltz et al., 2018), μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις κοινωνικές σχέσεις και την ικανότητα δημιουργίας μόνιμων και ουσιαστικών φιλιών, οδηγώντας σε απόρριψη και απομόνωση, που μπορεί με τη σειρά τους να συμβάλλουν στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Tantam, 2000). Το γεγονός αυτό μπορεί να απειλήσει σε σοβαρό βαθμό την ικανότητα αυτοεκτίμησης του παιδιού με ΔΑΦ (Schiltz et al., 2018). Επιπλέον, φαίνεται πως τα παιδιά με αυτισμό έχουν λιγότερα εφόδια κοινωνικών δεξιοτήτων ώστε να μεσολαβήσουν στην επίδραση των αγχωτικών συμβάντων με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται περαιτέρω η σωματική και ψυχική υγεία (Rigles., 2017). Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί πως δεν έχουν όλα τα παιδιά με ΔΑΦ αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία μετά από αγχώδη γεγονότα (Greenlee et al., 2024).

Βέβαια από την άλλη, η έλλειψη κοινωνικής-συναισθηματικής σύνδεσης με άλλα άτομα, λόγω των ίδιων κοινωνικών ελλειμμάτων, μπορεί να λειτουργήσει και ως προστατευτικός παράγοντας, καθώς μερικά παιδιά με αυτισμό δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και έτσι δεν επηρεάζονται τόσο από την κοινωνική απομόνωση (White & Roberson-Nay, 2009) καθιστώντας τα πιο ανθεκτικά σε δύσκολα γεγονότα της ζωής (Rigles, 2017).

Η αισθητή και έντονη ανάγκη που νιώθουν να γίνονται κάποια πράγματα με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή αλληλουχία, δημιουργεί σύγχυση στην περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό ή υπάρχει κάποια αλλαγή. Φαίνεται λοιπόν, πως εμφανίζουν κάποιες ψυχαναγκαστικές/τελετουργικές συμπεριφορές που, ωστόσο, δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής λόγω της αδυναμίας σαφούς προσδιορισμού της λειτουργίας τους, αν τελικά πραγματοποιούνται για την πρόληψη της αγωνίας ή ενός τρομερού αποτελέσματος (Kerns et al., 2014).

Η ανάγκη της διατήρησης ρουτίνας φάνηκε ότι μπορεί να λειτουργήσει και θετικά. Η Rigles (2017) εξηγεί πως ένας παράγοντας κινδύνου όπως το διαζύγιο μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό ένα παιδί με ΔΑΦ γιατί συνεπάγεται πως θα αλλάξει η ρουτίνα του με τη φυγή

του ενός γονιού. Ωστόσο, το αντίκτυπο αυτής της φυγής μπορεί εν τέλει να μην είναι τόσο μεγάλο, αν προηγουμένως το ανεπιθύμητο συμβάν συμβαίνει με συνέπεια (π.χ. ο γονέας είναι τακτικά μεθυσμένος και είναι απών κ.λπ.).

Η έλλειψη έρευνας για την ΨΑ στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού έχει ως αποτέλεσμα περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με πιθανούς προστατευτικούς παράγοντες μοναδικούς για αυτόν τον πληθυσμό (Rigles, 2017). Ωστόσο, η ανάπτυξη των παραπάνω θετικών ατομικών χαρακτηριστικών σε συνδυασμό με ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, τόσο οικογενειακό, όσο και κοινωνικό, όπως το σχολείο, μπορεί να ενισχύσει την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ και να μειώσει την επιρροή των παραγόντων κινδύνου.

3.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας

Σκοπός της παρούσας ποιοτικής έρευνας ήταν η διερεύνηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας των παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Η σχετική βιβλιογραφία είναι ελάχιστη έως και μηδαμινή, καθώς οι περισσότερες έρευνες αφορούν είτε ενήλικο πληθυσμό με ΔΑΦ, είτε τους γονείς αυτών των παιδιών. Παρά το γεγονός ότι οι περιορισμοί είναι αρκετοί, η έλλειψη έρευνας/βιβλιογραφίας κίνησε το ενδιαφέρον και οδήγησε στο σχεδιασμό της παρούσας έρευνας. Ο πρώτος στόχος ήταν να γίνει περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων προστασίας αλλά και επικινδυνότητας της Ψυχικής Ανθεκτικότητας των παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Όταν μιλάμε για παράγοντες αναφερόμαστε τόσο σε ατομικούς όσο και περιβαλλοντικούς. Ο δεύτερος στόχος αφορά διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά όταν βρίσκονται σε αγχογόνες και αντίξοες καταστάσεις. Ο τελευταίος στόχος είναι η διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και διαχείρισης και των ίδιων των εκπαιδευτικών ΠΣ που χρησιμοποιούν, ώστε να επαναφέρουν την ψυχολογική ισορροπία των παιδιών.

3.2 Μέθοδος

3.2.1 Δείγμα

Το δείγμα στη συγκεκριμένη έρευνα χωρίζεται σε δύο υποενοότητες. Η πρώτη αφορά τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς που έδωσαν συνέντευξη και η δεύτερη αφορά τα παιδιά με ΔΑΦ που υποστηρίχθηκαν από τους πρώτους. Κρίθηκε απαραίτητο να συμπεριληφθούν τα δημογραφικά στοιχεία και των δύο ομάδων καθώς σχετίζονται άμεσα με την έρευνα.

3.2.1.1 Δείγμα Εκπαιδευτικών ΠΣ

Στην έρευνα πήραν μέρος 14 Εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής, είτε με πτυχίο ΠΕ71 (είτε με μεταπτυχιακό ΠΕ70.5 (, ΠΕ60.5 (14,3%), που εργάζονται ως Παράλληλη Στήριξη στα πλαίσια Γενικού Σχολείου στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Από τους 14 Εκπαιδευτικούς ΠΣ και οι 14 ήταν γυναίκες (100%). Η ηλικία των Εκπαιδευτικών ΠΣ κυμαίνεται από 26 έως 34 χρονών με μέσο όρο ηλικίας τα 30,35 χρόνια. Τα αναλυτικά περιγραφικά στοιχεία του δείγματος αναφέρονται στον Πίνακα 3.1. Η επιλογή των

εκπαιδευτικών ΠΣ έγινε με τυχαία δειγματοληψία από τα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στο Νομό Λαρίσης, Θεσσαλονίκης, Αττικής και Αιτωλοακαρνανίας.

Πίνακας 3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Γυναίκες		Άντρες		Σύνολο	
Χαρακτηριστικά	N	%	N	%	N	%
Φύλο						
	14	100	0	0	14	100
Ηλικία						
26-30	4	28,6	0	0	4	28,6
31-34	10	71,4	0	0	10	71,4
Μ.Ο: 30,35						
Έτη Προϋπηρεσίας						
1-3	4	28,6	0	0	4	28,6
4-6	3	21,4	0	0	3	21,4
7-9	7	50	0	0	7	50
Μ.Ο: 5,64						
Ν. Υπηρεσίας						
Λάρισας	7	50	0	0	7	50
Θεσσαλονίκης	4	28,6	0	0	4	28,6
Αττικής	2	14,3	0	0	2	14,3
Αιτωλοακαρνανίας	1	7,1	0	0	1	7,1

3.2.1.2 Δείγμα Παιδιών με ΔΑΦ

Η ηλικία των παιδιών κυμαίνεται από 6,5 έως 14 χρονών με μέσο όρο ηλικίας τα 9,89 χρόνια. Από τα 14 παιδιά τα 10 ήταν αγόρια (71,4%) και τα 4 κορίτσια (28.6%). Τα αναλυτικά περιγραφικά στοιχεία του δείγματος αναφέρονται στον Πίνακα 3.2.

Πίνακας 3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Κορίτσια		Αγόρια		Σύνολο	
Χαρακτηριστικά	N	%	N	%	N	%
Φύλο						
	4	28,6	10	71,4	14	100
Τάξη						
Νήπια - Β΄ Δημοτικού	2	14,3	2	14,3	4	28,6
Γ΄-Δ Δημοτικού	1	7,1	5	35,7	6	42,8
Ε΄-ΣΤ΄ Δημοτικού	1	7,1	3	21,4	4	28,6
Επαναφοίτηση	1	7,1	7	57,1	9	64,2
Ηλικία						
6-8	2	14,3	2	14,3	4	28,6
9-11	2	14,3	5	35,7	7	50
12-14	0	0	3	21,4	3	21,4
M.O: 9,89						

3.2.2 Ερευνητικό εργαλείο και μέθοδος

Για την συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε η ποιοτική συνέντευξη και συγκεκριμένα η ημιδομημένη. Διεξήχθησαν συμπεριφορικές συνεντεύξεις βασισμένες σε ημιδομημένες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αποτέλεσαν έναν οδηγό, ωστόσο η ροή της συζήτησης ήταν φυσική και καθοδηγούμενη από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών. Υπήρξε μια πιλοτική δοκιμή των ερωτήσεων της συνέντευξης, ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους και το αν είναι αρκετά κατανοητές οι έννοιες των ερωτήσεων. Η πιλοτική φάση έγινε με δύο συνεντεύξεις σε Εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Με την ανατροφοδότηση της δοκιμής διαμορφώθηκε ο οδηγός συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε. Ο οδηγός αναφέρεται στον Πίνακα 3.3 και αποτελείται από 6 ερωτήσεις που βασίζονται στην ερμηνεία της ψυχικής

ανθεκτικότητας σύμφωνα με το πλαίσιο της Kumpfer (1999) και το μοντέλο των Boyd & Eckert (2002). Οι ερωτήσεις βασίζονται στους παρακάτω 3 στόχους της έρευνας:

1. Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες ΨΑ παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
2. Στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά με ΔΑΦ σε δύσκολες καταστάσεις που τα πιέζουν και τα αγχώνουν
3. Στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ ώστε να επαναφέρουν το παιδί σε κατάσταση ηρεμίας

Πίνακας 3.3 Ερωτήσεις ημιδομημένης συνέντευξης

Ερωτήσεις ημιδομημένης συνέντευξης	Αντιστοιχία με τους στόχους της έρευνας
1. Ποιες καταστάσεις έχετε αντιληφθεί ότι αγχώνουν και επηρεάζουν το παιδί;	1
2. Όταν συμβαίνει κάποια κατάσταση, από αυτές που αναφέρατε προηγουμένως πως αγχώνουν το παιδί, ποια είναι η πρώτη του αντίδραση;	2
3. Με ποιους τρόπους καταφέρνει να ηρεμήσει τον εαυτό του;	2
4. Εσείς πώς μπορείτε να το βοηθήσετε να ηρεμήσει; Τι τρόπους χρησιμοποιείτε; Υπάρχει κάποιος άλλος που μπορεί με κάποιον άλλον τρόπο να το βοηθήσει να ηρεμήσει;	3
5. Ποια ατομικά χαρακτηριστικά του πιστεύετε πως το δυσκολεύουν ή το διευκολύνουν αντίστοιχα στις καταστάσεις που περιγράψατε παραπάνω;	1
6. Η οικογένεια, το σχολείο και οι φίλοι αποτελούν τους πιο βασικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες στη ζωή του παιδιού σας. Πώς το επηρεάζει η λειτουργία τους θετικά και αρνητικά αντίστοιχα;	1

3.3 Διαδικασία

Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε η συναίνεση και σύμφωνη γνώμη των εκπαιδευτικών ΠΣ για τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Οι συνεντεύξεις έγιναν σε διάστημα 2 μηνών, από τον Απρίλιο έως τον Μάιο του 2024. Οι συνεντεύξεις έγιναν είτε δια ζώσης (42,9%), είτε τηλεφωνικά (57,1%) και ο μέσος χρόνος ήταν τα 11,3 λεπτά.

3.4 Ανάλυση συνεντεύξεων

Για την ανάλυση των συνεντεύξεων επιλέχθηκε η μέθοδος της Θεματικής ανάλυσης σύμφωνα με τα 6 βήματα που προτείνουν οι Braun and Clarke (2006). Σε μια πρώτη φάση, πριν ξεκινήσει η ανάλυση, έγινε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και η κωδικοποίηση των συμμετεχόντων, ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία τους. Χρησιμοποιήθηκε ο κωδικός ΠΣ (πχ ΠΣ01) για τις εκπαιδευτικούς Παράλληλης Στήριξης. Το πρώτο βήμα ήταν η εξοικείωση με το ερευνητικό υλικό. Η προσεκτική ανάγνωση των συνεντεύξεων οδήγησε στο δεύτερο βήμα, την κωδικοποίηση των δεδομένων με προσωπική ερμηνεία των απαντήσεων σειρά με σειρά. Οι κωδικοί που δόθηκαν αντιστοιχούσαν στους στόχους και θεματικούς άξονες της έρευνας. Υπήρξαν απαντήσεις που αντιστοιχούσαν σε παραπάνω από έναν κωδικό αφού το νόημα ήταν διαφορετικό. Στη συνέχεια, έγινε η αναζήτηση κοινών Θεμάτων στους αρχικούς κωδικούς. Τα θέματα συμπυκνώθηκαν σε κατηγορίες κωδικών. Το τέταρτο βήμα ήταν η Αναθεώρηση των Θεμάτων και αφορούσε ουσιαστικά την επανεξέταση και το ξεκαθάρισμα κάποιων θεμάτων που μπορεί να ταίριαζαν τόσο με την έρευνα ή να χωριστούν σε περισσότερα θέματα. Αφού έγινε ένα καλό ξεκαθάρισμα, ακολούθησε ο τελικός προσδιορισμός και η ονομασία των θεμάτων. Όταν όλα ήταν έτοιμα, έγινε η συγγραφή της ερευνητικής αναφοράς.

Κεφάλαιο Τέταρτο: Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παραθέτονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά την ολοκλήρωση της Θεωρητικής Ανάλυσης των συνεντεύξεων. Το κεφάλαιο χωρίζεται σε 3 ενότητες, οι οποίες αντιστοιχούν στους στόχους της έρευνας. Η πρώτη ενότητα χωρίζεται σε δύο υποενότητες όπου παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας της ΨΑ στα παιδιά με ΔΑΦ σύμφωνα με τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών ΠΣ. Η ενότητα αυτή αντιστοιχεί στον πρώτο στόχο της έρευνας που ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και προστασίας των παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τα παιδιά με ΔΑΦ, όταν αυτά βρίσκονται υπό πίεση σε αγχογόνες καταστάσεις, που είναι και ο δεύτερος στόχος της έρευνας. Τέλος, στην τρίτη ενότητα που αντιστοιχεί και στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, αναφέρονται οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ με σκοπό να επαναφέρουν τα παιδιά σε κατάσταση ηρεμίας.

4.1 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας

4.1.1 Παράγοντες κινδύνου

Εντοπίστηκαν 101 απαντήσεις που αναφέρονταν σε παράγοντες κινδύνου. Οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε 6 ευρύτερες κατηγορίες και παρουσιάζονται σε φθίνουσα σειρά: Εσωτερικοί παράγοντες, Οικογένεια, Σχολικό Περιβάλλον, Αλλαγή ρουτίνας/περιβάλλοντος, Μαθήματα, Αισθητηριακά. Το ακριβές ποσοστό απαντήσεων ανά κατηγορία παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 4.1.1

Πίνακας 4.1.1 Παράγοντες κινδύνου Ψυχικής Ανθεκτικότητας στα παιδιά με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Παράγοντες κινδύνου		
	N = 101	%
Εσωτερικοί Παράγοντες	41	40,6
Οικογένεια	18	17,8
Σχολικό Περιβάλλον	14	13,9
Αλλαγή ρουτίνας/περιβάλλοντος	11	10,9
Μαθήματα	10	9,9
Αισθητηριακά	7	6,9

Ο σημαντικότερος παράγοντας που παρατηρήθηκε να επηρεάζει την ΨΑ των παιδιών στην καθημερινότητά τους ήταν οι εσωτερικοί παράγοντες. Υπήρξαν συνολικά 41 αναφορές σε ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά των παιδιών που οι ΠΣ θεώρησαν πως τα δυσκολεύουν στη διαχείριση αντιξοοτήτων. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν η χαμηλή αυτοπεποίθηση/ανασφάλεια και αυτοεκτίμηση «είναι ανασφαλής, χρειάζεται την επιβεβαίωση, χρειάζεται να έχει κάποιον στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί για οτιδήποτε προκύψει. Δείχνει να έχει έτσι χαμηλή αυτοεκτίμηση» (ΠΣ03), «νιώθει απ' ότι φαίνεται μεγάλη ανασφάλεια και μονίμως κάποιος να του λέει ναι, προχώρα καλά...» (ΠΣ06) με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπάρχει σύγκριση και να επηρεάζεται πάρα πολύ εύκολα «μπαίνει σε μια διαδικασία σύγκρισης, οπότε όλο αυτό την αγχώνει πάρα πολύ έντονα...ασκούν μεγάλη επιρροή σε εκείνη και τη συμπεριφορά της, θεωρώ ότι από τη μια έχει έναν αρνητικό αντίκτυπο σε εκείνη» (ΠΣ09) όπως και η απαισιοδοξία με έντονη την εμφάνιση αρνητικών σκέψεων «δεν τα πήγα καλά» (ΠΣ03), «κάνει πολλές αρνητικές σκέψεις...δε θα τα καταφέρω ποτέ...είμαι χαζός» (ΠΣ05), «όταν κάνει ένα λάθος και καταλαβαίνει ότι έχει κάνει λάθος...λέει είμαι χαζός, είμαι άχρηστος» (ΠΣ08).

Τονίστηκε αρκετά η έλλειψη ηρεμίας/ψυχραιμίας «είναι οξύθυμος...θυμώνει και έχει ξεσπάσματα...(οι συμμαθητές του) τις μέρες που έχει έντονα ξεσπάσματα...προσπαθούν να αποφύγουν τις επαφές μαζί του» (ΠΣ08), «είναι νευρικός και του παίρνει ώρα να ηρεμήσει» (ΠΣ05) αλλά και το ακριβώς αντίθετο, η υπερβολική ηρεμία «δεν τον βοηθάει ότι είναι αρκετά υποτονικός, δηλαδή θέλει αρκετή ενθάρρυνση για να συμμετέχει» (ΠΣ02) και η ντροπή «είναι και

πολύ ντροπαλός σε ακραίο βαθμό...με αποτέλεσμα να μην είναι και κοινωνικός...και δε συνεργάζεται» (ΠΣ06) καθώς και η αποφυγή δυσκολιών και εύκολη παραίτηση «σε μια δυσκολία θα τα παρατήσει πιο εύκολα» (ΠΣ14). Επιπρόσθετα, αρκετά παιδιά με ΔΑΦ φάνηκε ότι δεν μπορούν εύκολα να προσαρμοστούν «ισχυρογνώμων είναι σε αυτό που θέλει να κάνει και δεν θέλει να παρεκκλίνει από αυτό» (ΠΣ07) ή να κάνουν υποχωρήσεις «είναι εγωιστής, δηλαδή θέλει να γίνονται ακριβώς όπως τα θέλει, δε δέχεται τη γνώμη των άλλων και αντιδρά» (ΠΣ08). Η δυσκολία στην αντίληψη και κατανόηση των συναισθημάτων καθώς και η δυνατότητα αυτοελέγχου αποτελούν ακόμη ένα εμπόδιο «δυσκολία στο να αντιληφθεί το συναίσθημα εκείνη την ώρα» (ΠΣ03), «κλαίει πάρα πολύ έντονα χωρίς να το ελέγχει και χωρίς να ξέρει ότι αντιδράει έτσι, εννοώ ότι δεν μπορεί να ονοματίσει εκείνη τη στιγμή» (ΠΣ09).

Μια σημαντική υποκατηγορία, θα μπορούσαμε να πούμε, των εσωτερικών παραγόντων είναι οι δυσκολίες στην επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Οι εκπαιδευτικοί ΠΣ έκαναν λόγο για το άγχος και την κούραση που προκαλείται όταν το παιδί χρειάζεται να αλληλοεπιδράσει «αγχώνεται πάρα πολύ όσον αφορά τη συναναστροφή με άλλους ανθρώπους, είτε συμμαθητές της, είτε εκπαιδευτικούς» (ΠΣ13), «δυσκολεύεται, δε θέλει να πάρει τον λόγο να μιλήσει...όταν ουσιαστικά γίνεται το επίκεντρο ο ίδιος, του προκαλεί άγχος» (ΠΣ06) και να εκφραστεί «τον δυσκολεύει σίγουρα η δυσκολία να επικοινωνήσει τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του...τον αγχώνει, τον κουράζει το ότι δε γίνεται κατανοητός» (ΠΣ03).

Ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζει αρνητικά τα παιδιά με ΔΑΦ σε αυτή την ηλικία, όπως φάνηκε, είναι η οικογένεια (17,8%). Αναφέρθηκε επανειλημμένως, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, πόσο η συμπεριφορά των γονέων και η σχέση τους με τα παιδιά επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητά τους. Τονίστηκε ιδιαίτερα ο βαθμός πίεσης που ασκούσαν στα παιδιά. Από τη μια, υπήρχαν οι οικογένειες που ήταν χαλαρές σε υπερβολικό βαθμό «Δεν το βοηθάνε σε άλλα κομμάτια, συμπεριφορικά και μαθησιακά. Γενικά ήταν πάρα πολύ ελαστικοί μαζί του, τον άφηναν πολύ ελεύθερο, πολύ χαλαρό και δεν του έβαζαν όρια» (ΠΣ02), «Θεωρώ ότι η οικογένεια παίζει τον πιο σημαντικό ρόλο και έχω εντοπίσει ότι είναι κάπως πιο αρνητική η επιρροή της καθώς του επιτρέπουν όλα αυτά τα οποία ο ίδιος απαιτεί χωρίς να υπάρχει κάποιο όριο» (ΠΣ07), «τον έχουν πολύ... καλομαθημένο, οπότε αυτό δεν τον βοηθάει» (ΠΣ12) και από την άλλη, υπήρχαν οι οικογένειες που ήταν πιεστικές σε υπερβολικό βαθμό «το επηρεάζει πάρα πολύ η αγχωτική του μητέρα...τον έχει πιέσει πάρα πολύ... με αποτέλεσμα, αν κάποια στιγμή δεν καταφέρει να ολοκληρώσει μια άσκηση... αγχώνεται πάρα πολύ και αναστατώνεται» (ΠΣ01), «η οικογένειά του από την αρνητική πλευρά.. έχει τόσο μεγάλες προσδοκίες για το παιδί που ορισμένες φορές...τον πιέζουν τόσο πολύ με αποτέλεσμα το παιδί να μπλοκάρει» (ΠΣ06). Αναφέρθηκε επίσης και η υπερβολική προσκόλληση των παιδιών με ΔΑΦ

σε έναν από τους γονείς «δε φεύγει εύκολα από τη μητέρα του, δεν την αποχωρίζεται εύκολα και αυτό του προκαλεί άγχος» (ΠΣ06) αλλά και η περίπτωση της κακής σχέσης με τον γονιό «οι γονείς του είναι διαζευγμένοι...όταν είναι οι μέρες του πατέρα στο σχολείο έρχεται και είναι λίγο πιο οξύθυμος, έχει πιο έντονες αντιδράσεις» (ΠΣ08).

Ανάλογη ήταν όμως και η αναφορά στα προβλήματα στις σχέσεις με τα αδέρφια. Στην περίπτωση των αδερφών τυπικής ανάπτυξης, παρατηρήθηκε πως τα παιδιά με ΔΑΦ επηρεάζονται από αρνητικές συμπεριφορές και εύκολα τις μιμούνται «επηρεάζεται πιστεύω αρνητικά και από τον αδερφό του γιατί κάποια πράγματα που αναφέρει...τα επαναλαμβάνει και αυτός όταν είναι σε σύγχυση...όπως ότι δε θέλει να ζει» (ΠΣ08). Επίσης, τα επηρέαζε ιδιαίτερα όταν τα αδέρφια τους φάνηκε να μην τα αποδέχονται, να αποφεύγουν τη συναναστροφή μαζί τους «ο αδερφός της εκφράζει μια δυσκολία, μια άρνηση, δεν την αποδέχεται τόσο εύκολα...εκείνη όμως κάθε φορά που την απορρίπτει απογοητεύεται» (ΠΣ13) και να τα μειώνουν «η αδερφή της μαθήτριάς, την κάνει συχνά να αισθάνεται ότι δεν είναι τόσο καλή όσο εκείνη...έχει κάποιες φορές την αγωνία όταν είναι δίπλα της είναι η αδερφή της» (ΠΣ09). Όταν τα αδέρφια ήταν και αυτά στο φάσμα του αυτισμού, η επιρροή ήταν κυρίως αρνητική «αυτό που την επηρεάζει αρνητικά είναι η καθημερινή επαφή με τον μικρότερο της αδερφό...ο μικρούλης είναι ένα παιδί που βρίσκεται στο φάσμα και δεν έχει λεκτική επικοινωνία...η μαθήτριά μου τον μιμείται... πολλές φορές δείχνει να κάνει παλινδρόμηση» (ΠΣ04), «το παιδί έχει και μια αδερφούλα, η οποία είναι δίδυμη, φοιτά σε ειδικό σχολείο και είναι αυτό το παιδάκι στο φάσμα απλά είναι μη λεκτικό και έχει και στερεοτυπικές κινήσεις έντονες.. ίσως αυτό την πάει πίσω και το παιδάκι μιμείται συμπεριφορές από την αδερφή της που θα μπορούσε να μη της εμφανίζει» (ΠΣ10).

Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, οι εκπαιδευτικοί ΠΣ παρατήρησαν πως σε αρκετές περιπτώσεις τα παιδιά δονόντουσαν σε υπερβολικό βαθμό από τις ίδιες με αποτέλεσμα να μην είναι αυτόνομα και ανεξάρτητα «αν λείπω εγώ από το σχολείο δε θέλει να έρθει. Έχεις άγχος αποχωρισμού και όταν φεύγουμε πρέπει να φύγουμε μαζί...στα κενά μου θα με ψάξει, θα έρθει στο γραφείο να δει ότι είμαι στον χώρο και τον αγχώνει πολύ» (ΠΣ05), «όταν έλειπα εγώ δεν ανταποκρινόταν καθόλου» (ΠΣ02), «αν δεν βρίσκομαι εκεί για για χ,ψ λόγους λειτουργεί δύσκολα και την αγχώνει και το εξωτερικεύει κιόλας» (ΠΣ04) σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα το παιδί εμφάνιζε και ψυχοσωματικά συμπτώματα «όταν απουσιάζω από το σχολείο (αγχώνεται) και αυτό εκδηλώνεται...με το να παθαίνει ενούρηση πάνω της» (ΠΣ10). Μια εκπαιδευτικός ΠΣ ανέφερε πως το παιδί αποζητούσε τόσο την προσοχή της που αντιμετώπιζε μεγάλο θέμα που της είχε ανατεθεί και δεύτερο παιδί μέσα στην ίδια τάξη «η συνύπαρξή τους είναι πάρα πολύ δύσκολη και μόνο η φωνή που ακούει τον άλλον τον ενοχλεί, παθαίνει κρίσεις» (ΠΣ12). Προσκόλληση έντονη υπήρξε και σε συμμαθητές και σε εκπαιδευτικό της τάξης. Επίσης, αναφέρθηκαν και στο άγχος

που βίωναν τα παιδιά ώστε να είναι αποδεκτά τόσο από τους συμμαθητές τους όσο και από τους εκπαιδευτικούς «έχει την ανάγκη να νιώθει ότι τον αποδέχονται, ότι τον καταλαβαίνουν, ότι τον ακούν» (ΠΣ03), μάλιστα το να μην τους συμπεριλαμβάνουν οδηγούσε και σε αρνητικά συναισθήματα «αρκετές φορές έχει στεναχωρηθεί...δεν του το προτείνουν (να παίζει) και το αντιλήφθηκε και λέει εμένα δε με φώναζαν να πάω να παίζω μαζί τους» (ΠΣ11).

Η αλλαγή ρουτίνας/περιβάλλοντος, με ποσοστό 10,9%, φαίνεται να προκαλεί μεγάλη σύγχυση στα παιδιά με ΔΑΦ, όσο μικρή και να είναι αυτή «η αλλαγή στη ρουτίνα από απλά πράγματα, καθημερινά...οι αλλαγές στη ρουτίνα της και στο πρόγραμμά της, πρέπει να την ενημερώνουμε για οποιαδήποτε αλλαγή...αυτό για το παιδί λειτουργεί αγχωτικά και της δημιουργεί μια ένταση καθώς μετά δυσκολεύεται να ηρεμήσει» (ΠΣ04), «δεν του αρέσει να αλλάζει η ρουτίνα...τον δημιουργεί σύγχυση» (ΠΣ08) «τον αγχώνει η ξαφνική αλλαγή του προγράμματος, όπως η απουσία του δασκάλου, το να αλλάζει η σειρά των μαθημάτων» (ΠΣ03) «έχει τύχει, ας πούμε, να ξεχάσει την κασετίνα του και να πάθει κρίση, να ξεχάσει το μπουκάλι του, να θέλει να πιεί νερό...και εκεί παθαίνει κρίση» (ΠΣ12).

Ο, αμέσως, επόμενος στρεσογόνος παράγοντας είναι τα μαθήματα (9,9%). Αρκετές ήταν οι απαντήσεις για άγχος στις περιπτώσεις που δυσκολεύονται στα μαθήματα «αγχώνεται και έχει ένταση όταν αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται να ακολουθήσει κάποια μαθησιακή διαδικασία» (ΠΣ07) «αγχώνεται έντονα όταν βιώνει μια αποτυχία στα μαθήματα» (ΠΣ09). Αξιοσημείωτο είναι πως μερικά παιδιά δεν αγχωνόταν μόνο για το να ανταπεξέλθουν αλλά και για το να έχουν καλή απόδοση «τον αγχώνει ιδιαίτερα το κομμάτι της αξιολόγησης, τα διαγωνίσματα...θέλει πάντα υποστήριξη...έχει ανάγκη τον καλό βαθμό, θέλει να παίρνει άριστα» (ΠΣ03), «τον αγχώνουν τα μαθησιακά, να έχει καλά αποτελέσματα γιατί θέλει να έχει την επιβράβευση ότι είναι καλός» (ΠΣ05) και να μην κάνουν λάθη «τον αγχώνει, δε θέλει να κάνει καθόλου λάθη» (ΠΣ08).

Σε αρκετά μικρότερο ποσοστό (6,9%), έγινε αναφορά σε αισθητηριακές καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Κυρίως ειπώθηκε η δυσκολία όταν υπήρχαν δυνατοί θόρυβοι/ήχοι «δημιουργούν αναστάτωση, όπως το να περάσει ένα αεροπλάνο...ένας ήχος που δεν μπορείς να τον προβλέψεις...λειτουργεί ανασταλτικά για το παιδί» (ΠΣ04) αλλά και όταν υπήρχε πολύς κόσμος «τον αγχώνουν τα πάρτι...οχλαγωγία και η βαβούρα» (ΠΣ01) και ειδικά συνδυαστικά «τον αγχώνει όταν υπάρχει πάρα πολύς θόρυβος, μέρη με δυνατή μουσική, δυνατές φωνές από τα παιδιά, όταν έχει πολύ κόσμο» (ΠΣ11).

4.1.2 Παράγοντες προστασίας

Η ενότητα αυτή παρουσιάζει το δεύτερο μέρος του πρώτου στόχου, τους παράγοντες προστασίας που εντοπίστηκαν μέσα από τις συνεντεύξεις των εκπαιδευτικών ΠΣ. Οι κατηγορίες σχηματίστηκαν με βάση τα ποσοστά αναφορών και αναλύονται σε φθίνουσα σειρά: Εσωτερικοί παράγοντες, Υποστήριξη από τους εκπαιδευτικούς, Υποστήριξη από συνομηλίκους και Υποστήριξη οικογένειας. Οι παράγοντες παρουσιάζονται στον πίνακα 4.1.2.

Πίνακας 4.1.2 Παράγοντες προστασίας Ψυχικής Ανθεκτικότητας στα παιδιά με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Παράγοντες προστασίας		
	N=121	%
Εσωτερικοί παράγοντες	63	52
Υποστήριξη από εκπ/κους	25	20,7
Υποστήριξη από συνομηλίκους	17	14
Υποστήριξη Οικογένειας	16	13,3

Οι εσωτερικοί παράγοντες έχουν την ανάλογη θέση, όπως και στους παράγοντες κινδύνου. Τα ατομικά χαρακτηριστικά φάνηκε πως αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα και στις δύο περιπτώσεις. Στην περιγραφή των χαρακτηριστικών που πιστεύουν ότι βοηθάνε τα παιδιά με ΔΑΦ, οι ΠΣ έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ευχάριστη προσωπικότητα «βοηθάει ότι είναι γενικά ένα παιδάκι που είναι γλυκό και χαρούμενο» (ΠΣ10), «είναι πάρα πολύ γλυκός και συμπαθητικός και γίνεται αρεστός στους άλλους εύκολα» (ΠΣ02) και κυρίως στο κομμάτι της κοινωνικότητας «έχει το κομμάτι των κοινωνικών δεξιοτήτων...μπορεί και επικοινωνεί πλέον...είναι κάτι πάρα πολύ θετικό» (ΠΣ01), «θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικά κομμάτια όλα αυτά...γιατί γενικά είναι κοινωνικός, θα μιλήσει σε όλους, θα κάνει θετικά σχόλια σε όλους» (ΠΣ03).

Σημαντικό ρόλο είχε και η ικανότητα των παιδιών να συνεργάζονται και να υπακούουν «πρόκειται για ένα αρκετά συνεργάσιμο και δεκτικό παιδί, είναι πολύ υπάκουη...και γενικά έχει ήρεμο προφίλ» (ΠΣ04), «είναι πολύ συνεργάσιμος και με την παράλληλη...αλλά είναι συνεργάσιμος και με τους υπόλοιπους και με τους δασκάλους...και με τα παιδιά» (ΠΣ02) να προσαρμόζονται «είναι συνεργάσιμη, θα προσαρμοστεί εύκολα σε καταστάσεις» (ΠΣ10) αλλά και

να είναι φιλόδοξα «το άγχος κάποιες φορές...λειτουργεί και θετικά γιατί θα κάτσει να διαβάσει για το διαγώνισμα για να έχει την επιτυχία» (ΠΣ05), «ήθελε να τα τελειώσει όλα, να είναι σωστός...ό,τι κάνει να το ολοκληρώνει και να μην είναι μισό» (ΠΣ03).

Αναφορά έγινε και στην ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων και του αυτοελέγχου «φαίνεται ότι αναγνωρίζει το συναίσθημά του και μόνος του δείχνει σημάδια να κατευνάζει το άγχος και τον θυμό του...έτσι αυτοελέγχει τις πράξεις του» (ΠΣ06), «σχετικά με τον αυτοέλεγχο, υπάρχει θα έλεγα σε έναν μεγάλο βαθμό» (ΠΣ03) καθώς και στη διατήρηση ψυχραιμίας «το θετικό του ήταν ότι δε νευριάζει εύκολα» (ΠΣ12), «δύσκολα θα εκνευριστεί, δύσκολα θα θυμώσει, θα ταραχτεί» (ΠΣ11) και στις θετικές σκέψεις και αυτοεκτίμηση «είναι ένα παιδί που έχει θετική αντίληψη για τον εαυτό της οπότε τη βοηθάει όλο αυτό να επανέρχεται σε κατάσταση ηρεμίας» (ΠΣ10), «είναι καλή μαθήτρια, το γνωρίζει και το λέει στον εαυτό της» (ΠΣ11).

Οι αναφορές που αφορούσαν το σχολικό περιβάλλον και ειδικότερα τους εκπαιδευτικούς ήταν συνολικά 25 με ποσοστό 20,7%. Η υποστήριξη από τους εκπαιδευτικούς, τόσο της γενικής εκπαίδευσης, όσο και της ΠΣ είχε πολύ μεγάλη σημασία για τα παιδιά με ΔΑΦ. Η ΠΣ βοηθάει το παιδί να ακολουθήσει τη μαθησιακή διαδικασία «νιώθει έτσι μια μεγάλη σιγουριά...άμα είμαι δίπλα του...θα του εξηγήσω κάτι όταν χρειαστεί.. είναι πολύ θετικός με την παρουσία μου» (ΠΣ03), να παραμείνει συγκεντρωμένο, να ενταχθεί κοινωνικά «έχουμε επιμείνει τόσο πολύ στο επικοινωνιακό κομμάτι...και έχει κατακτήσει πολλές επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες και αυτό είναι κάτι που τον διευκολύνει» (ΠΣ01), να νιώθει ασφάλεια «θέλει να είμαι εκεί πέρα, να του λέω ότι τα έκανε σωστά προτού τα δώσω στον Κύριο για διόρθωση, θα δείξει σε εμένα πρώτα αν θέλουμε κάτι να διορθώσουμε» (ΠΣ05), «έχουμε αναπτύξει μια καλή σχέση οπότε είναι ανοιχτός να μου πει αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα» (ΠΣ14) να αποκτήσει όρια και γενικότερα να αναπτυχθεί «όταν ήμουν εκεί συνέχιζε, προσπαθούσε να δουλέψει, του έλεγα που να κινηθεί και ανταποκρινόταν, τώρα στα όρια...εμείς προσπαθούσαμε να του βάλουμε όρια και εγώ και φυσικά συνεργαζόμασταν με τους υπόλοιπους συναδέλφους» (ΠΣ02).

Από την άλλη, οι εκπαιδευτικοί γενικής που υποστήριζαν τα παιδιά φάνηκε να τους παρέχουν ένα αίσθημα ασφάλειας και προσπαθούν να τα εντάξουν στο σύνολο της τάξης «την αγαπάει πολύ, νιώθει μεγάλη ασφάλεια με τη δασκάλα και την ακούει πολύ» (ΠΣ03) «γενικότερα προσπαθούσαν όλοι οι συνάδελφοι να το συμπεριλάβουν και στο μάθημα, να τον ρωτήσουν την άποψή του, να τους δείξει τις ζωγραφιές του, να κάνουν πράγματα καις το διάλειμμα να τον βάλουν να παίζει με τα άλλα παιδιά...προσπαθούσαν να τον υποστηρίξουν» (ΠΣ02). Επισημάνθηκε αρκετά ότι η καλή συνεργασία μεταξύ του εκπαιδευτικού γενικής και ΠΣ συνέβαλε σημαντικά στην πρόοδο των παιδιών και στη σταθερότητα «συνεργαζόμαστε πάρα πολύ με τη δασκάλα φέτος σε όλα...δουλεύουμε πολύ καλά, έχει μεγάλη διαφορά στο κοινωνικό

κομμάτι» (ΠΣ01), «το παιδί αισθάνεται ασφάλεια και μια σιγουριά και νιώθει μια σταθερότητα στο περιβάλλον της τάξης» (ΠΣ04), «(η δασκάλα της τάξης) είναι ενημερωμένη...έχει αποδεχτεί και εμένα και εκείνη, ότι αυτή τη στιγμή λειτουργεί μια γενική τάξη με παράλληλη στήριξη» (ΠΣ13).

Οι αναφορές στους συνομηλίκους ήταν, απροσδόκητα, περισσότερες από την οικογένεια, παρά τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στους παράγοντες κινδύνου. Υπήρξαν αναφορές στο σύνολο της τάξης που αποδεχόντουσαν, υποστήριζαν και βοηθούσαν το παιδί «τον αποδέχονταν πάρα πολύ και τον βοηθούσαν πάρα πολύ, δηλαδή όταν τον έβλεπαν...ότι είναι λίγο πιο χαμένος...πήγαιναν τον έπαιρναν από το χέρι και του έλεγαν έλα, είμαστε εδώ» (ΠΣ02), «είναι πολύ υποστηρικτικά τα παιδιά της τάξης απέναντί του...είναι πολύ δεκτικοί απέναντί του» (ΠΣ07) και που φρόντιζαν να το εντάσσουν στις δραστηριότητες και την κοινωνική αλληλεπίδρασή μεταξύ τους «όσον αφορά το σχολείο, υπάρχει...ένα υποστηρικτικό περιβάλλον...τον δέχονται, κάνουν κινήσεις να πάνε δίπλα του, του μιλάνε, του δίνουν παιχνίδια, τον φωνάζουν να παίζουν μαζί» (ΠΣ06), «τα παιδιά την έχουν αφομοιώσει και την έχουν εντάξει πάρα πολύ ομαλά και την αγαπούν πάρα πολύ. Συνεπώς, στο σύνολο της τάξης δε φαίνεται ότι υπάρχει ένα παιδί στο φάσμα του αυτισμού» (ΠΣ09). Ξεχωριστή θέση είχαν και οι πιο κοντινές σχέσεις φιλίας με συνομηλίκους «ο φίλους του, επειδή έχουν έναν κώδικα επικοινωνίας δικό τους τον βοηθάει πάρα πολύ» (ΠΣ03), που βοηθούσαν το παιδί να ηρεμήσει και να επηρεαστεί θετικά «η συμμαθήτριά του που τον ξέρει, που είναι και οικογενειακοί φίλοι ξέρει πως να διαχειριστεί ας πούμε την κατάσταση» (ΠΣ01), «κάνει παρέα με συγκεκριμένα κορίτσια, συμμαθήτρές της...επηρεάζει θετικά την καθημερινότητά της και το άγχος της γιατί είναι ένα παιδί το οποίο υπολογίζει, θα ρωτήσει και τις φίλες της τη γνώμη τους και θα τις αποζητήσει» (ΠΣ04), «έχει αναπτύξει δεσμό με αρκετούς συμμαθητές του, δύο περισσότερο, μια συμμαθήτριά που τον αγαπάει πολύ και έναν συμμαθητή του τον οποίον και αγαπά...ήθελε να τους αγκαλιάζει και γενικά τους προσέγγιζε πάρα πολύ έντονα» (ΠΣ08), «κάνει παρέα με ένα παιδάκι, αγοράκι, το οποίο την έχει αποδεχτεί πλήρως και μάλιστα πολλές φορές προσπαθεί να παίξει τον ρόλο τον δικό μου...είναι αυτός που θα την προσεγγίσει, που θα προσπαθήσει να την ηρεμήσει, κάνει δηλαδή ό,τι μπορεί για να τη διευκολύνει» (ΠΣ13).

Η υποστήριξη από το περιβαλλοντικό πλαίσιο της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα παιδιά που προέρχονται από υποστηρικτικές οικογένειες είχαν καλύτερη πρόοδο «η οικογένειά του...είναι κατά πάνω, τον προσέχουν, τον φροντίζουν πάρα πολύ και τον υποστηρίζουν πολύ» (ΠΣ05), «το οικογενειακό περιβάλλον είναι πάρα πολύ υποστηρικτικό και είναι σε μια διαρκή αναζήτηση πληροφοριών είτε για τους ίδιους για να μάθουν πως να διαχειρίζονται την κατάσταση είτε για το παιδί και την υποστηρίζουν» (ΠΣ13), «η οικογένεια του είναι πολύ

υποστηρικτική, τον έχει πολύ προσεγμένο γενικότερα. Θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό για την προσωπική του εξέλιξη και την ψυχολογία» (ΠΣ03) και δόθηκε μεγάλη έμφαση στις οικογένειες που κάνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις και έχουν αποδεχτεί πλήρως το παιδί «παρατήρησα με την οικογένειά του...είχε την υποστήριξη τους, δηλαδή έκανε αρκετές θεραπευτικές συνεδρίες» (ΠΣ11), «η αλήθεια είναι ότι το παιδάκι είναι πολύ τυχερό καθώς έχει μια οικογένεια που τον υποστηρίζει πάρα πολύ. Έχουν αντιληφθεί το πρόβλημά του και οι δύο του γονείς, τον πηγαίνουν σε διάφορες ειδικότητες για να μπορέσει να βοηθηθεί, να ενταχθεί στην κοινωνία και να είναι λειτουργικό» (ΠΣ06), «(οι γονείς) είναι αρκετά υποστηρικτικοί, το παιδί το πηγαίνουν και εργοθεραπεία και λογοθεραπεία και τόσα άλλα. Φαντάσου ότι το έχουν ενταγμένο και σε ομάδα συνομηλίκων για το κοινωνικό κομμάτι...τρέχουν γενικά από μικρή ηλικία...υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον» (ΠΣ10).

Τα αδέρφια που αποδεχόντουσαν τα παιδιά με ΔΑΦ αποτελούσαν παράγοντα ανάπτυξης και βελτίωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων «επηρεάζεται και από τον ίδιο του τον αδερφό...θετικά, αντιγράφει κάποιες κινήσεις του ή ομιλία, κάποιες εκφράσεις» (ΠΣ06), σε κάποιες περιπτώσεις αποτελούσαν πολύ ισχυρά πρόσωπα αναφοράς που μπορούσαν να βασιστούν πλήρως για βοήθεια και στήριξη «(η αδερφή του) έχει αναλάβει μητρική φιγούρα...έχει αυτό το να τον φροντίζει, να τον περιθάλπει ή να του εξηγήσει...θα ανατρέξει στην ίδια...πολλές φορές θα τη ζητήσει και θα θελήσει να πάει να τη βρει» (ΠΣ07), «(η αδερφή του) είναι πολύ καλή, υποστηρικτική και τα προηγούμενα χρόνια και τώρα λειτουργεί καμιά φορά σαν παράλληλη στήριξη» (ΠΣ14).

4.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης παιδιών με ΔΑΦ

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει λόγος για τις στρατηγικές, που χρησιμοποιούν τα παιδιά με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, όταν βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις και πιέζονται. Η κατηγοριοποίηση που ακολούθησε, σύμφωνα με τις απαντήσεις που βρέθηκαν στις συνεντεύξεις, ήταν η εξής: εξωτερίκευση συναισθημάτων, αποφυγή/διασκέδαση, επιθετικότητα, αναζήτηση βοήθειας και απομόνωση. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των παιδιών αναφέρονται στον Πίνακα 4.2

Πίνακας 4.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Στρατηγικές αντιμετώπισης		
	N=63	%
Εξωτερίκευση συναισθημάτων	29	46
Αποφυγή/διασκέδαση	12	19
Αναζήτηση Βοήθειας	10	15,9
Επιθετική Συμπεριφορά	8	12,7
Απομόνωση	4	6,4

Υπήρξαν συνολικά 63 αναφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά με ΔΑΦ όταν βρίσκονται σε μια κατάσταση που τα πιέζει και τα αγχώνει. Η πιο συχνή στρατηγική είναι η εξωτερίκευση συναισθημάτων. Αυτό γινόταν με ποικίλες μορφές, είτε με κλάμα «έβαζε τα κλάματα» (ΠΣ02), «κλαίει πάρα πολύ έντονα» (ΠΣ09), είτε ηχολαλία και γενικότερα δυνατής φωνής «φωνάζει, κλαίει» (ΠΣ08), «θα φωνάζει, θα φωνάζει πάρα πολύ δυνατά» (ΠΣ05), «φωνάζει έντονα και ηχολαλεί...άλλες φορές μου ψιθυρίζει στο αυτί αυτό που τον ενοχλεί για να αποφορτιστεί και να ηρεμήσει» (ΠΣ06), «έκανε έναν χαρακτηριστικό ήχο...ο οποίος ήταν πολύ έντονος και δυνατός...κάθε φορά που κάτι την αναστάτωνε...ηχολαλούσε» (ΠΣ04) είτε με έντονες στερεοτυπικές κινήσεις «σκύβει το κεφάλι, αρχίζουν και γίνονται πιο έντονες οι στερεοτυπικές κινήσεις...κουνάει έντονα τα χέρια και συνήθως με το κεφάλι της, με το σαγόνι...κούνημα των χεριών μπρος πίσω» (ΠΣ13), «κάνει στερεοτυπικές κινήσεις, κουνάει το σώμα της μπρος πίσω» (ΠΣ04), «θα κάνει πολύ φτερούγισμα μαζί με τρέξιμο...θέλει να κάνει έντονα την κίνηση και σε συνδυασμό με τρέξιμο πάντα εκτονώνεται» (ΠΣ05).

Η αποφυγή και διασκέδαση ήταν η δεύτερη, πιο συχνή, στρατηγική που ακολούθησαν τα παιδιά με ΔΑΦ. Σε καταστάσεις που ένιωθαν άγχος επέλεξαν να κάνουν κάτι που τους άρεσε για να ξεχαστούν και να αποφύγουν την κατάσταση, με τα περισσότερα να προτιμούν να ζωγραφίσουν «επιλέγει μια δραστηριότητα που του αρέσει να κάνει...κάτι να κόψει, κάτι να ζωγραφίζει» (ΠΣ11), «θα βγει έξω να τρέξει...τον χαλαρώνει να ζωγραφίζει» (ΠΣ01), «της αρέσει πάρα πολύ να ζωγραφίζει, οπότε πολλές φορές το ζητάει και η ίδια...την ηρεμεί και μάλλον εκδηλώνει και στη ζωγραφιά το μετά...δηλαδή την ηρεμία» (ΠΣ09) ή να παίξουν με κάτι «διαλέγει να κάνει κάτι που του αρέσει...να ασχοληθεί με τον υπολογιστή ή να παίξει» (ΠΣ08), «ασχολείται

με τον άβακα πάρα πολύ...με διάφορα άλλα παιχνίδια που του αρέσουν πάρα πολύ ασχολείται...είναι ο τρόπος αποφόρτισής του» (ΠΣ06)

Σε αρκετές περιπτώσεις, τα παιδιά με ΔΑΦ αναγνωρίζουν τη δυσκολία τους να διαχειριστούν την κατάσταση και αναζητάνε βοήθεια, κατά βάση από την ΠΣ «αποζητούσε τη βοήθειά μου μονίμως...στις περισσότερες περιπτώσεις, ζητά τη βοήθεια ενός ενήλικα και συνήθως τη δική μου που για την οποία αποτελώ πρόσωπο και πρόσωπο αναφοράς» (ΠΣ04) «τον ηρεμεί πάρα πολύ να έρθει σε εμένα» (ΠΣ05), «γυρνάει για παράδειγμα σε μένα που είμαι δίπλα του να μου πει αυτό που θέλει...και να το εκφράσω εγώ αντί να το πει το ίδιο το παιδί» (ΠΣ06) αλλά κάποιες φορές γενικότερα από έναν εκπαιδευτικό «επιδιώκει να ηρεμήσει από κάποιον εκπαιδευτικό...κυρίως πρόσωπα αναφοράς, με μεγάλη χημεία και ακόμα πιο οικεία» (ΠΣ13), «τόσο ο διευθυντής της σχολικής μονάδας, όσο ο εκπαιδευτικός της τάξης αλλά και εγώ, όπως προανέφερα...είμαστε πρόσωπα αναφοράς που αποζητάει συχνά να τη βοηθήσουμε σε όποια κατάσταση αντιμετωπίζει» (ΠΣ09).

Σε κάποιες καταστάσεις, τα παιδιά με ΔΑΦ εμφάνισαν επιθετική συμπεριφορά χτυπώντας τους άλλους «κλωτσάει την καρέκλα μου» (ΠΣ10) ή τον εαυτό τους «χτυπάει τον εαυτό του» (ΠΣ08), «χτυπιέται» (ΠΣ12) πετώντας πράγματα ή μιλώντας άσχημα «μπορεί να αρχίσει να βρίζει» (ΠΣ14) ακόμη και συνδυαστικά «πετάει πράγματα, χτυπάει τους συμμαθητές του, λέει άσχημες λέξεις» (ΠΣ08).

Σε μικρότερο ποσοστό, τα παιδιά με ΔΑΦ επέλεξαν από μόνα τους να απομονωθούν ή να απομακρυνθούν όταν κάτι τους προκαλούσε έντονη ταραχή «αποζητά την απομόνωση...η ίδια να απομονωθεί και να εξασφαλίσει έτσι μια πιο μοναχική κατάσταση» (ΠΣ04), «θέλει την απομόνωση, πρέπει να είναι μόνος του και μαζί με μένα...δε θέλει να τον βλέπουν οι άλλοι» (ΠΣ05), «κάνει κάτι που τον ευχαριστεί...πάμε μια βόλτα» (ΠΣ07), «θα μου πει ο ίδιος ότι μπορούμε να βγούμε λίγο έξω» (ΠΣ01).

4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης εκπαιδευτικών ΠΣ

Σε αυτό το κομμάτι θα γίνει αναφορά στις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ για να ηρεμήσουν τα παιδιά με ΔΑΦ σε αντίξοες καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος. Η κατηγοριοποίηση που ακολούθησε, σύμφωνα με τις απαντήσεις που βρέθηκαν στις συνεντεύξεις, ήταν η εξής: Τεχνικές Χαλάρωσης, Καθησυχασμός-Καθοδήγηση, Συζήτηση, Απομάκρυνση. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των εκπαιδευτικών ΠΣ αναφέρονται στον Πίνακα 4.3.

Πίνακας 4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης εκπαιδευτικών ΠΣ για τα παιδιά με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Στρατηγικές αντιμετώπισης		
	N=45	%
Τεχνικές Χαλάρωσης	13	28,9
Καθησυχασμός-Καθοδήγηση	12	26,7
Συζήτηση	11	24,4
Απομάκρυνση	9	20

Η κύρια στρατηγική που φάνηκε να χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ, όταν τα παιδιά με ΔΑΦ βρίσκονταν σε ταραχή λόγω κάποιας αντίξωσης και αγχωτικής κατάστασης, ήταν η χρήση τεχνικών χαλάρωσης. Πολλοί εκπαιδευτικοί ΠΣ επέλεξαν την άμεση σωματική επαφή με σταθερό άγγιγμα *«το βασικότερο είναι να μπορώ να τον αγγίζω απαλά στον ώμο»* (ΠΣ03) ή αγκαλιά με στόχο να επαναφέρουν τα παιδιά σε κατάσταση ηρεμίας *«χρειάζεται...τη δική μου παρέμβαση για να ηρεμήσει, θέλει αγκαλιά»* (ΠΣ08), *«όταν είναι σε ένταση και αυτά έχουμε το άγγιγμα, την αγκαλιά οπότε χαλαρώνει»* (ΠΣ10). Άλλοι επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν παιδαγωγικές τεχνικές *«είχα φτιάξει πλαστικοποιημένες καρτέλες που απεικόνιζαν ακόμη και την ίδια σε μορφή καρτούν και έλεγα ας πούμε ότι αυτή είσαι εσύ, μπορείς τώρα να μετρήσεις μέχρι το 10 και να ηρεμήσεις, να χρησιμοποιήσεις τις ανάσες σου»* (ΠΣ04) και παιχνίδια *«τις περισσότερες φορές τη βοηθάω και εγώ παίζοντας ένα παιχνίδι ρόλων. Έχω ένα αρκουδάκι...και ενώ είναι κακοδιάθετη με το που δει το αρκουδάκι κάνει κανονική συζήτηση»* (ΠΣ10) και μερικοί βοήθησαν τα παιδιά προσφέροντάς τους μια εναλλακτική δραστηριότητα που θα τα χαλάρωνε *«πηγαίνουμε να κάνουμε παιχνίδια τα οποία του αρέσουν...για παράδειγμα να ασχολείται με τον άβακα...είναι ο τρόπος αποφόρτισής του συνήθως»* (ΠΣ06), *«άμα χρειαστεί του προτείνω εναλλακτικές...«αν του πεις έλα, πήγαινε λίγο να τρέξεις, να ηρεμήσεις, να πιείς λίγο νερό και το κάνει, θα αποφορτιστεί»* (ΠΣ01).

Πολλοί συνειδητοποίησαν πως αυτό που χρειάζονταν τα παιδιά με ΔΑΦ την ώρα της ταραχής ήταν τόσο ο καθησυχασμός και η παρηγοριά *«του δίνω λίγο χρόνο να ηρεμήσει, του λέει και εγώ ότι δεν πειράζει»* (ΠΣ02) *«θέλει τον καθησυχασμό του...πρέπει εγώ για να ηρεμήσει να του πω εντάξει, δεν πειράζει»* (ΠΣ05) όσο και η καθοδήγηση, ώστε να μπορέσουν να επανέλθουν *«βοηθάει ας πούμε, όταν κάτι την αγχώνει, να πέσεις στο ύψος της, να ακουμπήσεις στον ώμο της και να της πω ηρέμησε, χαλάρωσε. Όπως επίσης, κάτι άλλο που λειτουργεί θετικά είναι το να της μιλήσει κάποιος με απλές οδηγίες»* (ΠΣ04), *«του υπενθυμίζω πως πρέπει να φερόμαστε στην τάξη»*

(ΠΣ14). Τονίστηκε, επίσης, η σημασία του ύφους και τόνου της φωνής που χρησιμοποιούν όταν απευθύνονται στα παιδιά θέλοντας να τα καθησυχάσουν «της μιλάω με σταθερό τόνο φωνής» (ΠΣ13), «μιλάω πάρα πολύ ήρεμα» (ΠΣ05).

Η συζήτηση χρησιμοποιήθηκε αρκετά από τους εκπαιδευτικούς ΠΣ, είτε για να αποσπάσουν την προσοχή του παιδιού από την κατάσταση «θα συζητήσουμε...κάτι άσχετο αλλά κάτι που να τον ενδιαφέρει γιατί όταν είναι αναστατωμένος θέλει να ξεχάσει αυτό που του έχει προκαλέσει αναστάτωση» (ΠΣ01), είτε για να εξηγήσουν στο παιδί την κατάσταση «χρειάζεται κουβέντα εκείνη τη στιγμή, βασικά να του αναφέρεις τι συμβαίνει...μέχρι να καταλάβει την κατάσταση και να ηρεμήσει» (ΠΣ03), «το συζητάμε πολύ και εξηγούμε τι ήταν το λάθος» (ΠΣ05) «έχουμε συζητήσει πολλές φορές όταν αγχώνεται πως θα μπορεί να το διαχειριστεί» (ΠΣ06), «μέσα από πολύ συζήτηση...θέλει πάντα να μέσα από τη συζήτηση...να ξέρει και τη μια και την άλλη πλευρά, δηλαδή τι θα γίνει στη μια περίπτωση και τι θα γίνει στην άλλη περίπτωση» (ΠΣ13).

Τελευταία επιλογή φάνηκε πως ήταν η απομάκρυνση του παιδιού από το περιβάλλον της τάξης «τις περισσότερες φορές τον βγάζω από την τάξη και καθόμαστε έξω από την τάξη σε ένα παγκάκι μέχρι να πάρει τον χρόνο του και να ηρεμήσει» (ΠΣ02), «πολλές φορές θα χρειαστεί να βγούμε και εκτός τάξης για να ηρεμήσει» (ΠΣ05), «χρειάζεται τη δική μου παρέμβαση για να ηρεμήσει, θέλει...βόλτα εκτός τάξης, απομάκρυνση» (ΠΣ08), «πρέπει να τον πάρω εγώ και να τον βγάλω από την τάξη» (ΠΣ12) ή ακόμη και η απομόνωση του μέσα στην τάξη ώστε να μπορέσει να ηρεμήσει «είχαμε διαμορφώσει στην τάξη με τη συνάδελφο της γενικής αγωγής μια γωνία χαλάρωσης με μαξιλάρες, την οποία το παιδί...μπορούσε να ανατρέξει εκεί και να χαλαρώσει κάποια στιγμή που ίσως ένιωθε πιο έντονα συναισθήματα ή άγχος ή οτιδήποτε του δημιουργούσε στρες. Οπότε η γωνία λειτουργούσε πολύ πολύ θετικά στο παιδί» (ΠΣ04).

Κεφάλαιο πέμπτο: Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και γίνεται συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Υπενθυμίζεται ότι η έρευνα είχε τρεις στόχους: την διεύρυνση των παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων, τη μελέτη στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά με ΔΑΦ και τη μελέτη στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ. Για κάθε ένα στόχο θα υπάρξει διαφορετική ενότητα συζήτησης.

5.1 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας

5.1.1 Παράγοντες κινδύνου

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου παιδιών με ΔΑΦ στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πώς στην καθημερινότητά των παιδιών, τον μεγαλύτερο παράγοντα επιρροής έχουν τα ατομικά χαρακτηριστικά. Από τα κυριότερα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την καθημερινότητα ήταν η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανασφάλεια. Τα παιδιά με ΔΑΦ εμφάνισαν την τάση να διακατέχονται από μια έντονη απαισιοδοξία, κάνοντας αρνητικές σκέψεις όταν πρόκυπτε μια κατάσταση που τους προκαλούσε άγχος, κάτι που επιδεινώνει σίγουρα την ήδη, ταραγμένη ψυχολογική τους κατάσταση. Παρόμοια συμπεράσματα είχαν και οι Kerns et al. (2014) αλλά και οι Chalfant et al. (2007), οι οποίοι αναφέρθηκαν στην αρνητική επιρροή που έχουν οι αγχώδεις και αρνητικές σκέψεις σε νέους με ΔΑΦ. Η έρευνα των Onyishi & Sefotho (2019) έδειξε επίσης, τη σημασία που έχει για την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ να αισθάνονται ικανά και ασφαλή ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες της καθημερινότητάς τους. Είναι γνωστό πως η υψηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα, οπότε η απουσία της μπορεί να αποτελέσει μεγάλο εμπόδιο για το παιδί (Cabaj, et al., 2014).

Ένα εύρημα, που συμφωνεί πλήρως με τη βιβλιογραφία για τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ αλλά και τους παράγοντες κινδύνου ΨΑ στα παιδιά, είναι τα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες. Οι εκπαιδευτικοί ΠΣ αναφέρθηκαν πολλές φορές στη δυσκολία και το άγχος που περνούσαν τα παιδιά με ΔΑΦ όταν έπρεπε να αλληλοεπιδράσουν, είτε γιατί δεν μπορούσαν να είναι το επίκεντρο της προσοχής, είτε γιατί δεν μπορούσαν να ερμηνεύσουν σωστά τις καταστάσεις, τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων αλλά και γιατί είχαν αδυναμία στο να εκφραστούν και να είναι κατανοητά στους άλλους. Η δυσκολία αυτή επεκτείνεται και όσον αφορά την κατανόηση των δικών τους συναισθημάτων με αποτέλεσμα, σε μερικές περιπτώσεις, να χάνουν τον έλεγχο. Τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν λιγότερα εφόδια κοινωνικών δεξιοτήτων λόγω της διαταραχής τους με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτα σε καταστάσεις που τα αγχώνουν (Rigles,, 2017).

Μερικά, ακόμη, ατομικά χαρακτηριστικά που βρέθηκαν να αποτελούν εμπόδιο στην καθημερινότητα των παιδιών με ΔΑΦ είναι η δυσκολία προσαρμογής και υποχωρήσεων. Τα παιδιά με ΔΑΦ δύσκολα προσαρμόζονταν σε καταστάσεις με τις οποίες δε συμφωνούσαν ή σε αλλαγές και έτσι δεν μπορούσαν να ηρεμήσουν και παρέμεναν σε μια κατάσταση αναστάτωσης, μπορεί και για την υπόλοιπη σχολική ημέρα. Δεν έκαναν υποχωρήσεις όταν έπαιζαν ή πρότειναν οι άλλοι κάτι δεν τους άρεσε με αποτέλεσμα να δημιουργείται αναστάτωση και με τους υπόλοιπους συμμαθητές. Επίσης, βρέθηκε πως μερικά από τα παιδιά συνηθίζουν να αποφεύγουν ό,τι τα δυσκολεύει και να παραιτούνται εύκολα.

Στη συνέχεια, μεγάλο ρόλο έχουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και πρώτα απ' όλα, αναμενόμενα, η οικογένεια. Ο τρόπος ανατροφής μέσα στην οικογένεια αναδείχθηκε ως ο κύριος παράγοντας κινδύνου, κάτι που συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Είναι κρίσιμος ο τρόπος που μια οικογένεια επικοινωνεί και λειτουργεί (Benard, 1991, McCubbin & McCubbin, 1988, Werner, 1993). Αυτό, που επισημάνθηκε πολλές φορές, ήταν πως οι γονείς που ήταν υπερβολικά ελαστικοί με τα παιδιά τους και δεν έβαζαν όρια είχαν ως αποτέλεσμα να χάνεται ο έλεγχος και τα παιδιά να μη συνεργάζονται ή συμβιβάζονται με καταστάσεις στα σχολικά πλαίσια, θεωρώντας πως αφού στο σπίτι γίνεται το δικό τους, το ίδιο μπορεί να γίνει και στο σχολείο. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αυτά δυσκολευόντουσαν πολύ να εμφανίσουν πρόοδο καθώς αποφεύγαν «πάση θυσία» την κάθε καταβολή κόπου. Από την άλλη, οικογένειες που ήταν πολύ πειστικές είχαν μεταφέρει ένα τεράστιο φορτίο άγχους στα παιδιά τους, τα οποία μη ξέροντας πως να το διαχειριστούν μπλοκάρανε. Αρκετές ήταν οι έρευνες στη βιβλιογραφία που τόνισαν τη σημασία της επιρροής των γονιών στη ζωή των παιδιών με ΔΑΦ σε διάφορους τομείς (Μαυροπούλου, 2011 · Harker et al., 2016 · Crowell et. al., 2019) και τον σωματικό και ψυχικό κίνδυνο λόγω της πίεσης κι αύξησης άγχους (Rigles, 2017).

Η έρευνα ωστόσο, έδειξε πως και τα αδέρφια των παιδιών με ΔΑΦ παίζουν ιδιαίτερο ρόλο. Τα προβλήματα στη σχέση με τα αδέρφια ήταν αρκετά, με κυριότερο το γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΑΦ είχαν την τάση να μιμούνται τις αρνητικές συμπεριφορές των αδερφών τους, είτε ανήκαν και εκείνα στο φάσμα, είτε ήταν τυπικής ανάπτυξης. Τα παιδιά με ΔΑΦ μαθαίνουν συμπεριφορές από τα αδέρφια τους και τις χρησιμοποιήσουν και σε άλλες καταστάσεις (Wright & Benigno, 2019). Επίσης, ενώ τα ίδια αποζητούσαν την αδερφική συντροφιά και στα πλαίσια του σχολείου, συνήθως, βρισκόνταν αντιμέτωπα με την απόρριψη και δεν ήξεραν πως να το διαχειριστούν. Αυτό, ίσως, οφείλεται στην ανησυχία των αδερφών για τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦ (De Caroli & Sagone, 2013) και την επιθυμία τους να διατηρήσουν μια απόσταση μη έχοντας αποδεχτεί την κατάσταση.

Οι σχέσεις με τους Εκπαιδευτικούς του σχολείου και τους συνομηλίκους φάνηκε να αποτελούν ένα, σχεδόν, καθημερινό πρόβλημα το οποίο ταράζει τα παιδιά. Όσον αφορά τους συμμαθητές υπάρχει ο φόβος της μη αποδοχής και η στεναχώρια όταν νιώθουν ότι δεν συμπεριλαμβάνονται σε παιχνίδια ή ομάδες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί εν μέρει με την βιβλιογραφία αφού, όπως υποστηρίχτηκε και από άλλους ερευνητές ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον όπου δεν υπάρχουν πετυχημένες κοινωνικές σχέσεις και αποδοχή από τα υπόλοιπα παιδιά μπορεί να προκαλέσει μεγάλο πρόβλημα για τον ψυχικό κόσμο των παιδιών με ΔΑΦ (Koster et al., 2010 · Calder et al., 2013 · Onyishi & Sefotho, 2019). Η εξάρτηση που εμφάνισαν πολλά παιδιά από την ΠΣ αποτελεί εμπόδιο στη καθημερινότητά τους καθώς δυσκολεύονται να

λειτουργούν όταν εκείνη απουσιάζει, χάνουν την ανεξαρτησία και την αυτονομία τους και δημιουργείται ένας φόβος ότι αν δεν είναι εκεί δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Η σχέση τους με την ΠΣ και πως αυτή επηρεάζει περισσότερο την ΨΑ τους θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να εξεταστεί καθώς δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία.

Η διατάραξη της καθημερινής ρουτίνας προκαλεί τρομερή αναστάτωση στα παιδιά με ΔΑΦ. Μάλιστα, αυτό γίνεται σε τέτοιο βαθμό που δυσκολεύονται να είναι λειτουργικά κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης μέρας. Από τις πιο μικρές αλλαγές, όπως το να ξεχάσουν το μπουκάλι τους σπίτι, να αλλάξει μια καρτέλα στον τοίχο ή να αλλάξει η σειρά των μαθημάτων μέχρι και τις πιο μεγάλες όπως μια εκδρομή, μια γιορτή ή η απουσία ενός εκπαιδευτικού προκαλείται έντονο άγχος. Το εύρημα αυτό συμφωνεί πλήρως με την υπάρχουσα βιβλιογραφία για τα χαρακτηριστικά και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ. Οι Μανιφάβα & Κελέση (2015) αναφέρθηκαν στη ρουτίνα των παιδιών με ΔΑΦ ως μια ιεροτελεστία που όταν διαταραχθεί προκαλεί αποσυντονισμό και έκρηξη οργής.

Η εκπαιδευτική πορεία και η επιτυχία στην διεκπεραίωση των μαθημάτων είναι, για αρκετά παιδιά με ΔΑΦ, ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στη ζωή τους. Η επιθυμία και πίεση, όχι απλά να τα καταφέρουν, αλλά και να χαρακτηριστούν άριστοι μαθητές παίρνοντας μόνο καλούς βαθμούς και η λανθασμένη αντίληψη πως αν δε γίνει αυτό δεν έχουν καταφέρει τίποτα δημιουργεί έναν αρκετά μεγάλο παράγοντα κινδύνου για την ψυχική τους υγεία. Οι Ashburner et al. (2010) αναφέρθηκαν επίσης, στην πίεση της σχολικής απόδοσης που υπάρχει στα παιδιά με ΔΑΦ. Από την άλλη, υπάρχουν και τα παιδιά που φοβούνται τη μαθησιακή διαδικασία λόγω της επίγνωσης των δυσκολιών τους και προσπαθούν να την αποφύγουν όσο περισσότερο γίνεται.

Τέλος, μεγάλο άγχος για τα παιδιά με ΔΑΦ αποτελούν κάποια αισθητηριακά ερεθίσματα όπως οι δυνατοί θόρυβοι αλλά και η πολυκοσμία. Οι Mayes, Calhoun, Mayes, and Molitoris (2012) αναφέρθηκαν στη δυσφορία, υπερεθισθησία και αναστάτωση που προκαλούν στα άτομα με αυτισμό οι έντονοι ήχοι ή τα πλήθη.

5.1.2 Παράγοντες προστασίας

Σε αναλογία με τον μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου και ο σημαντικότερος παράγοντας προστασίας φάνηκε να είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά. Οι ΠΣ περιέγραψαν τα παιδιά που είναι ευγενικά, γλυκά, χαρούμενα, κοινωνικά, ήρεμα και συνεργάσιμα ως τα παιδιά που τα καταφέρνουν πιο εύκολα όταν προκύψουν οι δυσκολίες. Ο Condly (2006) αναφέρθηκε και ο ίδιος στη σημασία ύπαρξης μιας εύθυμης ιδιοσυγκρασίας. Η φιλοδοξία τους βοηθάει να θέτουν

στόχους, να έχουν κίνητρο και να προσπαθούν καθημερινά για το καλύτερο. Τα παιδιά που ήταν σε θέση να αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους, μπορούσαν να έχουν και περισσότερο αυτοέλεγχο με αποτέλεσμα να επιστρέφουν πιο εύκολα στην κατάσταση ηρεμίας τους. Σημαντικό ρόλο είχε φυσικά και η ικανότητα προσαρμογής των παιδιών, αφού μείωνε τις πιθανότητες το παιδί να κυριευτεί από άγχος και να χάσει τον έλεγχο. Υπάρχουν αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές που τονίζουν τη θετική εξέλιξη των παιδιών που έχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά (Onyishi & Sefotho, 2019; Cabaj et al., 2014; Benard, 1993).

Οι εκπαιδευτικοί, και κυρίως της ΠΣ, αποτελούν μεγάλη βοήθεια στη σχολική καθημερινότητα των παιδιών με ΔΑΦ. Η ΠΣ παίζει σημαντικό ρόλο στην ένταξη του μαθητή με ΔΑΦ τόσο μαθησιακά, δίνοντας του κίνητρα, υποστήριξη και βοηθώντας το να παραμείνει συγκεντρωμένο, όσο και κοινωνικά, εκπαιδύοντας το και μαθαίνοντας το κοινωνικές δεξιότητες. Απώτερος στόχος της είναι το παιδί να γίνει ανεξάρτητο και αυτόνομο και να είναι σε θέση να λειτουργεί μόνο του το ίδιο αποδοτικά. Η καλή σχέση με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς και ειδικότερα της τάξης, σχολιάστηκε επίσης πολύ θετικά. Η προσπάθεια των εκπαιδευτικών να εντάξουν τα παιδιά και να μην τα απομονώσουν βοηθούσε στη γενικότερη αποδοχή τους από τη σχολική τάξη. Έγινε, επίσης, φανερό πως η ομαλή και καλή συνεργασία των εκπαιδευτικών γενικής και ΠΣ, συντελούσε θετικά στην ανάπτυξη και ένταξη του παιδιού. Υπάρχει συμφωνία με τη βιβλιογραφία τόσο όσον αφορά τον κρίσιμο ρόλο της ΠΣ στη λειτουργικότητα του παιδιού μέσα στην τάξη όσο και στη σημασία της θέσης που παίρνει ο εκπαιδευτικός της τάξης (Shaffner & Buswell, 2004; Brock et al., 2020).

Συνεχίζοντας με το σχολικό περιβάλλον, μεγάλο κομμάτι, παρά τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στους παράγοντες κινδύνου, αποτελούν οι συμμαθητές και φίλοι. Τα παιδιά με ΔΑΦ τα πήγαιναν καλύτερα όταν το περιβάλλον της τάξης ήταν υποστηρικτικό, ένιωθαν άνετα και σταδιακά μπορούσαν να αναπτύξουν επικοινωνία και σχέσεις μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά. Στις περιπτώσεις που είχαν κάποια πιο στενή φιλία, γινόταν άμεσα πρόσωπο αναφοράς στη ζωή τους, χαιρόντουσαν όταν τους έβλεπαν, στεναχωριόντουσαν όταν έλειπε και πολλές φορές καταφεύγανε και για βοήθεια όταν είχαν ανάγκη, είτε μαθησιακά, είτε συναισθηματικά. Τα οφέλη της ομαλής ένταξης και θετικής αλληλεπίδρασης των παιδιών με ΔΑΦ και των συμμαθητών τους συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που βρέθηκε (Monahan et al., 2010; Anderson et al., 2007).

Η υποστήριξη από την οικογένεια είναι ξεκάθαρα από τους πιο σημαντικούς προστατευτικούς παράγοντες. Πιθανότατα να αποτελούσε τον τελευταίο παράγοντα προστασίας στη συγκεκριμένη έρευνα καθώς οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε εκπαιδευτικούς, οι οποίοι σχολίασαν και αναφέρθηκαν περισσότερο σε ό,τι αφορά το σχολικό πλαίσιο. Οι

οικογένειες που προσέφεραν την πλήρη υποστήριξη στο παιδί τους μέσω της αποδοχής, της αγάπης του και της προσπάθειας για συμμετοχή σε κάθε δυνατή θεραπευτική παρέμβαση βοηθούσαν το παιδί να εξελιχθεί και να αναπτυχθεί. Συμπερασματικά, η οικογένεια των παιδιών με ΔΑΦ επηρεάζει την εξέλιξή τους σε μεγάλο βαθμό, ανάλογα με τον τρόπο ανατροφής και υποστήριξης που επιλέγουν. Είναι ένα εύρημα που συμφωνεί πλήρως με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει πως η θετική ανατροφή επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε όλους τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού με ΔΑΦ (Crowell et. al., 2019; Onyishi & Sefotho, 2019; Harker et al. 2016; Ostfeld-Etzion et. al, 2015; Μαυροπούλου, 2011).

Τα αδέρφια τυπικής ανάπτυξης, είχαν έναν παρόμοιο ρόλο με τους γονείς, σε μερικές περιπτώσεις έπαιρναν και τον ρόλο γονέα ή ακόμη και της ΠΣ και γινόντουσαν στήριγμα για τα αδέρφια τους σε κάθε τι που χρειαζόταν. Η συναναστροφή μαζί τους βοήθησε τα παιδιά με ΔΑΦ να αντιγράψουν και να μιμηθούν διάφορες κοινωνικές συμπεριφορές. Τα παιδιά που έχουν τέτοια στήριξη από τους γονείς και τα αδέρφια στις δύσκολες στιγμές τους, είναι σαν να έχουν μια ασπίδα προστασίας ενάντια στην απειλή. Η σχέση των παιδιών με ΔΑΦ και των αδερφών τους, είτε τυπικής, είτε ΔΑΦ έχει ερευνηθεί ελάχιστα και αυτό από την αρνητική πλευρά. Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον μια περεταίρω έρευνα όσον αφορά τη σχέση τους και την επιρροή της ΨΑ από αυτή. Οι Wright & Benigno (2019) και οι McHale et. al (2016) ήταν από τους λίγους που αναφέρθηκαν στη θετική επιρροή μιας καλής σχέσης μεταξύ αδερφών τυπικής ανάπτυξης και ΔΑΦ στην ψυχολογία και συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦ.

5.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΑΦ

Η έρευνα έκανε φανερό πως τα παιδιά με ΔΑΦ χρησιμοποιούν πληθώρα στρατηγικών αντιμετώπισης, όταν βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις. Τα παιδιά φάνηκε πως εξωτερικεύουν το άγχος τους και τα συναισθήματά τους με παρόμοιο τρόπο όπως τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η εξωτερίκευση συναισθημάτων γινόταν είτε με τη μορφή κλάματος, είτε δυνατής φωνής. Η ένταση χρειάζεται μια διέξοδο και το παιδί φροντίζει για αυτό με τον τρόπο που θεωρεί ότι το βολεύει. Το κλάμα δούλεψε, σε πολλές περιπτώσεις, ως αποφόρτιση αρνητικών συναισθημάτων και στη συνέχεια συνδυαζόταν συνήθως με υποστήριξη από την ΠΣ. Έρευνες πάνω σε παιδιά παρόμοιας ηλικίας αλλά τυπικής ανάπτυξης επιβεβαίωσαν το ίδιο αποτέλεσμα, αφού έδειξαν πως το κλάμα αποτελεί συμπεριφορική στρατηγική αντιμετώπισης δύσκολων και πιεστικών καταστάσεων (Altshuler & Ruble, 1989). Ως χαρακτηριστικά του αυτισμού, διέφευγαν αρκετές φορές και στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους μέσω της ηχολαλίας και των στερεοτυπικών κινήσεων, ώστε να μπορέσουν να ηρεμήσουν και στη συνέχεια να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή

βιβλιογραφία που αναφέρει ότι όταν ένα παιδί με ΔΑΦ αισθάνεται άγχος, αγωνία και αναστάτωση και δεν ξέρει πως να το διαχειριστεί εμφανίζει στερεοτυπικές κινήσεις (Wing, 1996) και ηχολαλία (Prizant & Duchan, 1981). Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως αυτός ο τρόπος εξωτερίκευσης συναισθημάτων και έντασης είναι μοναδικός για τα παιδιά με ΔΑΦ.

Το παιδιά με ΔΑΦ επέλεξαν σε αρκετές περιπτώσεις, στρατηγικές που τα βοηθάνε να ξεχαστούν και να χαλαρώσουν όπως η ζωγραφική, το τρέξιμο, μια συζήτηση για κάτι που τους αρέσει ή απλά για να σκεφτούν κάτι διαφορετικό και πιο χαρούμενο. Η αποφυγή αντιμετώπισης της κατάστασης άμεσα φάνηκε πως είχε αποτέλεσμα και έδινε χρόνο στα παιδιά να ηρεμήσουν και να μπορέσουν να διαχειριστούν τις αντιδράσεις τους. Σε κάποιες φάσεις, ωστόσο, τα παιδιά που δεν μπόρεσαν να ελέγξουν τον εαυτό τους επειδή δεν ήξεραν πως να διαχειριστούν την ένταση μέσα τους, εμφάνισαν επιθετική συμπεριφορά χτυπώντας τόσο τον εαυτό τους όσο και τους υπόλοιπους συμμαθητές ή ακόμη και τις εκπαιδευτικούς. Σε άλλες καταστάσεις, η μορφή επιθετικότητας ήταν λεκτική και περιλάμβανε άσχημο λεξιλόγιο.

Μια αρκετά ώριμη στρατηγική αντιμετώπισης που εντοπίστηκε είναι η αναζήτηση βοήθειας. Τα παιδιά με ΔΑΦ συνειδητοποιώντας τη δυσκολία τους να διαχειριστούν μια κατάσταση μόνα τους, απευθύνονταν, συνήθως, στις εκπαιδευτικούς ΠΣ ή στους εκπαιδευτικούς της τάξης για βοήθεια. Η Werner (2000) ανέφερε πως αυτό το είδος στρατηγικής αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός παιδιού με υψηλή ΨΑ.

Λιγότερο δημοφιλής επιλογή ήταν η απομόνωση. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον πως, αν και η απομόνωση είναι χαρακτηριστικό του αυτισμού, τα παιδιά σε αυτή την ηλικία δεν τη χρησιμοποιούσαν τόσο συχνά ως στρατηγική για να μπορέσουν να ηρεμήσουν. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε φάνηκε να προτιμάται με την παρουσία των εκπαιδευτικών ΠΣ.

5.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης των εκπαιδευτικών ΠΣ

Οι εκπαιδευτικοί ΠΣ χρησιμοποίησαν διάφορες μεθόδους με σκοπό να επαναφέρουν τα παιδιά σε κατάσταση ηρεμίας. Η κάθε εκπαιδευτικός ΠΣ, μετά από αρκετή παρατήρηση, μπορούσε να καταλάβει τι θα βοηθούσε το παιδί και τι θα το δυσκόλευε. Είναι εύκολα κατανοητό πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιλέγουν οι εκπαιδευτικοί ΠΣ εφαρμόζονται και προσαρμόζονται με μοναδικό τρόπο στο κάθε παιδί καθώς ισχύει η αρχή εξατομικευμένης παρέμβασης που ακολουθείται γενικότερα.

Διάφορες τεχνικές χαλάρωσης επιλέχθηκαν από τις εκπαιδευτικούς ΠΣ. Πολύ αποτελεσματική φάνηκε να αποτελεί η άμεση σωματική επαφή, είτε μέσω σταθερού αγγίγματος

στον ώμο ή στο χέρι, είτε και μέσω αγκαλιάς. Το εύρημα αυτό ήταν πολύ ενδιαφέρον, κυρίως αν σκεφτεί κανείς πως, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όπως αναφέρει και Wing (1988) η αποφυγή της σωματικής επαφής είναι κάτι που χαρακτηρίζει τα περισσότερα παιδιά με ΔΑΦ. Στις περισσότερες περιπτώσεις, στόχος ήταν τα παιδιά με ΔΑΦ να ξεχαστούν από την κατάσταση που τα αναστάτωσε με εναλλακτικές λύσεις απασχόλησης, όπως τη ζωγραφική ή οτιδήποτε τους κέντριζε το ενδιαφέρον γενικότερα ως δραστηριότητα αλλά και με πιο εξατομικευμένους τρόπους που ανακάλυψε η εκπαιδευτικός ΠΣ πως λειτουργούν, όπως η απεικόνιση του παιδιού μέσω πλαστικοποιημένων καρτών ή παιχνίδι ρόλων με αρκουδάκι.

Σημαντική διαπίστωση είναι η ανάγκη που είχαν τα παιδιά με ΔΑΦ να τα παρηγορήσουν και να τα καθησυχάσουν. Οι εκπαιδευτικοί ΠΣ παρατήρησαν πως τα παιδιά ήθελαν και αποζητούσαν την επιβεβαίωση πως όλα θα πάνε καλά, πως δεν έγινε κάτι τόσο σημαντικό και πως μπορούν να ηρεμήσουν. Το εύρημα αυτό πιθανότατα να μπορεί να εξηγηθεί λόγω της αδυναμίας των παιδιών με αυτισμό να κατανοήσουν συναισθήματά τους. Η σύγχυση που τους προκαλείται είναι μη διαχειρίσιμη και δεν γνωρίζουν αν μπορεί να ξεπεραστεί με αποτέλεσμα τα καθησυχαστικά λόγια των εκπαιδευτικών να αποτελούν πηγή παρηγοριάς και ηρεμίας. Κάτι που επίσης, επιβεβαιώνει την παραπάνω υπόθεση είναι και η ανάγκη τους για καθοδήγηση καθώς νιώθουν χαμένα και αποπροσανατολισμένα από την ένταση των συναισθημάτων τους εκείνη την ώρα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε και η αποτελεσματικότητα που φάνηκε να έχει η στρατηγική της συζήτησης. Οι εκπαιδευτικοί επέλεξαν, σε πολλές περιπτώσεις, τη συζήτηση ως τρόπο να διαχειριστούν τον πανικό των παιδιών. Η αδυναμία των παιδιών με ΔΑΦ να κατανοήσουν τις κοινωνικές καταστάσεις, αλληλεπιδράσεις αλλά και τα συναισθήματά τους παρακινούσε τις εκπαιδευτικούς να επεξηγήσουν, μέσω συζήτησης, το τι γινόταν εκείνη την ώρα, να ονοματίσουν το συναίσθημα και να βρουν τις πιθανές αιτίες και λύσεις. Αυτό βοηθούσε τα παιδιά να έχουν καλύτερη αντίληψη της κατάστασης και να μπορέσουν να ηρεμήσουν πιο εύκολα. Ο διάλογος, βέβαια, υπήρχε και με τη μορφή αποφυγής της κατάστασης και συζήτησης για άσχετα θέματα που ενδιαφέρουν το παιδί με σκοπό να ξεχαστεί.

Η στρατηγική της απομάκρυνσης επιλέχθηκε σε μικρότερο ποσοστό αλλά έγινε φανερό πως ήταν εξίσου αποτελεσματική με τις υπόλοιπες. Η απομάκρυνση του παιδιού με ΔΑΦ από την κατάσταση και το περιβάλλον της τάξης έδινε χρόνο στο παιδί να ηρεμήσει, να πάρει τον χρόνο του και να αποφορτιστεί. Συνήθως, γινόταν συνδυαστικά με τη στρατηγική της συζήτησης.

Κεφάλαιο έκτο: Περιορισμοί και προτάσεις

6.1 Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα έχει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους αναγνώστες. Ένας βασικός περιορισμός είναι ο αριθμός του δείγματος. Επίσης, υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια ως προς τον παράγοντα του φύλου τόσο των εκπαιδευτικών, που αποτελείται αποκλειστικά από γυναίκες, όσο και των παιδιών καθώς τα αγόρια υπερτερούν σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με τα κορίτσια. Βέβαια, το δεύτερο λόγω του επιπολασμού της ΔΑΦ ήταν αρκετά αναμενόμενο. Ένας, ακόμη, περιορισμός είναι το γεγονός ότι δεν υπήρξε αυτοαναφορά σε όλα τα σημεία της συνέντευξης αλλά περιγραφή τρίτου προσώπου για τα άτομα ενδιαφέροντος. Επίσης, η επιλογή της ποιοτικής έρευνας εμπερικλείει πάντα τον κίνδυνο της άθελης καθοδήγησης της σκέψης των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες μπορεί να επηρεάστηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

Επιπρόσθετα, οι βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούσαν τον πληθυσμό των παιδιών με ΔΑΦ και την ΨΑ ήταν πολύ λίγες με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθούν και βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούν γενικότερα τον πληθυσμό των παιδιών.

6.2 Προτάσεις

Η περαιτέρω έρευνα σχετικά με την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ είναι απαραίτητη καθώς αυτή τη στιγμή οι βιβλιογραφικές αναφορές, σε διεθνή επίπεδο, είναι απειροελάχιστες. Μόνο με την πλήρη και ολόπλευρη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ, είτε θετικά, είτε αρνητικά, θα μπορέσουν να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης για την ενίσχυση της ΨΑ. Δεν υπάρχουν έρευνες που έχουν παρουσιάσει ένα ολοκληρωμένο, από κάθε άποψη και πτυχή της ΨΑ, πρόγραμμα παρέμβασης σε παιδιά με ΔΑΦ. Υπάρχουν πολλές ελλείψεις σχετικά με την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, είτε θετικά, είτε αρνητικά. Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να προστεθούν και άλλες έρευνες στη σχετική διεθνή βιβλιογραφία και να αρχίσει να ερευνάται, φυσικά, και στην ελληνική κοινότητα.

Κάποια ενδιαφέροντα ερευνητικά ερωτήματα θα ήταν πώς τα αδέλφια τυπικής ανάπτυξης ή με ΔΑΦ επηρεάζουν την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ; Πώς η σχέση με την ΠΣ επηρεάζει την ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ; Κατά πόσο, ένα πρόγραμμα παρέμβασης στα ατομικά

χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη ΔΑΦ θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικό; Είναι πολλά τα ερωτηματικά που απομένουν να ερευνηθούν στον τομέα αυτό.

Μερικά άτομα, φαινομενικά, έχουν μια εγγενή προδιάθεση που συντελεί στην ανάπτυξη μιας καλύτερης ψυχικής ανθεκτικότητας, ισχύει το ίδιο και για τα παιδιά με αυτισμό; Η έρευνα έδειξε πως τα παιδιά με ΔΑΦ που έχουν πιο υποστηρικτικά περιβαλλοντικά πλαίσια και έχουν αναπτύξει και ενισχύσει κάποια ατομικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ΨΑ, αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τις δυσκολίες όταν προκύψουν. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει πως η ΨΑ των παιδιών με ΔΑΦ μπορεί να ενισχυθεί μέσω των σωστών προγραμμάτων μέχρι έναν βαθμό.. Πιθανότατα, η βελτίωση αυτής μπορεί να γίνει σε μεγάλο βαθμό με την απόκτηση νέων δεξιοτήτων και στρατηγικών αλλά και σίγουρα με την κατάλληλη περιβαλλοντική υποστήριξη. Μόνο με την συνεχή έρευνα και ενημέρωση θα μπορέσουμε να καταλάβουμε περαιτέρω την έννοια της ΨΑ, τον ρόλο στη ζωή των παιδιών με ΔΑΦ και τον πιο αποτελεσματικό τρόπο ενίσχυσης της.

Κεφάλαιο έβδομο: Βιβλιογραφία

Adams, D., Clark, M. and Keen, D. (2019). Using self-report to explore the relationship between anxiety and quality of life in children on the autism spectrum. *Autism Research*, 12(10), pp.1505–1515. doi:<https://doi.org/10.1002/aur.2155>.

Afrin, T. (2021). Resilience in daily routines for children with autism.<https://doi.org/10.34074/proc.2205014>AFRIN, T. RESILIENCE IN DAILY ROUTINES FOR CHILDREN WITH AUTISM. In *2021 ITP Research Symposium, 25 and 26 November*.

Altshuler, J., & Ruble, D. (1989). Developmental Changes in Children's Awareness of Strategies for Coping with Uncontrollable Stress. *Child Development*, 60(6), 1337-1349. doi:10.2307/1130925

Ambler, P. G., Eidels, A., & Gregory, C. (2015). Anxiety and aggression in adolescents with autism spectrum disorders attending mainstream schools. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 18, 97-109.<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.07.005>

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic And Statistical Manual Mental Disorders*. [online] American Psychiatric Association. Available at: <https://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. p.92. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anderson, D. K., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., Welch, K., & Pickles, A. (2007). Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 594–604. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.594>

Αντωνίου Α. Σ. και Δαλιανά Ν. (2017). Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ). *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 2016(1), σελ. 137–151. doi: 10.12681/edusc.836

APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington DC.

Αρβανιτίδου Κ. (2018). Οι στάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικής και ειδικής αγωγής σχετικά με την συνεκπαίδευση μαθητών με και χωρίς ειδικές ανάγκες στους κόλπους των γενικών σχολείων, *Ειδική αγωγή και αποκατάσταση*

Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2010). Surviving in the mainstream: Capacity of children with autism spectrum disorders to perform academically and regulate their emotions and behavior at school. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(1), 18-27.

<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.07.002>

Asperger, H. (1991). "'Autistic Psychopathy' in Childhood." In Autism and Asperger Syndrome, edited by U. Frith, 37-92. Cambridge: Cambridge University Press. (Original work published as "Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter" in Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117(1944), 76-136).

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson, C., Rosenberg, T., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L. C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder among Children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>.

Baron, M. G., Groden, J., Groden, G., & Lipsitt, L. P. (2006). *Stress and coping in autism*. New York: Oxford University Press.

Bauminger, N., Solomon, M. & Rogers, S.J. Predicting Friendship Quality in Autism Spectrum Disorders and Typical Development. *J Autism Dev Disord* 40, 751–761 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0928-8>

Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*. 2015 Feb;45(3):601-13. doi: 10.1017/S003329171400172X. Epub 2014 Aug 11. PMID: 25108395.

Benard, B. (1993). *Fostering resiliency in kids*. Educational leadership, 51, 44-48.

Bishop-Fitzpatrick, L., Minshew, N.J., Mazefsky, C.A. *et al*. Perception of Life as Stressful, Not Biological Response to Stress, is Associated with Greater Social Disability in Adults with Autism

Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* **47**, 1–16 (2017).

<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2910-6>

Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 716-725. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.03.008>

Boyd, B.A., Conroy, M.A., Mancil, G.R. *et al.* (2007). Effects of Circumscribed Interests on the Social Behaviors of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* **37**, 1550–1561. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0286-8>

Boyd, J., & Eckert, P. (2002). Creating resilient educators: A global learning communities manual. Tasmania: Global Learning Communities. Ανακτήθηκε από:
<http://julieboyd.com.au/wp-content/uploads/Creating-Resilient-Educators-FINAL-V1-Nov.pdf>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101

Brock, M. E., Dynia, J. M., Dueker, S. A., & Barczak, M. A. (2020). Teacher-Reported Priorities and Practices for Students With Autism: Characterizing the Research-to-Practice Gap. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 35(2), 67-78. <https://doi.org/10.1177/1088357619881217>

Brooks, R. B., (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545–553.

Cabaj JL, McDonald SW, Tough SC. Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatr*. 2014 Jul 1;14:166. doi: 10.1186/1471-2431-14-166.

Calder, L., Hill, V., & Pellicano, E. (2013). ‘Sometimes I want to play by myself’: Understanding what friendship means to children with autism in mainstream primary schools. *Autism*, 17(3), 296-316. <https://doi.org/10.1177/1362361312467866>

Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013>

Cappadocia, M.C., Weiss, J.A. & Pepler, D. Bullying Experiences Among Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* **42**, 266–277 (2012).

<https://doi.org/10.1007/s10803-011-1241-x>

Chalfant, A.M., Rapee, R. & Carroll, L. Treating Anxiety Disorders in Children with High Functioning Autism Spectrum Disorders: A Controlled Trial. *J Autism Dev Disord* **37**, 1842–1857 (2007). <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0318-4>

Chan, A. S., Han, Y. M., Leung, W. W., Leung, C., Wong, V. C., & Cheung, M. (2011). Abnormalities in the anterior cingulate cortex associated with attentional and inhibitory control deficits: A neurophysiological study on children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), σσ. 254-266.

Christine K. Syriopoulou-Delli, Ioannis Agaliotis & Elpis Papaefstathiou (2018) Social skills characteristics of students with autism spectrum disorder, *International Journal of Developmental Disabilities*, 64:1, 35-44, DOI: 10.1080/20473869.2016.1219101

Cohmer, Sean, "[Early Infantile Autism and the Refrigerator Mother Theory \(1943-1970\)](#)". Embryo Project Encyclopedia (2014-08-19). ISSN: 1940-5030 <https://hdl.handle.net/10776/8149>

Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban education*, 41, 211-236

Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>

Δανηλίδου, Α. (2018). Η διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ελλήνων εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας γενικής και ειδικής εκπαίδευσης: παράγοντες προστασίας και κινδύνου και στρατηγικές ενίσχυσης στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας).

Dardiotis E, Siokas V, Moza S, et al. Pesticide exposure and cognitive function: Results from the Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAD). *Environ Res*. Oct 2019;177:108632. doi:10.1016/j.envres.2019.108632

De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2013). Siblings and disability: A study on social attitudes toward disabled brothers and sisters. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 93, 1217-1223. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.018>

DeFilippis M. Depression in Children and Adolescents with Autism Spectrum

Disorder. *Children*. 2018; 5(9):112. <https://doi.org/10.3390/children5090112>

Durkin, M. S., Maenner, M. J., Newschaffer, C. J., Lee, L. C., Cunniff, C. M., Daniels, J. L., ... & Schieve, L. A. (2008). Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American journal of epidemiology*, 168(11), 1268-1276., <https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>

Eugen Bleuler (1911). *Die Psychanalyse Freuds : Verteidigung und kritische Bemerkungen*. Leipzig ; Wien: Franz Deuticke.

Feinstein, A. (2011). *A history of autism conversations with the pioneers*. Chichester Wiley-Blackwell.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., & Williamson, D. F. (1998). Adverse childhood experiences and health outcomes in adults: The Ace study. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 90(3), 31.

Fischbach, G. D. SIMONS Foundation, (2007). Leo Kanner's 1943 paper on autism

Frith, U. (1989). A new look at language and communication in autism. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 24(2), 123-150. <https://doi.org/10.3109/13682828909011952>

Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. Jossey-Bass Inc., Publishers, 350 Sansome Street, Fifth Floor, San Francisco, CA 94104-1342.

Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009 Jul;195(1):7-14. doi: 10.1192/bjp.bp.108.051672. PMID: 19567888; PMCID: PMC3712619.

Garnezy, N. (1974). The study of competence in children for severe psychopathology. In E.J Anthony & Koupornik (Eds), *The child in his family : Children at psychiatric risk: III*. 547. New York: Wiley.

Gaugler, T., Klei, L., Sanders, S.J., Bodea, C.A., Goldberg, A.P., Lee, A.B., Mahajan, M., Manaa, D., Pawitan, Y., Reichert, J., Ripke, S., Sandin, S., Sklar, P., Svantesson, O., Reichenberg, A., Hultman, C.M., Devlin, B., Roeder, K. and Buxbaum, J.D. (2014). Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, 46(8), pp.881–885. doi:<https://doi.org/10.1038/ng.3039>

Γκονέλα, Χ.Ε. (2008). *ΑΥΤΙΣΜΟΣ - ΑΙΝΙΓΜΑ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ*. ΟΔΥΣΣΕΑΣ, p.256.

Gotham, K., Bishop, S. L., Brunwasser, S., & Lord, C. (2014). Rumination and perceived impairment associated with depressive symptoms in a verbal adolescent–adult ASD sample. *Autism Research*, 7(3), 381–391.

Green, J., Gilchrist, A., Burton, D. *et al.* Social and Psychiatric Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome Compared with Conduct Disorder. *J Autism Dev Disord* **30**, 279–293 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1005523232106>

Greenlee, J. L., Lorang, E., Olson, R. H., Rodriquez, G., Yoon, D. M., & Hartley, S. (2024). Comparative analysis of electrodermal activity metrics and their association with child behavior in autism spectrum disorder. *DevelopmentalPsychobiology*, 66(2), e22461. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102371>

Greig, A., & MacKay, T. (2005). Asperger's syndrome and cognitive behaviour therapy: New applications for educational psychologists. *Educational and Child Psychology*, 22(4), 4.

Hallett, V., Lecavalier, L., Sukhodolsky, D.G. *et al.* Exploring the Manifestations of Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* **43**, 2341–2352 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1775-1>

Happe, F. (2003). *Autism an Introduction to Psychological Theory*. Gutenberg, p.275.

Harker, C.M., Ibañez, L.V., Nguyen, T.P. *et al.* The Effect of Parenting Style on Social Smiling in Infants at High and Low Risk for ASD. *J Autism Dev Disord* **46**, 2399–2407 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2772-y>

Hauser, S. T., Vieyra, M. A., Jacobson, A. M., & Wertreib, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescence: Views from the family. *Journal of Early Adolescence*, 5, 81-10

Preben Bo Mortensen, Risk Factors for Autism: Perinatal Factors, Parental Psychiatric History, and Socioeconomic Status, *American Journal of Epidemiology*, Volume 161, Issue 10, 15 May 2005, Pages 916–925

Helps, Sarah. ‘Systemic Psychotherapy with Families Where Someone Has an Autism Spectrum Condition’. 1 Jan. 2016 : 223 – 230.DOI:10.3233/NRE-161314

Hill EL. Executive dysfunction in autism. *Trends Cogn Sci.* 2004 Jan;8(1):26-32. doi: 10.1016/j.tics.2003.11.003.

Hyman, S.L., Levy, S.E. & Myers, S.M. (2020). Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145(1). doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>.

Jacob, G., van den Heuvel, M., Jama, N., Moore, A. M., Ford-Jones, L., & Wong, P. D. (2019). Adverse childhood experiences: Basics for the paediatrician. *Paediatrics & Child Health*, 24(1), 30-37.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Π. (2006). Ο αυτισμός ως νευροψυχιατρική διαταραχή. *Ψυχιατρική*, 17(1), 27-34.

Kanner, Leo. "Autistic Disturbances of Affective Contact." *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child* 2 (1943): 217–50.

Καραπέτσας Α. (2015). Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου. Εργαστήριο Νευροψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.

Kerns, C.M., Kendall, P.C., Berry, L. *et al.* Traditional and Atypical Presentations of Anxiety in Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* **44**, 2851–2861 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>

Khan, N.Z., Gallo, L.A., Arghir, A., Budisteanu, B., Budisteanu, M., Dobrescu, I., Donald, K., El-Tabari, S., Hoogenhout, M., Kalambayi, F., Kawa, R., Espinoza, I.L., Lowenthal, R., Malcolm-Smith, S., Montiel-Nava, C., Odeh, J., Paula, C.S., Rad, F., Tarpan, A.K. and Thomas, K.G.F. (2012). Autism and the Grand Challenges in Global Mental Health. *Autism Research*, 5(3). doi:<https://doi.org/10.1002/aur.1239>.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4(2), 117–132. <https://doi.org/10.1177/1362361300004002002>

Κοντοπούλου, Μ. (2007). Παιδί και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες: μια ψυχοδυναμική οπτική. Αθήνα: Gutenberg.

Koster, M., Pijl, S. J., Nakken, H., & Van Houten, E. (2010). Social Participation of Students with Special Needs in Regular Primary Education in the Netherlands. *International Journal of*

Disability, Development and Education, 57(1), 59–75.

<https://doi.org/10.1080/10349120903537905>

Kumpfer, K.L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. In: Glantz, M.D., & Johnson, J.L., (Eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, 179-224. New York: Kluwer.

Lai, W.W. and Oei, T.P.S. (2014). Coping in Parents and Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): a Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(3). doi:<https://doi.org/10.1007/s40489-014-0021-x>.

Λακιώτη, Α. (2011), Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στο: Σταλίκας, Α., & Μυτσκίδου, Π. (eds) *Εισαγωγή στη Θετική*, 117-139. Αθήνα: Τόπος.

Larsson, H. J., Eaton, W. W., Madsen, K. M., Vestergaard, M., Olesen, A. V., Agerbo, E., Schendel D., Thorsen P., & Mortensen, P. B. (2005). Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American journal of epidemiology*, 161(10), 916-925., <https://doi.org/10.1093/aje/kwi123>

Lennard-Brown, S. (2004) *Autism*. Savvalas, Athens.

Leyfer, O.T., Folstein, S.E., Bacalman, S. *et al.* Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *J Autism Dev Disord* **36**, 849–861 (2006). <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0>

Lopata, C., Rodgers, J.D., Donnelly, J.P. *et al.* Psychometric Properties of the Adapted Skillstreaming Checklist for High-functioning Children with ASD. *J Autism Dev Disord* **47**, 2723–2732 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3189-y>

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G. and Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism Spectrum Disorder. *The Lancet*, 392(10146). doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31129-2).

Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71, 543-562.

Lydon S, Healy O, Reed P, Mulhern T, Hughes BM, Goodwin MS. A systematic review of physiological reactivity to stimuli in autism. *Dev Neurorehabil*. 2016 Dec;19(6):335-355. doi: 10.3109/17518423.2014.971975. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25356589.

Μανιφάβα , A. and Κελέση, Μ. (2015). Αναπτυξιακές Διαταραχές Παιδιών Με αυτισμό. Παρεμβάσεις Της Ομάδας Των Επαγγελματιών Υγείας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 14(3)

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56, 227-238

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 53, 205.

Masten, A. S., & Powell, L. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy. In: Luthar, S. S. (ed), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 1-28. Cambridge University Press

Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In: Snyder, . R., Lopez, S. J. (eds), *Handbook of positive psychology*, 74-88. Oxford university press. Retrieved from: [Handbook_of_Positive_Psychology.pdf](#)

Masten, A. S., & Wright, M. O. D. (2010). Resilience over the Lifespan. In: Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S. (eds), *Handbook of Adult Resilience*, 213- 237. THE GUILFORD PRESS: New York, London

Masten, A., & Obradovic, J. (2008). Disaster Preparation and Recovery: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Ecology and Society*, 13(1). Retrieved May 15, 2020, from www.jstor.org/stable/26267914

Masten, Ann S. “Resilience in Developing Systems: Progress and Promise as the Fourth Wave Rises.” *Development and Psychopathology*, vol. 19, no. 3, June 2007,<https://doi.org/10.1017/s0954579407000442>.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., & Mayes, R. D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 151-158.DOI:[10.1016/j.rasd.2012.08.002](https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.08.002)

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Mayes, R. D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.009>

McHale, S.M., Updegraff, K.A. & Feinberg, M.E. Siblings of Youth with Autism Spectrum Disorders: Theoretical Perspectives on Sibling Relationships and Individual Adjustment. *J Autism Dev Disord* 46, 589–602 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2611-6>

Minke, K. M., Sheridan, S. M., Kim, E. M., Ryoo, J. H., & Koziol, N. A. (2014). Congruence in parent-teacher relationships: The role of shared perceptions. *The elementary school journal*, 114(4), 527-546. <https://doi.org/10.1086/675637>

Monahan, K. C., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2010). Predictors and consequences of school connectedness: The case for prevention. *The Prevention Researcher*, 17(3), 3-7.

Moskowitz, A. and Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): a Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, [online] 37(3). doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>.

Mottron, L. and Bzdok, D. (2020). Autism spectrum heterogeneity: Fact or artifact? *Molecular Psychiatry*, 25(12). doi: <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0748-y>.

Newschaffer, C.J., Croen, L.A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J.K., Levy, S.E., Mandell, D.S., Miller, L.A., Pinto-Martin, J., Reaven, J., Reynolds, A.M., Rice, C.E., Schendel, D. and Windham, G.C. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, [online] 28(1), pp.235–58. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007>.

Νότας, Σ. (2005). *Το φάσμα του αυτισμού, διάχυντες αναπτυξιακές διαταραχές*. ΛΑΠΙΣΑ: 'Ελλα'

O'Roak, B., Deriziotis, P., Lee, C. et al. Exome sequencing in sporadic autism spectrum disorders identifies severe de novo mutations. *Nat Genet* 43, 585–589 (2011). <https://doi.org/10.1038/ng.835>

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence* 26, 1-11.

Onyishi, C. N., & Sefotho, M. M. (2019). Family roles in developing resilience skills in school children with autism spectrum disorders. *Global Journal of Health Science*, 11(14), 81. DOI: [10.5539/gjhs.v11n14p81](https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n14p81)

Ostfeld-Etzion, S., Golan, O., Hirschler-Guttenberg, Y. *et al.* Neuroendocrine and behavioral response to social rupture and repair in preschoolers with autism spectrum disorders interacting with mother and father. *Molecular Autism* 6, 11 (2015).
<https://doi.org/10.1186/s13229-015-0007-2>

Παπακωνσταντινοπούλου, Α. (2018). Η ψυχική ανθεκτικότητα παιδιών σχολικής ηλικίας και η διαφοροποίησή τους ως προς τον παράγοντα μαθησιακές δυσκολίες (Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ελλάδα)

Parner ET, Baron-Cohen S, Lauritsen MB, Jørgensen M, Schieve LA, Yeargin-Allsopp M, Obel C. Parental age and autism spectrum disorders. *Ann Epidemiol*. 2012 Mar;22(3):143-50. doi: 10.1016/j.annepidem.2011.12.006. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22277122; PMCID: PMC4562461.

Prizant, B. M., & Wetherby, A. M. (2005). Critical Issues in Enhancing Communication Abilities for Persons with Autism Spectrum Disorders. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Assessment, interventions, and policy* (3rd ed., pp. 925–945). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9780470939352.ch10>

Prizant, B.M. & Duchan, J.F. (1981). The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(3), pp.241–249.
doi:<https://doi.org/10.1044/jshd.4603.241>.

Pugsley K, Scherer SW, Bellgrove MA, Hawi Z. Environmental exposures associated with elevated risk for autism spectrum disorder may augment the burden of deleterious de novo mutations among probands. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan;27(1):710-730. doi: 10.1038/s41380-021-01142-w. Epub 2021 May 17. PMID: 34002022; PMCID: PMC8960415.

Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling and Development*, 74, 368-373.

Reivich, K., & Shatte, A. (2002). The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York, NY: Broadway Books

Rigles, B. The Relationship Between Adverse Childhood Events, Resiliency and Health Among Children with Autism. *J Autism Dev Disord* **47**, 187–202 (2017).

<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2905-3>

Riley, J. R., & Masten, A. S. (2005). Resilience in context. In *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy* (pp. 13-25). Boston, MA: Springer US.

Rosen, N. J., Yoshida, C. K., & Croen, L. A. (2007). *Infection in the First 2 Years of Life and Autism Spectrum Disorders. PEDIATRICS*, *119*(1), e61–e69. doi:10.1542/peds.2006-1788

Rosen, N.E., Lord, C. and Volkmar, F.R. (2021). The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, [online] 51(12). doi:<https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>.

Russell E, Sofronoff K, Russell E, Sofronoff K. Anxiety and Social Worries in Children with Asperger Syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(7):633-638. doi:[10.1080/j.1440-1614.2005.01637.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01637.x)

Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 316-331.

Rutter, M. (1990). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 181-214). New York:

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, *24*, 335-344. doi:10.1017/S0954579412000028

Ryan, N.M. (1989). Stress coping strategies identified from school age children's perspective. *Research in Nursing and Health*, *12*, 111-122.

Schiltz, H. K., McVey, A. J., Barrington, A., Haendel, A. D., Dolan, B. K., Willar, K. S., ... & Van Hecke, A. V. (2018). Behavioral inhibition and activation as a modifier process in autism spectrum disorder: Examination of self-reported BIS/BAS and alpha EEG asymmetry. *Autism research*, *11*(12), 1653-1666. <https://doi.org/10.1002/aur.2016>

Schneider, Mallory MS; VanOrmer, Jessica MA; Zlomke, Kimberly PhD, BCBA-D. Adverse Childhood Experiences and Family Resilience Among Children with Autism Spectrum Disorder

and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 40(8):p 573-580, October/November 2019.

Schofield, K. (2017). The Metal Neurotoxins: An Important Role in Current Human Neural Epidemics? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph14121511>.

Σερετόπουλος, Κ., Λάμνισος, Δ., Γιαννακού, Κ. (2020). Η επιδημιολογία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(2).

Shaffner, C. B., & Buswell, B. E. (2004). What do we really know about inclusive schools? A systematic review of the research evidence. *Mitchell, D.[ed.] Special educational needs and inclusive education: Major themes in education*, 2, 295-313.

Shastri P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian journal of psychiatry*, 55, 224–234.

Shochet, I. M., & Smith, C. L. (2012). Enhancing school connectedness to prevent violence and promote well-being. In *Handbook of School Violence and School Safety* (pp. 475-486). Routledge.<https://eprints.qut.edu.au/48506/22/48506.pdf>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, ... Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, **129**, e232–e246.

Siegel, B., Pliner, C., Eschler, J. and Elliott, G.R. (1988). How children with autism are diagnosed: difficulties in identification of children with multiple developmental delays. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, [online] 9(4). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2464003/> [Accessed 6 Jan. 2023].

Siller, M., & Sigman, M. (2008). Modeling longitudinal change in the language abilities of children with autism: Parent behaviors and child characteristics as predictors of change. *Developmental Psychology*, 44(6), 1691–1704. <https://doi.org/10.1037/a0013771>

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. and Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), pp.921–929.

I.Siokas V, Aloizou AM, Tsouris Z, Michalopoulou A, Mentis AA, Dardiotis E. Risk Factor Genes in Patients with Dystonia: A Comprehensive Review. *Tremor Other Hyperkinet Mov* (N Y). 2018;8:559. doi:10.7916/D8H438GS

Smith D., D., & Tyler N., C., (2019). Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση: Φέρνοντας την Αλλαγή, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Σούλης, Σ. Π. (2008). Ένα σχολείο για όλους. Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική της ένταξης. (Τόμος Β'). Αθήνα: Gutenberg

Stavropoulos, K. K.-M. (2017). Using neuroscience as an outcome measure for behavioral interventions in Autism spectrum disorders (ASD): A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 62–73. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.01.001>

Sturmey, P., & Sevin, J. A. (1994). Defining and assessing autism. *Autism in children and adults: Etiology, assessment, and intervention*, 13-36.

Tager-Flusberg, H. (2000). Language and understanding minds: Connections in autism. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (2nd ed., pp. 124–149). Oxford University Press.

Tantam, D. (2000). Adolescence and adulthood of individuals with Asperger syndrome *Asperger syndrome*, 367-399.

<http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/76260/1/25.pdf#page=374>

Thomaidis, L., Mavroeidi, N., Richardson, C., Choleva, A., Damianos, G., Bolias, K. and Tsolia, M. (2020). Autism Spectrum Disorders in Greece: Nationwide Prevalence in 10–11 Year-Old Children and Regional Disparities. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), p.2163. doi:<https://doi.org/10.3390/jcm9072163>.

Valle, D. (2016). Managing Anxiety in Autism: Adolescent Students with High-functioning Autism Through the use of Cognitive Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Dialectical Behavior Therapy. https://csusm-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/181763/ValleDarcy_Fall2016.PDF?sequence=3

van Steensel, F.J.A., Bögels, S.M. & Perrin, S. Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* **14**, 302–317

(2011). <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>

Volkmar, F.R., Klin, A. and Pauls, D. (1998). Nosological and Genetic Aspects of Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(5).

Warren, A., Buckingham, K., & Parsons, S. (2021). Everyday experiences of inclusion in Primary resourced provision: the voices of autistic pupils and their teachers. *European journal of special needs education*, 36(5), 803-818. DOI: 10.1080/08856257.2020.1823166

Waterhouse, L., Wing, L., Spitzer, R. and Siegel, B. (1993). Diagnosis by DSM-III-R versus ICD-10 criteria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(3).

White, S.W., Roberson-Nay, R. Anxiety, Social Deficits, and Loneliness in Youth with Autism Spectrum Disorders. *J AutismDevDisord* 39, 1006–1013 (2009).

<https://doi.org/10.1007/s10803-009-0713-8>

Wilkinson, L.A. (2017). *A best practice guide to assessment and intervention for autism spectrum disorder in schools*. London ; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Wing, L. (1988). The Continuum of Autistic Characteristics. In: Schopler, E., Mesibov, G.B. (eds) *Diagnosis and Assessment in Autism. Current Issues in Autism*. Springer, Boston, MA.

https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0792-9_7

Wing, L. (1990). What is autism?. In: Ellis, K. (eds) *Autism. Therapy in Practice Series*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-6924-8_1

Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals*. London: Constable

Wing, L. and Shah, A. (2000). Catatonia in autistic spectrum disorders. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), pp.357–362. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.357>

Wright, B. M., & Benigno, J. P. (2019). Autism spectrum disorder and sibling relationships: Exploring implications for intervention using a family systems framework. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(2), 759-767. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0088

Wright, M. O. D., & Masten, A.S. (2005). Resilience Processes in Development. In: Goldstein S., & Brooks, R.B. (eds), *Handbook of Resilience in Children*, 17-37. Springer, Boston, MA.

Wright, M. O. D., Masten, A.S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. In: Goldstein S., & Brooks, R.B. (eds), *Handbook of Resilience in Children*, 15-37. Springer, Boston, MA

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. and Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), pp.778–790. doi:<https://doi.org/10.1002/aur.2696>.