



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ:

ΣΧΕΣΕΙΣ ΦΙΛΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ

Άρτεμις Παπαδοπούλου (1129)

Ελισάβετ Παπαδοπούλου (1092)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Βασιλική Σιαφάκα

Ιωάννινα, Φεβρουάριος, Ακαδημαϊκό έτος 2024-2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ:

ΣΧΕΣΕΙΣ ΦΙΛΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ

Άρτεμις Παπαδοπούλου (1129)

Ελισάβετ Παπαδοπούλου (1092)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Βασιλική Σιαφάκα

Ιωάννινα, Φεβρουάριος, Ακαδημαϊκό έτος 2024-2025

AUTISM SPECTRUM DISORDER:
FRIENDSHIP RELATIONS & CULTURAL DIVERSIFICATION

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Οι δηλούσες

Παπαδοπούλου Άρτεμις

(Υπογραφή)

Παπαδοπούλου Ελισάβετ

(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα επιθυμούσαμε αμφότερες να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Πρωτίστως, οφείλουμε ευχαριστώ στη Σχολή και στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κα Βασιλική Σιαφάκα, για την εμπειριστατωμένη καθοδήγηση και τις χρήσιμες συμβουλές της. Επιπρόσθετα, ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την αδιάκοπη προσωπική υποστήριξη, την κατανόηση και την ενθάρρυνση που μας προσέφεραν σε κάθε βήμα αυτής της πορείας. Εν τέλει, ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνουμε η μία στην άλλη για την αμέριστη ακαδημαϊκή και τεχνική συμβολή, καθώς και για την υπευθυνότητα και το ήθος που επεδείχθη σε κάθε στάδιο της συνεργασίας μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αρχικά μια επιστημονική ιστορική αναδρομή του αυτισμού, προσεγγίζεται η κλινική εικόνα της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) περιλαμβάνοντας τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής και παρουσιάζονται διεθνώς αναγνωρισμένα ανιχνευτικά και διαγνωστικά εργαλεία. Ακόμα, παρατίθενται ορισμένοι από τους αιτιοπαθογενετικούς και τους παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για τη ΔΑΦ, γίνεται αναφορά στη συχνή συννοσηρότητα του αυτισμού με ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ προβάλλονται, επίσης, διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι τρεις κυρίαρχες γνωστικές θεωρίες, οι οποίες προσεγγίζουν ερμηνευτικά τα χαρακτηριστικά σε όλο το εύρος του φάσματος του αυτισμού, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις κοινωνικές και πραγματολογικές δυσκολίες που συνδέονται με αυτές. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της συναισθηματικής ρύθμισης, το πώς πυρηνικές τάσεις του αυτισμού συσχετίζονται με την ελλειμματική ή διαταραγμένη ρύθμιση των συναισθημάτων, αλλά και το πώς η φτωχή συναισθηματική ρύθμιση αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται δεδομένα σχετικά με τις αντιλήψεις και τους παράγοντες παρεμπόδισης για τη σύναψη και τη διατήρηση φιλικών σχέσεων σε άτομα με ΔΑΦ, ξεκινώντας από την παιδική και εφηβική ηλικία έως την ενήλικη ζωή. Συγχρόνως, διερευνάται η φύση της φιλίας ανάμεσα στα δύο φύλα. Το τελευταίο μέρος του κεφαλαίου πραγματεύεται το φαινόμενο της βίωσης περιστατικών εκφοβισμού και θυματοποίησης ατόμων που ανήκουν στο φάσμα. Στο πέμπτο κεφάλαιο ορίζονται οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας υπό το πρίσμα των πολιτισμικών διαφορών και παρατίθενται παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση, την αναγνώριση, την ερμηνεία και την αναφορά των συμπτωμάτων της ΔΑΦ. Τέλος, θίγεται το ζήτημα του στίγματος που βιώνεται τόσο από τα ίδια τα άτομα, όσο και από τους φροντιστές τους.

ABSTRACT

In the first chapter, an initial scientific historical overview of autism is provided, followed by a discussion of the clinical presentation of Autism Spectrum Disorder (ASD), including its diagnostic criteria. Internationally recognized screening and diagnostic tools are also listed. Additionally, certain etiopathogenetic factors and risk factors implicated in ASD are discussed, along with a reference to the frequent comorbidity of autism with psychiatric disorders, as well as various epidemiological data. The second chapter outlines the three dominant cognitive theories that interpret the characteristics across the entire autism spectrum, with particular emphasis on the social and pragmatic difficulties associated with these theories. The third chapter addresses the concept of emotional regulation, exploring how core tendencies of autism are related to deficient or disrupted emotional regulation and how poor emotional regulation increases the risk of developing psychopathological conditions. The fourth chapter offers data regarding the perceptions and obstructive factors in forming and maintaining friendships among individuals with ASD, spanning from childhood and adolescence to adulthood. It also explores the nature of friendship between the sexes. The final section of the chapter examines the phenomenon of bullying and victimization experiences among individuals within the autism spectrum. In the fifth chapter, the concepts of health and illness are defined through the lens of cultural differences, and factors influencing the expression, recognition, interpretation, and reporting of ASD symptoms are presented. Finally, the issue of stigma is addressed, which is experienced both by individuals with ASD and their caregivers.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Αυτισμός, διάγνωση, αιτιοπαθογένεια, συννοσηρότητα, επιδημιολογία	10
1.1 Εισαγωγή	10
1.2 Ιστορική εξέλιξη - ταξινόμηση	10
1.3 Διάγνωση	14
1.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια	14
1.3.2 Ανιχνευτικά – διαγνωστικά εργαλεία	17
1.4 Αιτιοπαθογένεια και παράγοντες κινδύνου	23
1.4.1 Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες προ της κύησης	23
1.4.2 Προγεννητικοί (ενδομήτριοι), περιγεννητικοί & μεταγεννητικοί παράγοντες κινδύνου	24
1.5 Συννοσηρότητα	25
1.6 Επιδημιολογία	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οι γνωστικές θεωρίες του αυτισμού: Ερμηνεύοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ	29
2.1 Εισαγωγή	29
2.2 Η Θεωρία του Νου (Theory of Mind)	30
2.3 Η θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής (Weak Central Coherence)	33
2.4 Η υπόθεση της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας (Executive Dysfunction)	35
2.5 Κοινωνικές και πραγματολογικές δυσκολίες υπό την ερμηνεία των γνωστικών θεωριών και των ελλειμμάτων στην πραγματολογία	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διαταραχή στη ρύθμιση των συναισθημάτων στον αυτισμό	42
3.1 Εισαγωγή	42
3.2 Συναισθηματική ρύθμιση, συναισθηματικότητα και έκφραση των συναισθημάτων	42
3.3 Ορισμός – κλινική έκφραση της διαταραχής στη ρύθμιση των συναισθημάτων στις ΔΑΦ	46
3.4 Παράγοντες παρεμπόδισης της επιτυχούς συναισθηματικής ρύθμισης στις ΔΑΦ	48

3.5 Η συσχέτιση των δυσκολιών συναισθηματικής ρύθμισης με τα κύρια συμπτώματα της ΔΑΦ	53
3.6 Ψυχιατρική συννοσηρότητα.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Σχέσεις φιλίας και εκφοβισμός των ατόμων με ΔΑΦ	60
4.1 Εισαγωγή	60
4.2 Η φύση της φιλίας σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ	60
4.2.1 Η φιλία σε αγόρια παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ	64
4.2.2 Η φιλία σε κορίτσια παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ	66
4.3 Η φιλία σε ενήλικες με ΔΑΦ.....	70
4.4 Αξιολόγηση της φιλίας σε άτομα με ΔΑΦ	73
4.5 Στρατηγικές παρέμβασης για τη δημιουργία και διατήρηση των σχέσεων φιλίας σε άτομα με ΔΑΦ	80
4.6 Εκφοβισμός και θυματοποίηση των ατόμων με ΔΑΦ	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο αυτισμός υπό το πρίσμα των πολιτισμικών διαφορών	94
5.1 Εισαγωγή	94
5.2 Έκφραση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ	96
5.3 Αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ	97
5.4 Ερμηνεία των συμπτωμάτων της ΔΑΦ	100
5.5 Αναφορά των συμπτωμάτων της ΔΑΦ	102
5.6 Στιγματισμός	105
Βιβλιογραφία	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Αυτισμός, διάγνωση, αιτιοπαθογένεια, συννοσηρότητα, επιδημιολογία

1.1 Εισαγωγή

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από την παρουσία περιορισμένων ενδιαφερόντων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών (Hodges et al., 2020). Ενδεικτικά, τα άτομα με ΔΑΦ έρχονται συχνά αντιμέτωπα με επικοινωνιακές και κοινωνικές προκλήσεις στους τομείς της ομιλίας, των πραγματολογικών δεξιοτήτων, καθώς και της δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων. Όσον αφορά τα πρότυπα των ενδιαφερόντων και συμπεριφορών τους, μπορεί να παρατηρηθεί εστίαση σε ένα θέμα, όπως τα αυτοκίνητα ή μια τηλεοπτική εκπομπή, προσκόλληση σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή δραστηριότητα και αντίσταση σε αλλαγές της ρουτίνας. Ο αυτισμός είναι παρών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και μπορεί να αποδίδεται σε κληρονομικές, γενετικές, περιβαλλοντικές, νευροβιολογικές ή και άγνωστες αιτίες. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΔΑΦ ποικίλλει από ήπια έως σοβαρή και καθορίζεται από τον βαθμό έκπτωσης της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου. Αν και η ιατρική κοινότητα χρησιμοποιεί τον όρο «αυτισμός» για να αναφερθεί σε μια διαταραχή ή αναπηρία, πολλοί είναι υπέρμαχοι την έννοιας της νευροδιαφορετικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, υποστηρίζοντας ότι ο αυτισμός είναι μια διαφορά και όχι μια «αναπηρία». (ASHA, 2024).

1.2 Ιστορική εξέλιξη - ταξινόμηση

Σύμφωνα με το άρθρο των Sharma et al. (2018) η προέλευση του όρου «αυτισμός» έχει τις ρίζες της στην ελληνική λέξη «εαυτός». Ο όρος αυτός επινοήθηκε το 1908 από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, με σκοπό να περιγράψει ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι είχαν αποσυρθεί από την πραγματικότητα. Επαναπροσδιορισμός του όρου πραγματοποιήθηκε το 1943 από τον Leo Kanner, ο οποίος θεωρείτο και πατέρας της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, περιέγραψε 11 περιπτώσεις ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, τα οποία παρουσίαζαν χαρακτηριστικά γλωσσικών διαταραχών και κοινωνικής απομόνωσης. Εμφάνιζαν δυσκολία στην επικοινωνία, απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές δραστηριότητες

και επαναλαμβανόμενες – στερεότυπες συμπεριφορές (Kanner, 1943). Επιπρόσθετα, έκανε διάκριση μεταξύ της παιδικής σχιζοφρένειας και της ομάδας με συμπτώματα αυτισμού που είχε παρατηρήσει (Ousley & Cermak, 2014). Ομοίως το 1944, ο Αυστριακός παιδίατρος Hans Asperger εντόπισε παιδιά με κοινωνική απομόνωση, τα οποία όμως δεν εμφάνιζαν τις γλωσσικές ανωμαλίες που έως τότε συνόδευαν τα παιδιά με αυτισμό (Asperger, 1944). Το γεγονός αυτό οδήγησε στη διάγνωση μιας νέας διαταραχής παρόμοιας με τον αυτισμό, η οποία ονομάστηκε «Σύνδρομο Asperger» (Hippler & Klicpera, 2003; Sharma et al., 2018).

Ωστόσο, παρά τη δημοσίευση των ευρημάτων αυτών στην αρχή της δεκαετίας του 1940, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association, APA) δεν αναγνώρισαν αμέσως τον αυτισμό ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία. Η πρώτη αναφορά στον αυτισμό πραγματοποιήθηκε από τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών, Όγδοη Αναθεώρηση (International Classification of Diseases 8th Edition, ICD-8) το 1967, υπό τον όρο «Παιδικός Αυτισμός» στην ομάδα ατόμων με σχιζοφρένεια. Σε αντιδιαστολή, η δεύτερη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 2nd Edition, DSM-II) της APA, που δημοσιεύθηκε περίπου την ίδια εποχή, προσδιόριζε τη «Σχιζοφρένεια Παιδικού Τύπου» χωρίς καμία αναφορά στον αυτισμό. Το 1977, το ICD-9 προσδιόρισε τον «Παιδικό Αυτισμό», την «Αποδιοργανωτικού Τύπου Ψύχωση», και άλλες μη προσδιοριζόμενες διαταραχές στο πλαίσιο της ομάδας των παιδικών ψυχώσεων. Στη συνέχεια, οι υπότυποι «Παιδικός Αυτισμός» και «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές με Έναρξη στην Παιδική Ηλικία» του DSM-III ενσωματώθηκαν στη διαγνωστική κατηγορία «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή». Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III (DSM-III-R) αναφέρονταν οι όροι «Αυτιστική Διαταραχή» και «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς», ενώ στο ICD-9 δεν υπήρξε καμία τροποποίηση. (Ousley & Cermak, 2014).

Το 1994, στο DSM-IV προστέθηκαν τρεις υπότυποι και περιλάμβανε πλέον τις ακόλουθες πέντε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές: Αυτιστική Διαταραχή, Σύνδρομο Asperger, Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, η Διαταραχή Rett και η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (APA, 2000), οι οποίες αντανάκλασαν τις πιο πρόσφατες

τροποποιήσεις στο ICD-10. Οι τομείς που κυρίως επηρεάζονταν σε όσα παιδιά λάμβαναν διάγνωση των παραπάνω διαταραχών, ήταν εκείνοι της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και των επαναλαμβανόμενων – στερεότυπων συμπεριφορών (Sharma et al., 2018). Το 2013 δημοσιεύθηκε το DSM-5, στο οποίο καθιερώθηκε η έννοια του "φάσματος", συνδυάζοντας τις ξεχωριστές διαγνώσεις των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών του DSM-IV σε μία διάγνωση. Η Διαταραχή Rett δεν ανήκει πλέον στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), καθώς θεωρείται διακριτή νευρολογική διαταραχή. Ακόμη, εισήχθη ο όρος της Κοινωνικής (Πραγματολογικής) Επικοινωνιακής Διαταραχής για τα άτομα που παρουσιάζουν ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία, αλλά όχι επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες συμπεριφορές. Επιπλέον, προστέθηκαν προσδιοριστές του επιπέδου βαρύτητας για τον καθορισμό του επιπέδου υποστήριξης που χρειάζεται ένα άτομο με ΔΑΦ. (Hodges et al., 2020).

Σε ερευνητικές μελέτες που συγκρίνονται οι ταξινομήσεις DSM-IV και DSM-5 βρέθηκε, ότι η πλειονότητα των ατόμων με διάγνωση «Αυτιστικής Διαταραχής» κατά το DSM-IV, «Διαταραχής Asperger» ή «Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής – Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς» πληρούν επίσης τα κριτήρια του DSM-5 για ΔΑΦ. Παρόλα αυτά, ορισμένες μελέτες κατέδειξαν ότι τα κριτήρια DSM-5 προσδιορίζουν ανεπαρκώς τα άτομα με υψηλότερη λειτουργικότητα. (Lord & Jones, 2012; Frazier et al., 2012; McPartland et al., 2012; Ousley & Cermak, 2014).

Πίνακας 1. Σύγκριση των διαγνώσεων και υποτύπων της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος κατά DSM και ICD.

Διαγνώσεις και Υπότυποι κατά DSM	Έκδοση	Διαγνώσεις και Υπότυποι κατά ICD	Έκδοση
Σχιζοφρένεια Παιδικού Τύπου	DSM-II, 1968	Σχιζοφρένεια Παιδικός Αυτισμός	ICD-8, 1967
Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή	DSM-III, 1980	Ψυχώσεις με προέλευση στην παιδική ηλικία	ICD-9, 1977

Παιδικός Αυτισμός Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές με Έναρξη στην Παιδική Ηλικία		Παιδικός Αυτισμός Αποδιοργανωτική Ψύχωση (ή Σχιζοφρένεια) Άλλη Απροσδιόριστη	
Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Αυτιστική Διαταραχή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	DSM-III-R, 1987	Ψυχώσεις με προέλευση στην παιδική ηλικία Παιδικός Αυτισμός Αποδιοργανωτική Ψύχωση (ή Σχιζοφρένεια) Άλλη Απροσδιόριστη	ICD-9, 1977
Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Αυτιστική Διαταραχή Διαταραχή Asperger Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή Διαταραχή Rett	DSM-IV, 1994	Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Αυτισμός της Παιδικής Ηλικίας Σύνδρομο Asperger Άτυπος Αυτισμός Άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, Απροσδιόριστη Άλλη Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή Σύνδρομο Rett Διαταραχή Υπερδραστηριότητας Σχετιζόμενη με Νοητική	ICD-10, 1993

		Υστέρηση και Στερεότυπες Κινήσεις	
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	DSM-5, 2013	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	ICD-10, 2013 (προτάθηκε)

(Αυτούσια παράθεση από Ousley & Cermak, 2014)

1.3 Διάγνωση

1.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια είναι αυτά της τελευταίας έκδοσης (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας του 2013 και παρουσιάζονται στον πίνακα 2 (APA, 2013). Σκοπό του αναθεωρημένου μοντέλου ταξινόμησης συνιστούσε η εξασφάλιση μεγαλύτερης ειδικότητας και ακριβέστερης διάγνωσης, με τα τρέχοντα κριτήρια να είναι λιγότερο περιεκτικά (McPartland et al., 2012). Ωστόσο, διαπιστώθηκε πως άτομα που πλέον ανήκουν στον «Ευρύτερο Αυτιστικό Φαινότυπο» – ο οποίος τοποθετείται ως: «η έκφραση της γενετικής προδιάθεσης για αυτισμό σε υποκλινικό επίπεδο» (Piven et al., 1997) – δεν πληρούν τα κριτήρια για λήψη διάγνωσης (Young & Rodi, 2014).

Το νέο σύστημα περιλαμβάνει αρκετές μεταβολές, όπως η αντικατάσταση του όρου Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές από τον όρο Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η κατάργηση των διαγνωστικών υποκατηγοριών και η συμπερίληψή τους σε μία πλέον διάγνωση – αυτή της ΔΑΦ – με διαγραφή της μονο-γονιδιακής Διαταραχής Rett και προσθήκη της Κοινωνικής (Πραγματολογικής) Επικοινωνιακής Διαταραχής. Η κλινική εικόνα πλέον αποδίδεται από τη χρήση προσδιοριστών που περιγράφουν πιθανά γλωσσικά, γνωστικά ή και άλλα ελλείμματα. Η κοινωνικότητα και η επικοινωνία ενοποιούνται σε έναν τομέα και οι δυσκολίες πρέπει να είναι

παρούσες σε πολλαπλές συνθήκες. Ακόμη, οι αισθητηριακές δυσλειτουργίες ενσωματώνονται στα κριτήρια διάγνωσης και το ηλικιακό όριο επεκτείνεται και σε ηλικίες κάτω των τριών ετών. Καταληκτικά, καθίσταται αναγκαίος ο καθορισμός της βαρύτητας των συμπτωμάτων στις δύο πρώτες κατηγορίες, καταδεικνύοντας το απαιτούμενο επίπεδο υποστήριξης. (APA, 2013).

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος κατά DSM-5 (299.00).

A. Επίμονες διαταραχές της κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης παρούσες σε πολλαπλά πλαίσια, όπως εκδηλώνονται με τα επακόλουθα (τα παραδείγματα είναι ενδεικτικά): 1. Διαταραχές στην κοινωνική – συναισθηματική αμοιβαιότητα, εκτεινόμενη λ.χ. από ασυνήθη κοινωνική προσέγγιση και αποτυχία να έχει μια τυπική με εναλλαγές συζήτηση μέχρι μειωμένη επιδίωξη να μοιραστεί ενδιαφέροντα ή συναισθήματα, και αποτυχία στην έναρξη ή τη διατήρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. 2. Ελλείμματα σε εξωλεκτικές συμπεριφορές που χρησιμεύουν στην κοινωνική αλληλεπίδραση, εκτεινόμενη λ.χ. από κακό συντονισμό της λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας μέχρι ατυπίες στη βλεμματική επαφή και τη γλώσσα του σώματος ή ελλείμματα στην κατανόηση και τη χρήση χειρονομιών ή ακόμη και πλήρης απουσία εκφράσεων του προσώπου και εξωλεκτικής επικοινωνίας. 3. Διαταραχές στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων, εκτεινόμενη λ.χ. από δυσκολία στην προσαρμογή της συμπεριφοράς στο κοινωνικό πλαίσιο, μέχρι δυσκολίες στη συμμετοχή σε παιχνίδια φαντασίας και στη δημιουργία φίλων ή και σε έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους.
Καθορίστε την παρούσα βαρύτητα:
B. Περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον δύο (2) από τα ακόλουθα (τα παραδείγματα είναι ενδεικτικά): 1. Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων ή λόγου, (λ.χ. απλοί κινητικοί μαννερισμοί, σειροθέτηση παιχνιδιών, περιστροφή αντικειμένων, ηχολαλία, χρήση ιδιοσυγκρασιακών εκφράσεων). 2. Επιμονή για διατήρηση της ομοιότητας, άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα λεκτικής/εξωλεκτικής συμπεριφοράς (λ.χ. σημαντική δυσφορία

σε μικρές αλλαγές, δυσκολία στις μεταβάσεις, ακαμψία στη σκέψη, χρήση τελετουργιών χαιρετισμού, ανάγκη για χρησιμοποίηση της ίδιας διαδρομής ή κατανάλωσης του ίδιου φαγητού καθημερινά κλπ.) 3. Ιδιαίτερα περιορισμένα, στερεότυπα ενδιαφέροντα με παθολογική ένταση ή εστίαση (λ.χ. έντονη προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθη αντικείμενα, υπερβολικά περιγεγραμμένα ή επίμονα ενδιαφέροντα). 4. Υπερ- ή υπο-απαντητικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακά στοιχεία του περιβάλλοντος (λ.χ. εμφανής αδιαφορία σε πόνο/θερμοκρασία, μη αναμενόμενη αντίδραση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική ενασχόληση με τη μυρωδιά ή το άγγιγμα αντικειμένων, οπτική προσήλωση σε φώτα ή κίνηση).
Καθορίστε την παρούσα βαρύτητα:
<i>Η βαρύτητα βασίζεται στα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και στα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών.</i> Επίπεδο 1: «Ανάγκη υποστήριξης» Επίπεδο 2: «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» Επίπεδο 3: «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης»
Γ. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (αλλά μπορεί να μην είναι πλήρως εμφανή, έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις μειωμένες ικανότητες ή μπορεί να καλύπτονται από εκμαθημένες στρατηγικές στη μετέπειτα ζωή).
Δ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στο κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο βασικό πεδίο της παρούσας λειτουργικότητας.
Ε. Οι διαταραχές δεν εξηγούνται επαρκέστερα ως νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή ως γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση. Η νοητική υστέρηση και οι ΔΑΦ συχνά συνυπάρχουν. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση συννοσηρότητας, θα πρέπει η κοινωνική επικοινωνία να είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη για το γενικό αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου.
Καθορίστε αν: Συνυπάρχει ή όχι νοητικό έλλειμμα Συνυπάρχει ή όχι γλωσσικό έλλειμμα Σχετίζεται με γνωστή ιατρική ή γενετική διαταραχή ή με περιβαντολλογικό παράγοντα Σχετίζεται με άλλη νευροαναπτυξιακή, ψυχιατρική ή συμπεριφορική διαταραχή

(Αυτούσια παράθεση από Autism Speaks, 2024)

1.3.2 Ανιχνευτικά – διαγνωστικά εργαλεία

Υπάρχουν διάφορα ενδεδειγμένα ανιχνευτικά και διαγνωστικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση, την έγκυρη διάγνωση και τη βελτιωμένη κλινική αντιμετώπιση των περιπτώσεων ΔΑΦ. Αναφορικά με τη διαδικασία της αξιολόγησης, αυτή μπορεί να περιλαμβάνει συνέντευξη του κλινικού με τους γονείς/φροντιστές του εξεταζόμενου είτε με τον ίδιο, άμεση παρατήρηση του υποκειμένου, καθώς και χορήγηση ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση. Μεταξύ των εργαλείων που διατίθενται είναι τα ακόλουθα:

Η Αναθεωρημένη Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό (Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R) των Lord et al. (1994) αποτελεί ένα εργαλείο για τη δομημένη λήψη αναπτυξιακού ιστορικού, που απευθύνεται στους γονείς ή φροντιστές των ατόμων με υποψία ΔΑΦ. Συνίσταται από 93 στοιχεία για την αξιολόγηση των τομέων της κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, των περιορισμένων ή/και επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς ή ενδιαφερόντων, της γλώσσας και του κριτηρίου ηλικίας έναρξης. Χορηγείται από την πρώιμη παιδική ηλικία – σε παιδιά με νοητική ηλικία 2 ετών και άνω – έως την ενήλικη ζωή, η συμπλήρωσή του απαιτεί συνήθως 2-3 ώρες και η βαθμολογία κυμαίνεται από «0» (καμία ένδειξη) έως «3» (ακραία σοβαρότητα της διαταραγμένης συμπεριφοράς). (Lord et al., 1994; Sharma et al., 2018; Le Couteur et al., 2008).

Η Διαγνωστική Συνέντευξη για τις Κοινωνικές και Επικοινωνιακές Διαταραχές (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders, DISCO) είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη για γονείς και φροντιστές, η οποία χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ατόμων με ΔΑΦ και την αξιολόγηση των ατομικών τους αναγκών (Wing, 2006). Η ηλικία και τα επίπεδα ικανοτήτων και δυσκολιών δεν αποτελούν περιοριστικούς παράγοντες για τη χορήγηση του εργαλείου. Για την ολοκλήρωσή του απαιτούνται περίπου δύο έως τρεις ώρες και περιλαμβάνει περισσότερες από 300 ερωτήσεις ομαδοποιημένες σε διάφορες ενότητες. Η προσέγγιση της DISCO για την αξιολόγηση είναι διαστασιακή, ταξινομώντας την πλειονότητα των στοιχείων που περιλαμβάνει,

σε: «αξιοσημείωτη δυσκολία», «ήσσονος σημασίας δυσκολία» ή «καμία δυσκολία». (Maljaars et al., 2012).

Η Αναπτυξιακή, Διαστασιακή και Διαγνωστική συνέντευξη (Developmental, Dimensional, and Diagnostic interview, 3di) προορίζεται για γονείς και φροντιστές και συμπληρώνεται ηλεκτρονικά από καταρτισμένους κλινικούς ιατρούς (Vllasaliu et al., 2016). Συμπεριλαμβάνει 740 στοιχεία, εκ των οποίων ορισμένα είναι υποχρεωτικά (ερωτήσεις που αφορούν την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις επικοινωνιακές ικανότητες και τη στερεότυπη συμπεριφορά), ενώ άλλα είναι δυνατόν να παραλειφθούν μέσω αντικειμενικών κριτηρίων (ενότητες που αφορούν τη συννοσηρότητα). Το δημογραφικό υπόβαθρο εκτιμάται από 183 στοιχεία, τα συμπτώματα της ΔΑΦ από 266 στοιχεία και η πιθανή συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές από 291 στοιχεία (Skuse et al., 2004). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται ως «0» (καμία ένδειξη διαταραγμένης συμπεριφοράς), «1» (ελάχιστες ενδείξεις διαταραγμένης συμπεριφοράς) και «2» (σαφείς ή επίμονες ενδείξεις διαταραγμένης συμπεριφοράς). Το ηλικιακό εύρος του εργαλείου 3di είναι μεγάλο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την πρώιμη παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή για τη διάγνωση της ΔΑΦ (Skuse et al., 2004). Η διάρκεια της αξιολόγησης είναι 1,5 έως 2 ώρες, κι έτσι, με στόχο την εξοικονόμηση χρόνου, δημιουργήθηκε μια σύντομη έκδοση του 3di (3di short version, 3di-sv) μειώνοντας τη διάρκεια της συνέντευξης σε 45 λεπτά. Το 3di-sv εμπεριέχει 53 στοιχεία και εκτιμά μόνο τα στοιχεία της ΔΑΦ (Santosh, 2009).

Το Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρατήρησης του Αυτισμού (Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS) (Lord et al., 1989) είναι μια ημιδομημένη, τυποποιημένη αξιολόγηση της επικοινωνίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, των περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και του παιχνιδιού για παιδιά ή ενήλικες που παραπέμπονται για ΔΑΦ (Lord et al., 2012). Η παρατήρηση των ατόμων λαμβάνει χώρα σε νατουραλιστικά πλαίσια, όπως στο σχολείο ή στο περιβάλλον εργασίας. Το ADOS αποτελείται από τέσσερις (4) ενότητες, που επιλέγονται με βάση το αναπτυξιακό και γλωσσικό επίπεδο του εξεταζόμενου, ο οποίος μπορεί να εμφανίζει από πλήρη απουσία εκφραστικής γλώσσας έως λεκτική ευχέρεια (Le Couteur et al., 2008). Η χορήγηση της κάθε ενότητας διαρκεί περίπου 30-45 λεπτά. Επιπλέον, υπάρχει και το Toddler ADOS, ένα εργαλείο για παιδιά μεταξύ 12 και 30

μηνών (Luyster et al., 2009). Καταληκτικά, όσον αφορά τον διαγνωστικό αλγόριθμο του εργαλείου, στο ADOS τα άτομα κατατάσσονται βαθμολογικά για την ύπαρξη ή μη της ΔΑΦ, ενώ στο Toddler ADOS σε επίπεδα κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής (Gotham et al., 2007). Υψηλότερες τιμές του συνολικού διαγνωστικού αλγορίθμου υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανωμαλία (Le Couteur et al., 2008).

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (Childhood Autism Rating Scale, CARS) είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για τη διάγνωση της ΔΑΦ στα παιδιά (Schopler et al., 1980) και μπορεί να κάνει διαφοροδιάγνωση ατόμων με αυτισμό ή άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως η Νοητική Υστέρηση. Η CARS είναι κατάλληλη για παιδιά άνω των 24 μηνών, αποτελείται από 15 στοιχεία που καλύπτουν ένα φάσμα συμπτωμάτων της ΔΑΦ και συγκρίνει αξιόπιστα συμπεριφορές και δεξιότητες ενός πάσχοντος παιδιού σε σχέση με το αναμενόμενο αναπτυξιακό επίπεδο ενός υγιούς παιδιού. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται από «1» (φυσιολογική συμπεριφορά) έως «4» (σοβαρά ανώμαλη συμπεριφορά), με βαθμολογίες μεταξύ των τιμών 30-37 να υποδηλώνουν ήπια έως μέτρια ΔΑΦ, ενώ μεταξύ των 38-60 να υποδηλώνουν σοβαρή ΔΑΦ (Sharma et al., 2018). Η Childhood Autism Rating Scale - Second Edition (CARS-2) συνιστά έναν συνδυασμό παρατήρησης και συνέντευξης και απαρτίζεται από τρεις (3) φόρμες αξιολόγησης, σκοπός των οποίων είναι ο προσδιορισμός των συμπτωμάτων συσχετισμένων με τις ΔΑΦ (Schopler et al., 2010). Ο χρόνος χορήγησης είναι σύντομος (20-30 λεπτά). Η CARS-2, η δημοσίευση της οποίας πραγματοποιήθηκε το 2010, περιέχει μια πρόσθετη κλίμακα αξιολόγησης για τα άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας (Childhood Autism Rating Scale-Second Edition – High Functioning, CARS2-HF). Αναλυτικότερα, η CARS2-HF μπορεί να χορηγηθεί σε άτομα ηλικίας 6 ετών και άνω που έχουν δείκτη νοημοσύνης 80 ή υψηλότερο και επιδεικνύουν ευχερή επικοινωνία. (Schopler et al., 2010).

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Αυτισμού Gilliam (Gilliam Autism Rating Scale, GARS) (Gilliam, 1995) είναι ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο για γονείς, καθηγητές και επαγγελματίες. Βοηθά στον εντοπισμό και εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΑΦ σε άτομα ηλικίας 3 έως 22 ετών. Βασίζεται στο DSM-IV και οι ερωτήσεις του κατηγοριοποιούνται σε τέσσερα (4)

θέματα: στερεότυπη συμπεριφορά, επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση και περιγραφή της ανάπτυξης στα τρία πρώτα χρόνια μέσω ενός οπτικού τεστ. (Νότας & Νικολαΐδου, 2006).

Η Τρίτη Έκδοση της Κλίμακας Αξιολόγησης Αυτισμού Gilliam (Gilliam Autism Rating Scale Third Edition, GARS-3) αποτελείται από έξι (6) διαφορετικές υποκλίμακες και 58 στοιχεία τύπου Likert. Οι έξι (6) υποκλίμακες έχουν ως εξής: «Περιορισμένες/Επαναλαμβανόμενες Συμπεριφορές» (13 στοιχεία), «Κοινωνική Αλληλεπίδραση» (14 στοιχεία), «Κοινωνική Επικοινωνία» (9 στοιχεία), «Συναισθηματικές Αντιδράσεις» (8 στοιχεία), «Γνωστικό Στυλ» (7 στοιχεία) και «Δυσπροσαρμοστικός Λόγος» (7 στοιχεία). Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει ένα εγχειρίδιο εξεταστή, 50 έντυπα σύνοψης/απαντήσεων και το φυλλάδιο «Διδακτικοί στόχοι για άτομα με αυτισμό», το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τους γονείς και τους επαγγελματίες να αναπτύξουν διδακτικούς στόχους και παρεμβάσεις συμπεριφοράς με βάση τα ευρήματα. Η συμπλήρωση μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με τη μορφή ερωτηματολογίου είτε ως δομημένη συνέντευξη. Τα στοιχεία τύπου Likert βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από «0» έως «3» και κάθε στοιχείο πρέπει να λαμβάνει βαθμολογία. Σε περίπτωση που υπάρχει αβεβαιότητα του εξεταστή ως προς τη βαθμολόγηση ενός στοιχείου, απαραίτητη είναι η περεταίρω παρατήρηση του ατόμου ή η εξαγωγή δεδομένων από προηγούμενες παρατηρήσεις. (Karren, 2017).

Κατά την πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο ορισμένα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν φτωχή βλεμματική επαφή, να μην ανταποκρίνονται επαρκώς στο άκουσμα του ονόματός τους, να μη χρησιμοποιούν χειρονομίες ή δείξη, ακόμη και να χάνουν γλωσσικές ή κοινωνικές δεξιότητες που είχαν κατακτήσει. Τέτοιου είδους παραδείγματα αποτελούν χαρακτηριστικές προειδοποιητικές ενδείξεις για την πιθανότητα εκδήλωσης της ΔΑΦ και καθιστούν αναγκαία τη χρήση πρώιμων ανιχνευτικών εργαλείων. (Hodges et al., 2020).

Μεταξύ των πρώιμων ανιχνευτικών εργαλείων που διατίθενται για τη ΔΑΦ, η Λίστα Ελέγχου για Αυτισμό σε Νήπια (Checklist for Autism in Toddlers, CHAT) (Baron-Cohen et al., 1992) και η Τροποποιημένη Λίστα Ελέγχου για Αυτισμό σε Νήπια, Αναθεωρημένη, με Έλεγχο Παρακολούθησης (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-Up, M-CHAT-R/F) (Robins et al., 2009) είναι δύο από τα πιο διαδεδομένα. Αναλυτικότερα, το CHAT είναι

κατάλληλο για παιδιά ηλικίας κάτω των 18 μηνών που διατρέχουν κίνδυνο για ΔΑΦ και διακρίνεται σε δύο (2) ενότητες οι οποίες περιλαμβάνουν συνολικά 14 ερωτήσεις. Η πρώτη ενότητα στηρίζεται στις απαντήσεις των γονέων αναφορικά με συμπεριφορές και ικανότητες που θεωρούνται αναμενόμενες στη ΔΑΦ, αλλά και άλλες που μπορεί να παρουσιάζουν έκπτωση. Από την άλλη, οι ερωτήσεις της δεύτερης ενότητας απαντώνται από τον κλινικό, ο οποίος εκτιμά τη συμπεριφορά του παιδιού μέσω ημιδομημένης παρατήρησης. Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι σύντομο ως προς τη χορήγησή του, δεδομένου ότι διαρκεί 10-15 λεπτά. (Sunita & Bilszta, 2013).

Όσον αφορά το M-CHAT-R/F, το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου για τους γονείς/φροντιστές και χρησιμοποιείται για τον έλεγχο παιδιών με ηλικία 16-30 μηνών. Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα ύστερα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι θετικό, έπεται ένας δομημένος έλεγχος παρακολούθησης, follow – up. Επεξηγηματικά, οι γονείς/φροντιστές καλούνται να απαντήσουν σε πιο λεπτομερείς ερωτήσεις παρέχοντας περισσότερα δεδομένα, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή όχι η ανησυχία για την παρουσία ενδεχόμενης ΔΑΦ. (Dai et al., 2021; Robins et al., 2014).

Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας το περιορισμένο συμβολικό παιχνίδι, η ενασχόληση με ιδιαίτερα ενδιαφέροντα παθολογικής έντασης ή εστίασης και η ακαμψία αποτελούν ενδείξεις οι οποίες δημιουργούν συχνά την υποψία για παρουσία ΔΑΦ. Αντιστοίχως, στη σχολική ηλικία προειδοποιητικές ενδείξεις μπορεί να θεωρηθούν η δύσκαμπτη ή κυριολεκτική σκέψη, η δυσχέρεια κατανόησης των συναισθημάτων, καθώς και η έλλειψη δεξιοτήτων συνομιλίας ή κατάλληλης κοινωνικής προσέγγισης ακόμη και αν τα άτομα δείχνουν ενδιαφέρον για τους συνομηλίκους. (Hodges et al., 2020).

Επομένως, δύο εργαλεία με καλά μελετημένες ψυχομετρικές ιδιότητες που προσφέρονται για την ανίχνευση περιπτώσεων ΔΑΦ, κατά την προσχολική ή σχολική ηλικία, είναι το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Επικοινωνίας (Social Communication Questionnaire , SCQ) των Rutter et al. (2003) και η Κλίμακα Κοινωνικής Ανταπόκρισης (Social Responsiveness Scale, SRS) που αναπτύχθηκε από τον John Constantino το 2002 αλλά επεκτάθηκε από τους Constantino et al. (2003).

Το SCQ είναι ένα ερωτηματολόγιο 40 στοιχείων, που συμπληρώνεται από τους γονείς. Προήλθε από την ADI-R και είναι στενά συνυφασμένο με αυτήν. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 4 ετών και άνω τα οποία μπορεί να είναι από λεκτικά έως μη λεκτικά. Το εύρος των τιμών συνολικής βαθμολόγησης εκτείνεται από «0» έως «39», με τον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας να πλήττεται περισσότερο όσο οι βαθμολογίες αυξάνονται. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της ευαισθησίας και της ειδικότητας του SCQ, ενώ αυτά είναι υψηλά σε δείγματα παιδιών χωρίς Νοητική Υστέρηση, η ειδικότητα τείνει να παρουσιάζει σημαντική πτώση σε πληθυσμούς με νοητικά ελλείμματα (Berument et al., 1999). (Moody et al., 2017).

Το SRS από την άλλη, είναι ένα εργαλείο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στην κλινική πράξη, όσο και στον σχεδιασμό θεραπείας (Moody et al., 2017). Ειδικότερα, πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο γονέων ή/και εκπαιδευτικών αποτελούμενο από 65 στοιχεία σχετικά με την αμοιβαιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, τις πραγματολογικές δεξιότητες και τις συμπεριφορές που συναντώνται σε άτομα με ΔΑΦ, προκειμένου να αξιολογηθεί η παρουσία και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ηλικίες 4-18 ετών. Ωστόσο τα ηλικιακά εύρη επεκτάθηκαν στη νέα, δεύτερη έκδοση (SRS-2) (Constantino & Scale, 2012) που αναπτύχθηκε, περιλαμβάνοντας πλέον ένα έντυπο προσχολικής ηλικίας για παιδιά 2;6-4;6 ετών, ένα έντυπο σχολικής ηλικίας από 4 έως 18 έτη και ένα έντυπο αυτο-αναφοράς για ενήλικες 19-89 ετών (Bruni, 2014). Ο χρόνος που απαιτείται για τη χορήγηση του SRS είναι 15-20 λεπτά. Όσο υψηλότερες είναι οι βαθμολογίες που προκύπτουν μετά το πέρας της συμπλήρωσής του, τόσο περισσότερες είναι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΑΦ. (Constantino & Todd, 2003; Moody et al., 2017).

Επιπρόσθετα, έχουν αναπτυχθεί και ορισμένα εργαλεία για τη διάγνωση της Διαταραχής Asperger. Πιο συγκεκριμένα, η Κλίμακα Διαταραχής Asperger του Gilliam (Gilliam Asperger's Disorder Scale, GADS) είναι ένα εργαλείο 32 στοιχείων που χωρίζεται σε τέσσερις (4) υποκλίμακες. Οι συνολικές βαθμολογίες από τις υποκλίμακες αυτές αθροίζονται και μετατρέπονται σε πηλίο Asperger, το οποίο όταν είναι άνω του 80, υποδεικνύει πως το άτομο πιθανώς πάσχει (Gilliam, 2001). Είναι κατάλληλο για ηλικίες 3 έως 22 ετών και η συμπλήρωσή του πραγματοποιείται από οποιοδήποτε άτομο «είχε τακτική και συνεχή επαφή με το

υποκείμενο για τουλάχιστον δύο εβδομάδες», συμπεριλαμβανομένων «γονέων, εκπαιδευτικών της τάξης, ειδικών παιδαγωγών, συμβούλων ψυχικής υγείας, ψυχολόγων και άλλων που είναι εξοικειωμένοι με το εργαλείο» (Gilliam, 2001). Η δεύτερη έκδοση του GADS περιέχει και ένα έντυπο συνέντευξης με τους γονείς και σχετίζεται με την ανάπτυξη του παιδιού σε γλωσσικό και γνωστικό επίπεδο (Mayes et al., 2009).

Τέλος, η Διαγνωστική Κλίμακα για το Σύνδρομο Asperger (Asperger Syndrome Diagnostic Scale, ASDS) είναι ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο για τον εντοπισμό ατόμων ηλικίας 5 έως 18 ετών με υποψία Asperger. Διαθέτει 50 ερωτήσεις και τα στοιχεία του χαρακτηρίζονται από πιθανές ενδεικτικές συμπεριφορές της διαταραχής. Η βαθμολόγηση αποδίδεται ως «0» (μη παρατηρούμενες συμπεριφορές) και «1» (παρατηρούμενες συμπεριφορές). Μετά τη συμπλήρωσή του, υπάρχει μια συνάρτηση του αθροίσματος των βαθμολογιών από πέντε (5) υποκλίμακες: «γλωσσική», «κοινωνική», «δυσπροσαρμοστική», «γνωστική» και «αισθητικοκινητική», η οποία οδηγεί στο πηλίκο του συνδρόμου Asperger (Asperger Syndrome Quotient, ASQ) με σκοπό τη διάγνωση. Οι βαθμολογίες ASQ 90 ή μεγαλύτερες ανήκουν στο εύρος «πιθανό» ή «πολύ πιθανό» για εμφάνιση της Διαταραχής Asperger. (Boggs et al., 2006).

1.4 Αιτιοπαθογένεια και παράγοντες κινδύνου

1.4.1 Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες προ της κύησης

Στους γενετικούς παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΑΦ, συγκαταλέγονται οι οικογενείς και οι *de novo* οικογενείς μεταλλάξεις. Οι τελευταίες είναι εκείνες που συμβαίνουν τυχαία, χωρίς την παρουσία κληρονομικού ιστορικού (Ronemus et al., 2014).

Αναφορικά με τους γονικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της ΔΑΦ, η ηλικία των γονέων έχει επίσης απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Πιο συγκεκριμένα, σε μια μετα-ανάλυση των Wu et al. (2017) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της προχωρημένης ηλικίας των γονέων και του κινδύνου εκδήλωσης της διαταραχής. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν, πως τόσο η αύξηση της ηλικίας της μητέρας όσο και του πατέρα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ΔΑΦ στους απογόνους. Με την πάροδο της ηλικίας στους άνδρες μπορεί να εμφανιστούν

γενετικές αλλοιώσεις στους γαμέτες, de novo παραλλαγές του αριθμού αντιγράφων (CNVs) και σημειακές μεταλλάξεις, ενώ επιγενετικές επιδράσεις μπορεί να οφείλονται για τη μεταφορά μοριακών λειτουργικών μεταβολών στο παιδί (Shelton et al., 2010). Από την άλλη πλευρά, η γήρανση στις γυναίκες μπορεί να οδηγήσει σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Sandin et al., 2012).

1.4.2 Προγεννητικοί (ενδομήτριοι), περιγεννητικοί & μεταγεννητικοί παράγοντες κινδύνου

Πίνακας 3. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΔΑΦ.

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ (ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΙ) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Χρωμοσωμικές και γενετικές καταστάσεις προκαλούμενες από μεταλλάξεις γονιδίων λ.χ. Τρισωμία 21, Σύνδρομο Εύθραυστου Χ, Σύνδρομο Rett, Οζώδης Σκλήρυνση, Μυϊκή Δυστροφία Duchenne Θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών λ.χ. Σχιζοφρένεια, Διπολική Διαταραχή, Αγχώδεις Διαταραχές, Νοητική Υστέρηση, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) Συγγένεια πρώτου βαθμού με άτομο με ΔΑΦ Βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις της μητέρας κατά την κύηση λ.χ. ερυθρά, μόλυνση από κυτταρομεγαλοϊό (CMV) κ.ά. Αλλεργίες και ασθένειες της μητέρας λ.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης, Άσθμα, Θυρεοειδοπάθεια, Ψωρίαση Υπερτασικές Διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη Μητρική και εμβρυική φλεγμονή Λήψη φαρμάκων όπως βαλπροϊκό οξύ, θαλιδομίδη, αντικαταθλιπτικά Κάπνισμα και χρήση ουσιών όπως αλκοόλ, κοκαΐνη Έκθεση σε περιβαλλοντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες λ.χ. ατμοσφαιρική ρύπανση, βαρέα μέταλλα (ανόργανος υδράργυρος, μόλυβδος) Μικρό μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων (<12 μήνες) Έλλειψη βιταμίνης D κατά την κύηση
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Πρωωρότητα (ηλικία κύησης < 32 εβδομάδων)

Τοκετός με καισαρική τομή

Τοκετός με ισχιακή προβολή

Επιπλοκές κατά τον τοκετό σχετιζόμενες με τραύμα, ισχαιμία, υποξία

Προγεννητικές ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις

Μέτρια ή σοβαρή νεογνική εγκεφαλοπάθεια

ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Χαμηλό βάρος γέννησης (< 2.500 gr)

Αρσενικό φύλο

Χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα Apgar

Μεταγεννητικές λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος λ.χ. εγκεφαλίτιδα από απλό έρπητα, από κυτταρομεγαλοϊό, από τοξόπλασμα

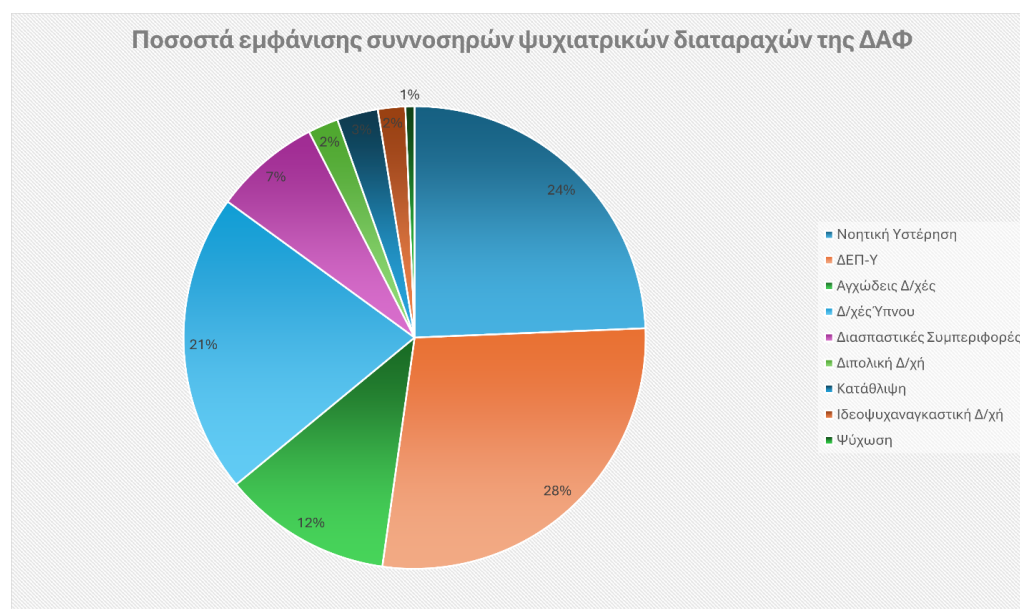
(Τα δεδομένα αντλήθηκαν από Gillberg et al., 2019; Hodges et al., 2020; Jokiranta-Olkonemi, 2016; Modabbernia et al., 2017; Ornoy et al., 2015; Rosti et al., 2014; Sato et al., 2022; Sharma et al., 2018; Wang et al., 2017; Zwaigenbaum et al., 2019)

1.5 Συννοσηρότητα

Σε πολλές περιπτώσεις ατόμων όπου η ΔΑΦ αποτελεί την πρωτοπαθή διαταραχή, συχνά συνυπάρχουν ταυτόχρονα ή σε συνδυασμό και άλλες κλινικές διαγνώσεις. Κοινές συννοσηρότητες στη ΔΑΦ αποτελούν η επιληψία, καθώς και συμπεριφορικές, ψυχιατρικές και γαστρεντερολογικές διαταραχές (Casanova et al., 2020). Η συννοσηρότητα μπορεί να εκφράζει τη συνύπαρξη μίας ή περισσότερων διαταραχών σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, σε μια χρονική περίοδο ή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Επιπλέον, η συννοσηρότητα μπορεί να είναι (α) παθογενετική όταν μια κατάσταση έχει ως άμεση συνέπεια την εμφάνιση μιας άλλης, (β) προγνωστική όταν μια κατάσταση προδιαθέτει ή προβλέπει την ανάπτυξη άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και (γ) διαγνωστική όταν τα συμπτώματα μιας κατάστασης είναι κοινά και επικαλύπτονται από μία άλλη, καταλήγοντας πιθανόν σε εσφαλμένη ταξινόμηση των συμπτωμάτων (Mutluer et al., 2022).

Σε μια μετα-ανάλυση των Mutluer et al. (2022) μελετήθηκε η συχνότητα εμφάνισης ορισμένων συννοσηρών διαταραχών της ΔΑΦ. Βάσει των αποτελεσμάτων υπάρχει σε υψηλή συχνότητα μια υποβόσκουσα ανησυχία για τη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ. Στο γράφημα 1 παρατίθενται τα ποσοστά εμφάνισης ορισμένων ψυχιατρικών συννοσηροτήτων της ΔΑΦ σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων.

Γράφημα 1. Ψυχιατρική συννοσηρότητα σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ.



(Τα δεδομένα αντλήθηκαν από Mutluer et al., 2022)

1.6 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με δεδομένα από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2012, υπολογίστηκε ότι το ποσοστό επιπολασμού παιδιών ηλικίας 8 ετών με ΔΑΦ ανέρχεται περίπου 1,5% (Lyall et al., 2017). Ωστόσο την περίοδο 2011-2014, αναφορές γονέων παιδιών ηλικίας 3-17 ετών με ΔΑΦ οδήγησαν στο να αυξηθεί ελαφρώς το ποσοστό του εθνικού επιπολασμού στο 2,2% (Zablotsky et al., 2015). Η πιο πρόσφατη εκτίμηση του επιπολασμού της ΔΑΦ το 2016, όπως μετρήθηκε από το Δίκτυο Παρακολούθησης Αυτισμού και Αναπτυξιακών Δυσκολιών (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, ADDM Network), είναι 1,85% σε παιδιά ηλικίας 8 ετών (Maenner, 2020). Με μια ενδελεχή εξέταση των εκτιμήσεων του επιπολασμού που ανέφερε το

Δίκτυο ADDM κατά τα έτη 2000, 20002 και 2014, διαπιστώθηκε μια πραγματική αύξησή του με την πάροδο του χρόνου (Baio, 2014; Maenner, 2020). Κατά τους Wazana et al. (2007) και Styles et al. (2020), παράγοντες που πιθανώς συντελούν στην αύξηση του επιπολασμού της ΔΑΦ είναι η μεγιστοποίηση της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με τον αυτισμό, η προσθήκη διαγνωστικών κριτηρίων, η χρήση και διαθεσιμότητα βελτιωμένων εργαλείων και υπηρεσιών διάγνωσης, η μείωση της ηλικίας διάγνωσης και η ακριβέστερη καταγραφή και αναφορά των περιπτώσεων.

Στην Ελλάδα διεξήχθη το 2019 μια επιδημιολογική μελέτη μεγάλης κλίμακας στην οποία διερευνήθηκε ο επιπολασμός διάγνωσης της ΔΑΦ σε παιδιά ηλικίας 10 και 11 ετών, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τα δημόσια Κέντρα Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (ΚΕΣΥ). Ο συνολικός επιπολασμός σε αυτόν τον πληθυσμό εκτιμήθηκε σε 1,15% (Thomaidis et al., 2020).

Όσον αφορά την αναλογία φύλου στη ΔΑΦ, φαίνεται να είναι σταθερά υπέρ των ανδρών. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται τόσο στην πρόσφατη αναφορά της CDC στις Ηνωμένες Πολιτείες (Maenner et al., 2020), όσο και στη μελέτη του Thomaidis et al. (2020) στη χώρα μας, με την αναλογία φύλου να εκτιμάται στο 4.3:1 και 4.14:1 αντιστοίχως. Η διαφορά αυτή τείνει να μειώνεται στα άτομα με συνοδή Νοητική Υστέρηση και να αυξάνεται σε εκείνα με φυσιολογική νοημοσύνη. Σε μια μετανάλυση του 2017, η οποία προέκυψε από 54 μελέτες, υποστηρίζεται ότι η αναλογία 4 άνδρες: 1 γυναίκα με ΔΑΦ δεν είναι ιδιαίτερα ακριβής, αλλά προσεγγίζει το 3:1 (Loomes et al., 2017). Προτάθηκε επίσης, ότι οι γυναίκες που πληρούν τα κριτήρια για ΔΑΦ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διαγνωστούν λανθασμένα, καθυστερημένα ή να μη λάβουν κλινική διάγνωση. Ο γυναικείος φαινότυπος του αυτισμού συγκαλύπτεται αρκετά συχνά μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται «καμουφλάρισμα». Αναλυτικότερα, οι γυναίκες αποκρύπτουν τα κοινωνικά τους ελλείμματα, γεγονός που παρεμποδίζει περαιτέρω την έγκαιρη διάγνωση (Parr & Le-Couteur, 2021). Συμπληρωματικά, η ερμηνεία των διαφορών ως προς την αναλογία φύλου αποδίδεται τόσο σε γενετικούς μηχανισμούς, όσο και σε αλληλεπιδράσεις γονιδίων και περιβάλλοντος (Halladay et al., 2015).

Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιδημιολογία της ΔΑΦ οι Durkin et al. (2017), όπως παρατίθεται σε αναφορά του Maenner (2020), ισχυρίζονται πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και του επιπολασμού της ΔΑΦ. Επομένως, η διαταραχή μπορεί να εντοπίζεται ευκολότερα στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα ή σε πληθυσμούς με μεγαλύτερη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες. Ακόμη, η μη λευκή φυλή και η ισπανική εθνικότητα έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερο επιπολασμό της ΔΑΦ και καθυστερημένη διάγνωση (King & Bearman, 2011 όπως αναφέρεται σε Lyall et al., 2017).

Η γενετική βάση του αυτισμού είναι γνωστή από τη δεκαετία του 1970, μέσω της μελέτης ενός ζεύγους μονοζυγωτικών διδύμων (Treffert, 1970). Έκτοτε έχει καθοριστεί ότι το ποσοστό κληρονομικότητας κυμαίνεται από 30%-99% σε μονοζυγωτικούς διδύμους, 0%-65% σε διζυγωτικούς διδύμους και 3%-30% ανάμεσα σε αδέρφια, ενώ η μεσοσταθμικά εκτιμώμενη συνολική κληρονομισημότητα είναι 70%-80% (Ramaswami & Geschwind, 2018). Το μέγεθος του κινδύνου εμφάνισης της ΔΑΦ λόγω κληρονομικότητας ποικίλλει ανάλογα με τον βαθμό συγγένειας μεταξύ των ατόμου με ΔΑΦ και ενός συγγενή που παρουσιάζει εξίσου τη διαταραχή, με τον κίνδυνο να αυξάνεται σε πιο στενούς βαθμούς συγγένειας (Xie et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οι γνωστικές θεωρίες του αυτισμού: Ερμηνεύοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ

2.1 Εισαγωγή

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα είδη δεξιοτήτων που πρέπει τα άτομα να κατακτήσουν. Ωστόσο, για την επίτευξη επιτυχούς επικοινωνίας απαιτείται η συνεργασία τόσο των γνωστικών δεξιοτήτων, όσο και των δεξιοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης. «Ο τομέας του λόγου, που περιλαμβάνει τη λειτουργική χρήση της κοινωνικής γλώσσας, λέγεται πραγματολογία» και «περιλαμβάνει τρεις κύριες επικοινωνιακές δεξιότητες: τη χρήση της γλώσσας (δήλωση, ερώτηση, εντολή, αίτηση, υπόσχεση, συμβουλή, επιθυμία), την αλλαγή της γλώσσας (ανάλογα με τις ανάγκες ενός ακροατή ή μιας κατάστασης) και την τήρηση των κανόνων (εναλλαγή σειράς, εισαγωγή θέματος, διατήρηση θέματος, χρήση λεκτικών και εξωλεκτικών στοιχείων, χρήση εκφράσεων του προσώπου)». (Γερμπανά & Παντελοπούλου, 2021).

Η παρουσία προβλημάτων στον πραγματολογικό γλωσσικό τομέα συνιστά ένα αξιοσημείωτο γνώρισμα των ατόμων με διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος. Συγκριτικά με τους συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης, τα παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας μπορεί να εμφανίζουν μειωμένη χρήση χειρονομιών και εκφράσεων του προσώπου, δυσκολία λήψης σειράς στη συζήτηση και επιμονή σε θέματα ιδιαίτερου προσωπικού ενδιαφέροντος. Τέτοιου τύπου πραγματολογικά ελλείμματα τείνουν να εμμένουν στη μετέπειτα εφηβική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, έχοντας αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων. (Berenguer et al., 2018).

Όσον αφορά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων, τίθενται στο επίκεντρο οι μειωμένες ή άτυπες κοινωνικές προσεγγίσεις και αποκρίσεις, οι προσβεβλημένες δεξιότητες μίμησης και κοινωνικού παιχνιδιού, αλλά και οι ελάχιστες ή απούσες φιλοκοινωνικές συμπεριφορές (δηλαδή εκούσιες συμπεριφορές που στοχεύουν στο καλό των άλλων, όπως πράξεις καλοσύνης, συμπόνιας, βοήθειας κλπ.). Παράλληλα, επισημαίνεται, ότι οι προσαρμοστικές δεξιότητες των ατόμων είναι

διαταραγμένες, ιδιαιτέρως στον τομέα της κοινωνικοποίησης. Εν ολίγοις, η προσαρμοστική συμπεριφορά αναφέρεται στην «εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την προσωπική και κοινωνική επάρκεια» (Sparrow et al., 1984). (Gilotty et al., 2002).

Πέραν των ελλειμμάτων στις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες, η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού διακρίνεται, επίσης, από την εκδήλωση περιορισμένων και επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων. Στην προσπάθεια να προσφερθεί μια ερμηνεία για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που περιγράφονται παραπάνω, έχουν διατυπωθεί τρεις κυρίαρχες γνωστικές θεωρίες, οι οποίες αφορούν σε υποθέσεις για τους γνωστικούς μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από αυτά. Στο παρόν κεφάλαιο λοιπόν παρουσιάζονται οι γνωστικές θεωρίες του αυτισμού και η συσχέτιση αυτών με τα κυρίαρχα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη ΔΑΦ. Η πρώτη θεωρία αποτελεί τη «Θεωρία του Νου», η δεύτερη αφορά την υπόθεση της «Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής», ενώ η τελευταία την υπόθεση της «Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας». (Olumula & Wairungu, 2024).

2.2 Η Θεωρία του Νου (Theory of Mind)

Η Θεωρία του Νου (ΘΝ) συνιστά μία γνωστική λειτουργία που αφορά την ικανότητα αναγνώρισης και απόδοσης νοητικών καταστάσεων όπως πεποιθήσεις, επιθυμίες και προθέσεις για την ερμηνεία, την πρόβλεψη και την αιτιολόγηση της συμπεριφοράς των άλλων (Apperly & Butterfill, 2009). Επιπλέον, περιλαμβάνει την ικανότητα αντίληψης πως οι άνθρωποι μπορεί να έχουν σκέψεις, συναισθήματα και πεποιθήσεις διαφορετικές από τις δικές μας (Premack & Woodruff, 1978). Η ΘΝ απαιτεί τη συνεργασία πολλαπλών εγκεφαλικών περιοχών για την ταχεία ανίχνευση των κοινωνικών ενδείξεων και την ανταπόκριση των ατόμων σε αυτές. Μεσολαβεί στις ανθρώπινες σχέσεις, καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση, έκφραση και ρύθμιση των συναισθημάτων, στην ανταλλαγή ιδεών και στην πρόβλεψη συμπεριφορών, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες, ώστε το άτομο να ανταπεξέρχεται επιτυχώς στην κοινωνική ζωή (Zhou et al., 2019). Ωστόσο, παρατηρείται συχνά εξασθένηση της εν λόγω γνωστικής λειτουργίας στα άτομα με ΔΑΦ, γεγονός που θεωρείται ότι συμβάλλει σε κοινωνικά – γνωστικά ελλείμματα (Baron-Cohen et al., 1985; Perner et al., 1989), όπως για παράδειγμα η

αδυναμία κατανόησης της ειρωνείας και της μεταφορικής χρήσης της γλώσσας (Rosello et al., 2020).

Ως προς τη λειτουργία της ΘΝ, διακρίνονται δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο συγκαταλέγονται γρήγορες, ακούσιες και σχετικά άκαμπτες μορφές συλλογισμού, ενώ αυτές του δεύτερου επιπέδου είναι αργές, σκόπιμες, ευέλικτες και γνωστικά απαιτητικές (Frith & Frith, 2008). Οι διαφορετικές αυτές πτυχές της επεξεργασίας κοινωνικών ερεθισμάτων ονομάζονται έμμεση και ρητή αντίστοιχα (Frith and Frith, 2012). Για την αξιολόγηση της έμμεσης συνιστώσας χρησιμοποιούνται ενδεικτικά δοκιμασίες κατηγοριοποίησης των εκφράσεων του προσώπου με βάση το συναίσθημα και για την αξιολόγηση της ρητής συνιστώσας οι δοκιμασίες εσφαλμένης πεποίθησης πρώτου και δεύτερου επιπέδου.

Οι ΔΑΦ παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια τόσο ως προς το φάσμα των συμπτωμάτων, όσο και ως προς τον βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής. Κατ' αναλογία, οι επιδόσεις σε δοκιμασίες αξιολόγησης των δεξιοτήτων της ΘΝ δεν είναι ομοιόμορφες. Βασικός παράγοντας της παρατηρούμενης μεταβλητότητας είναι η προαναφερόμενη υποδιαίρεση της ΘΝ στις δύο συνιστώσες (Rosello et al., 2020).

Αφότου πραγματοποιήθηκε συσχέτιση της ΘΝ με τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, αναδύθηκαν πολλές μελέτες διερεύνησης της σχέσης αυτής με αντιφατικά ευρήματα. Οι Prior et al. (1990), Fombonne et al. (1994), Peterson et al. (2007) και Ozonoff & Miller (1995) δεν μπόρεσαν να βρουν κάποια συσχέτιση μεταξύ των εκτιμήσεων των φροντιστών και γονέων για τις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών τους με ΔΑΦ και της επίδοσης σε δοκιμασίες εσφαλμένης πεποίθησης. Από την άλλη πλευρά, σε μελέτη των Joseph & Tager-Flusberg (2004), η ΘΝ και οι εκτελεστικές λειτουργίες συσχετίστηκαν και αιτιολόγησαν εν μέρει τη διακύμανση στην ενότητα «Επικοινωνία» του διαγνωστικού εργαλείου ADOS (Lord et al., 2000), και συνδέονταν πιο έντονα με την επικοινωνιακή παρά με την κοινωνική λειτουργία. Ακόμα, εντοπίστηκε μια υποομάδα ατόμων με ΔΑΦ, η οποία παρά την εκδήλωση εμμενουσών δυσκολιών στην κατανόηση των νοητικών αναπαραστάσεων του άλλου, εμφάνιζε μικρό επηρεασμό στις κοινωνικές δεξιότητες (Livingston et al., 2019). Χαρακτηριστικά της υποομάδας

αυτής ήταν, ενδεικτικά, το υψηλότερο πηλίκo λεκτικής νοημοσύνης (IQ) και οι καλύτερες δεξιότητες εκτελεστικής λειτουργίας.

Η ασυνέπεια των αποτελεσμάτων φαίνεται να υποδεικνύει ότι η Θεωρία του Νου είναι απαραίτητη, αλλά όχι επαρκής για την εξήγηση της κοινωνικής και προσαρμοστικής ικανότητας. Παρόλα αυτά όμως, η εν λόγω γνωστική θεωρία σε συνδυασμό με τις πραγματολογικές γλωσσικές δεξιότητες μπορούν να προβλέψουν και να επηρεάσουν άμεσα και έμμεσα την κοινωνικοποίηση των παιδιών με ΔΑΦ χωρίς νοητική αναπηρία, όπως διατυπώνεται σε μελέτη των Berenguer et al. (2018). Οι ίδιοι μάλιστα επισημαίνουν, πως δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός, ότι η ΘΝ αποτελεί εκείνο το γνωστικό φαινόμενο που εξετάζεται συχνότερα σε σχέση με τον πραγματολογικό τομέα στις ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντική επίδρασή της στην επικοινωνία.

«Η ΘΝ και οι πραγματολογικές πτυχές της γλώσσας είναι τόσο συγχωνευμένες που δεν μπορούν να διαχωριστούν» (Kobayashi, 2018). Η στενή συνάφεια της ΘΝ και της πραγματολογικής διάστασης της γλώσσας έχει υποστηριχθεί μέσω αναπτυξιακών, ψυχολογικών, αλλά και νευροβιολογικών πλαισίων. Σύμφωνα με τους Westra & Carruthers (2017) έχει διατυπωθεί, πως η ΘΝ και η πραγματολογική ικανότητα αποτελούν αναπτυξιακά συν-εξελισσόμενες λειτουργίες. Υπό το πρίσμα της ψυχολογολογίας, η ΘΝ εμπλέκεται σε ένα σύνολο πραγματολογικών εννοιών, όπως οι έμμεσες λεκτικές πράξεις, οι δεικτικές εκφράσεις, οι υποθέσεις, η χρήση αντωνυμιών και η ειρωνεία (Cumming, 2013). Τέλος, από νευροβιολογική σκοπιά έχει διαπιστωθεί, ότι η νευρική βάση της ΘΝ και της κατανόησης αφηγήσεων είναι κοινή (Mar, 2011).

Τέλος, οι Bennett et al. (2013) κατέληξαν στην άποψη, πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της δομικής γλώσσας (γραμματική και λεξιλόγιο), της ΘΝ και των μετέπειτα προσαρμοστικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων κατά την ανάπτυξη παιδιών με ΔΑΦ. Αναλυτικότερα, πρώιμες ικανότητες (λ.χ. γλωσσική επάρκεια), συνεισφέρουν στην ανάπτυξη μεταγενέστερων αναδυόμενων δεξιοτήτων, όπως η ΘΝ, οι οποίες ακολούθως μπορούν να διευκολύνουν την ενίσχυση άλλων τομέων (λ.χ. προσαρμοστική λειτουργία).

2.3 Η θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής (Weak Central Coherence)

Η κεντρική συνοχή ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να επεξεργάζεται τις εισερχόμενες πληροφορίες ενός γενικού πλαισίου με απώτερο σκοπό την απόδοση ενός συνολικού νοήματος, εις βάρος της μνήμης που αφορά τις λεπτομέρειες (Happé, 1999). Η θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής αποτελεί, συνεπώς, την τάση που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΑΦ να επεξεργάζονται τα μηνύματα με τρόπο επικεντρωμένο στις λεπτομέρειες και στα επιμέρους στοιχεία, έναντι της συνολικής επεξεργασίας για την εξαγωγή σφαιρικού νοήματος (Frith, 2003; Frith & Happé, 1994).

Σύμφωνα με τη Frith (2003) ο ανθρώπινος νους προβαίνει συχνά στη γενίκευση των πληροφοριών που λαμβάνονται, διαχωρίζοντας τα σημαντικά στοιχεία από εκείνα που δε φέρουν ιδιαίτερη βαρύτητα ή ουσία. Αυτή η τάση, που αναφέρεται από τον Bartlett (1995) ως «τάση για νόημα», ονομάστηκε από τη Frith «κεντρική συνοχή». Έτσι προκύπτει, ότι τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα, δυσκολεύονται πολλές φορές στην απαρτίωση των επιμέρους πληροφοριών σε ένα συνεκτικό σύνολο, αδυνατώντας να σχηματίσουν ένα κεντρικό νόημα (Frith & Happé, 1994).

Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Tassini et al. (2022) κατά την οποία ζητήθηκε από μια ομάδα ατόμων με ΔΑΦ και από μια ομάδα ελέγχου να περιγράψουν δύο διαφορετικούς τύπους εικόνων. Αυτές απεικόνιζαν μια κοινή κοινωνική κατάσταση και μια φιγούρα Navon. Ένα σχήμα Navon αποτελείται από ένα μεγαλύτερο αναγνωρίσιμο σχήμα, όπως ένα γράμμα (λ.χ. το γράμμα «Τ»), το οποίο αποτελείται από αντίγραφα ενός μικρότερου διαφορετικού σχήματος (λ.χ. το γράμμα «Σ») (Navon, 1977). Κατά τη διεξαγωγή της προαναφερθείσας έρευνας, αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχοντες κοίταξαν τις εικόνες (ποιο μέρος της εικόνας και για πόση ώρα) μέσω τεχνολογίας παρακολούθησης των ματιών, και συλλέχθηκαν αποκρίσεις σχετικά με το τι είχαν δει. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν, ότι στους συμμετέχοντες με ΔΑΦ υπήρχε τάση εστίασης στις λεπτομέρειες και στους δύο τύπους εικόνων, οδηγώντας σε λανθασμένη ερμηνεία του απεικονιζόμενου κοινωνικού πλαισίου.

Συνεχίζοντας, ορισμένα άτομα με ΔΑΦ κατέχουν εξαιρετικές αντιληπτικές ικανότητες, όπως για παράδειγμα η δυνατότητα να αναγνωρίσουν δεκάδες μάρκες ηλεκτρικών σκουπών μόνο από τον ήχο τους ή να εντοπίσουν ένα μη ευθυγραμμισμένο βιβλίο μιας βιβλιοθήκης σε δευτερόλεπτα. Ωστόσο, οι ικανότητες αυτές μπορεί να καταστούν δυσπροσαρμοστικές, προκαλώντας δυσφορία σε αλλαγές του περιβάλλοντος ή σε περιπτώσεις ανομοιομορφίας. Ο Kanner (1943) υπογράμμισε αυτήν την προσοχή στη λεπτομέρεια και την «αδυναμία να βιώσουν το όλον χωρίς πλήρη προσοχή στα συστατικά μέρη» ως έναν παράγοντα της χαρακτηριστικής επιμονής για διατήρηση της ομοιότητας, η οποία συνιστά και ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής (επίμονη προσκόλληση σε ρουτίνες, ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων).

Από το 1999 αυξήθηκε ραγδαία ο αριθμός των μελετών της συγκεκριμένης γνωστικής θεωρίας, τροποποιώντας την αρχική της απόδοση από τη Frith. Το έλλειμμα στην κεντρική επεξεργασία θεωρήθηκε πλέον δευτερεύον, δίνοντας βάση στην πιθανή έντονη υπεροχή μιας τοπικής, έναντι μιας ελλιπούς σφαιρικής επεξεργασίας. Επιπλέον προτάθηκε, πως μέσα από κατάλληλες δραστηριότητες συνολικής επεξεργασίας δεν είναι αδύνατη η προσπέλαση αυτών των δυσκολιών, καθώς και ότι η αδύναμη συνοχή δεν είναι αιτία των ελλειμμάτων κοινωνικής νόησης, αλλά μια πτυχή αυτών (Happé & Frith, 2006). Όσον αφορά την κοινωνική νόηση, πρόκειται για μια έννοια που σχετίζεται με διεργασίες οι οποίες εξυπηρετούν την κοινωνική προσαρμογή και την κοινωνική αλληλεπίδραση, και περιλαμβάνει την αναγνώριση των συναισθημάτων, την ενσυναίσθηση και τη Θεωρία του Νου (McDonald, 2013).

Οι άνθρωποι που ανήκουν στο φάσμα αναφέρουν συχνά δυσκολίες στην ερμηνεία των κοινωνικών καταστάσεων. Οι δυσκολίες αυτές συνδέονται συνήθως με την τάση εστίασης σε συγκεκριμένες πλευρές μιας κατάστασης, που είναι γνωστή ως τοπική επεξεργασία (Tessini et al., 2022). Η τοπική επεξεργασία διακρίνεται σε δύο τύπους: την αλυσιδωτή επεξεργασία και την σύνδεση πληροφοριών εντός ενός στενού χωρικά πλαισίου.

Αναλυτικότερα, η αλυσιδωτή επεξεργασία (επεξεργασία από στοιχείο σε στοιχείο) παρατηρείται σε πολλές καταστάσεις και μπορεί να αντικαταστήσει σε κάποιον βαθμό τη χρήση της σφαιρικής συνοχής. Παραδείγματα αποτελούν οι δοκιμασίες αλληλουχίας εικόνων, όπως η υποδοκιμασία «Picture Arrangement» της κλίμακας Wechsler, όπου πρέπει να δημιουργηθεί μια

συνεκτική ιστορία μέσω σειροθέτησης καρτών. Η υποδοκιμασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί επιτυχώς με τη χρήση της «τοπικής» (local) και όχι της «σφαιρικής» (global) συνοχής, καθιστώντας την πρώτη ως υποψήφια αιτία για τη δημιουργία επίμονων μοτίβων μιας ρουτίνας, μιας διαδρομής ή ενός γεγονότος στα άτομα με ΔΑΦ (Happé & Frith, 2006).

Σχετικά με τη σύνδεση πληροφοριών εντός ενός στενού χωρικά πλαισίου, αυτή θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη συσχέτιση γεγονότων σε ένα ημερολόγιο, αναπτύσσοντας μια «συνεκτική» αναπαράσταση που βοηθά στον ημερολογιακό υπολογισμό και στην οργάνωση της καθημερινότητας (Heavey et al., 1999; Baroody & Dowker, 2013). Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, η αναφορά σε εργασίες που εμπλέκουν τόσο την τοπική, όσο και τη σφαιρική επεξεργασία, όπως είναι οι εικόνες Navon και οι δοκιμασίες συμπλήρωσης προτάσεων.

Δυσκολίες στην εναλλαγή και στη μεταφορά των δεδομένων μεταξύ των επιπέδων τοπικής και σφαιρικής επεξεργασίας θα μπορούσαν να ερμηνευθούν και από την υπόθεση της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας. Όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα στο επόμενο υποκεφάλαιο, αποτελεί τη ρίζα των χαρακτηριστικά άκαμπτων και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και συνιστά έναν όρο «ομπρέλα», ο οποίος καλύπτει ένα φάσμα γνωστικών ικανοτήτων ανώτερης τάξης που είναι απαραίτητες για ευέλικτη και προσαρμοστική συμπεριφορά. Ενδεικτικά, πιθανοί περιορισμοί της εργαζόμενης μνήμης ή η ανεπαρκής ικανότητα προγραμματισμού θα μπορούσαν να στρέψουν την προσοχή του ατόμου σε έναν αποσπασματικό τρόπο επεξεργασίας. Ως εκ τούτου μπορεί να θεωρηθεί, ότι οι εκτελεστικές λειτουργίες εμπεριέχουν την κεντρική συνοχή (Teunisse et al., 2001; Booth et al., 2003).

Εν κατακλείδι, η κατανόηση του μηχανισμού της κεντρικής συνοχής καθίσταται αναγκαία, καθώς εάν τα άτομα με ΔΑΦ δε μάθουν να εξάγουν κεντρικές έννοιες (Klinger & Dawson, 2001), θα παρεμποδίζεται η αναγνώριση καταστάσεων και η γενίκευση εκμαθημένων δεξιοτήτων (Plaisted, 2001; Rincover & Koegel, 1975).

2.4 Η υπόθεση της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας (Executive Dysfunction)

Οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι ένας όρος «ομπρέλα» που εμπερικλείει ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως ο προγραμματισμός (planning), η μνήμη εργασίας (working

memory), η προσοχή (attention), ο αυτό-έλεγχος (self-monitoring), η αναστολή (inhibition), η γνωστική ευελιξία (cognitive flexibility), καθώς και η εκκίνηση δράσης (initiation) (Hill, 2004a). Όλες αυτές οι διαφορετικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στις εκτελεστικές λειτουργίες, ελέγχονται από τον προμετωπιαίο φλοιό του μετωπιαίου λοβού (Craig et al., 2016) και συμβάλλουν τόσο στη ρύθμιση σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής μας ζωής (Panerai et al., 2014), όσο και στην προσαρμογή της συμπεριφοράς μας σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Jurado & Rosselli, 2007). Για παράδειγμα είναι υπεύθυνες, σε συνδυασμό, για την επιλογή και επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων, την εκτέλεση βημάτων και οδηγιών, την αναγνώριση και επιδιόρθωση πιθανών λαθών, την εστίαση της προσοχής, τη διαχείριση και επεξεργασία πλήθους πληροφοριών, την έναρξη μιας δράσης και την αναστολή μίας άλλης σε σχέση με το περιβάλλον, τον έλεγχο της παρορμητικότητας (Γερμπανά & Παντελοπούλου, 2021). Στον πίνακα 4 που ακολουθεί, ορίζονται ορισμένες από τις εκτελεστικές λειτουργίες που θα μας απασχολήσουν ιδιαίτερα στο τρέχον κεφάλαιο.

Πίνακας 4. Ορίζοντας τις εκτελεστικές λειτουργίες.

<u>Αναστολή (Inhibition):</u> Η ικανότητα εστίασης της προσοχής στο ερέθισμα ή στην εργασία – στόχο, αγνοώντας τους περισπασμούς και αναστέλλοντας ακατάλληλες ή παρορμητικές κινητικές και συναισθηματικές αντιδράσεις.
<u>Γνωστική ευελιξία (Cognitive flexibility) ή Εναλλαγή (Shifting):</u> Η ικανότητα εναλλαγής ανάμεσα σε διαφορετικά σύνολα ερεθισμάτων ή σε διαφορετικές νοητικές διεργασίες.
<u>Προγραμματισμός (Planning):</u> Η ικανότητα δημιουργίας ενός γενικού σχεδίου και οργάνωσης των πράξεων σε μία ιεραρχική ακολουθία για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου.
<u>Μνήμη εργασίας (Working memory):</u> Η ικανότητα πρόσκαιρης διατήρησης, ενημέρωσης και επεξεργασίας/διαχείρισης πληροφοριών προκειμένου να εκτελεστεί και να ολοκληρωθεί ένα έργο.

(Τα δεδομένα αντλήθηκαν από Perrotta, 2019)

Ωστόσο, περιπτώσεις επίκτητης εγκεφαλικής βλάβης στους μετωπιαίους λοβούς, αλλά και πλήθος αναπτυξιακών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες. Η θεωρία της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας στον αυτισμό θέτει σε αναλογία τις ανωμαλίες του μετωπιαίου λοβού, που παρατηρούνται στην εν λόγω διαταραχή, με τους ασθενείς εκείνους που έχουν υποστεί βλάβη των μετωπιαίων λοβών και παρουσιάζουν έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών. Η εκτελεστική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί υποβόσκουσα για αρκετά κεντρικά χαρακτηριστικά του αυτισμού που πλήττουν τόσο τον κοινωνικό, όσο και τον μη κοινωνικό τομέα. Ειδικότερα, τέτοια συμπεριφορικά χαρακτηριστικά είναι η ακαμψία και η επιμονή για διατήρηση της ομοιότητας εξαιτίας της φτωχής ικανότητας έναρξης καινούριων δράσεων, που δεν αποτελούν ρουτίνα, και της τάσης που διέπει τα άτομα με ΔΑΦ για προσκόλληση. Η ικανότητα εκτέλεσης ρουτινών μπορεί να είναι εξαιρετική στη διαταραχή του αυτισμού και γίνεται αντιληπτή μέσω της χρήσης επαναληπτικών ή και μερικές φορές σύνθετων τελετουργικών προτύπων συμπεριφοράς. Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω (Hill, 2004b), υποστηρίζεται η άποψη, ότι η θεωρία της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας προσφέρει μία άριστη εξήγηση για τις επαναληπτικές συμπεριφορές και τα περιορισμένα ενδιαφέροντα που εκδηλώνονται στις ΔΑΦ (Panerai et al., 2014). Η συγκεκριμένη άποψη αποδεικνύεται, μεταξύ άλλων, μέσα από τα ευρήματα διάφορων μελετών που παραθέτουν οι Shiri et al. (2018) σε ανασκόπησή τους με αντικείμενο τη συσχέτιση ορισμένων εκτελεστικών λειτουργιών και συμπτωμάτων της ΔΑΦ. Ενδεικτικά, βάσει των αποτελεσμάτων των Lopez et al. (2005) αναφέρεται, ότι εκτελεστικές λειτουργίες όπως η γνωστική ευελιξία, η μνήμη εργασίας και η αναστολή ανταπόκρισης σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς που εκδηλώνονται στον αυτισμό, συγκριτικά για παράδειγμα με τον προγραμματισμό, ο οποίος δε βρέθηκε να συσχετίζεται τόσο ισχυρά με αυτά.

Πέρα από τη συσχέτιση των εκτελεστικών λειτουργιών με συμπεριφορικά γνωρίσματα στον μη κοινωνικό τομέα, έχει διερευνηθεί και αποδειχθεί η σύνδεσή τους με τις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με ΔΑΦ, επηρεάζοντας άμεσα και το παιχνίδι με τους συνομηλίκους (Shiri et al., 2018). Για παράδειγμα, η μελέτη των Freeman et al. (2017) κατέδειξε, πως φτωχότερες εκτελεστικές λειτουργίες, όπως η εκκίνηση δράσης, η μνήμη εργασίας, αλλά

και ικανότητες προγραμματισμού και οργάνωσης, σχετίζονται με αυξημένο μοναχικό παιχνίδι και μειωμένη εμπλοκή με τους συνομηλίκους.

Πρόσφατα ευρήματα προερχόμενα από τη μελέτη των Lieb & Bohnert (2017) υποδεικνύουν τη συνάφεια ανάμεσα στα ελλείμματα των εκτελεστικών λειτουργιών και στην έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, οδηγώντας σε δυσκολίες προσαρμογής. Επεξηγηματικά, μέσα από το ακόλουθο παράδειγμα παρουσιάζεται η σπουδαιότητα των γνωστικών λειτουργιών της αναστολής, της εναλλαγής και της εργαζόμενης μνήμης για την εξασφάλιση επιτυχών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, την ενίσχυση της ποιότητας των φιλικών δεσμών και τον περιορισμό δυσκολιών προσαρμογής: Για τη διεξαγωγή μιας συζήτησης μεταξύ ενός ατόμου και ενός δεύτερου συνομηλίκου αναφορικά με ένα από τα αγαπημένα του βιβλία, απαιτείται από τον πρώτο να μπορεί να ανταπεξέλθει στην εναλλαγή των ρόλων ακροατή – ομιλητή ή των θεμάτων της συζήτησης (π.χ. γιατί άρεσε στον συνομήλικο το συγκεκριμένο βιβλίο και ποια άλλα βιβλία έχει γράψει αυτός ο συγγραφέας) (εναλλαγή). Συγχρόνως, πρέπει να είναι σε θέση να λαμβάνει και να επεξεργάζεται τόσο τα λεκτικά, όσο και τα μη λεκτικά στοιχεία επικοινωνίας που χρησιμοποιεί ο συνομιλητής του και φανερώνουν ότι απολαμβάνει να μιλάει για το βιβλίο (εργαζόμενη μνήμη). Τέλος, το άτομο οφείλει να μη διακόπτει τον συνομήλικο ή να μην αρπάξει το βιβλίο μέσα από τα χέρια του (αναστολή).

Πρόσθετα στοιχεία που πιστοποιούν τη σύνδεση της εκτελεστικής δυσλειτουργίας με ελλείμματα κοινωνικής λειτουργικότητας στις ΔΑΦ, παρέχονται από τους Berenguer et al. (2018) και Torske et al. (2018), συνάδοντας με ευρήματα παλαιότερων μελετών (λ.χ. Leung et al., 2016). Κοινό εύρημα όλων των παραπάνω μελετών υπήρξε ο σημαντικός βαθμός συνάφειας μεταξύ της μεταγνωστικής συνιστώσας των εκτελεστικών λειτουργιών («Μεταγνωστικός Δείκτης») και των κοινωνικών αποτελεσμάτων των παιδιών με ΔΑΦ. Πιο συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση των εκτελεστικών λειτουργιών χρησιμοποιήθηκε ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο που ονομάζεται «Behavior Rating Inventory of Executive Function» (BRIEF) (Gioia et al., 2000). Το εν λόγω εργαλείο περιλαμβάνει ξεχωριστά έντυπα ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς αντίστοιχα. Πρόκειται για ερωτηματολόγια 86 στοιχείων, η χορήγηση των οποίων διαρκεί 10-15 λεπτά κατά προσέγγιση. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε

μια κλίμακα τριών σημείων και επιδέχονται τις απαντήσεις: «Ποτέ», «Μερικές φορές», «Σπάνια». Όσο υψηλότερες είναι οι βαθμολογίες που προκύπτουν, τόσο μεγαλύτερη είναι η υπάρχουσα εκτελεστική δυσλειτουργία. Στο BRIEF προσδιορίζονται οχτώ (8) υποκλίμακες εκτελεστικών λειτουργιών: Η «αναστολή» («inhibit»), η «εναλλαγή» («shifting») και ο «συναισθηματικός έλεγχος» («emotional control») που συνθέτουν τον Δείκτη Συμπεριφορικής Ρύθμισης («Behavioral Regulation Index», BRI), καθώς και η «εκκίνηση δράσης» («initiate»), η μνήμη εργασίας («working memory»), ο «προγραμματισμός/οργάνωση» («plan/organize»), η «οργάνωση υλικών» («organization of materials»), και ο «έλεγχος – παρακολούθηση» («monitor») που αποτελούν τον «Μεταγνωστικό Δείκτη» («Metacognition Index», MI). Ο δείκτης BRI αξιολογεί την ικανότητα του υποκειμένου να αλλάζει τη συναισθηματική του κατάσταση και να ρυθμίζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του επιστρατεύοντας τον κατάλληλο αυτοέλεγχο, ενώ από την άλλη, ο δείκτης MI αντικατοπτρίζει την ικανότητα διαχείρισης των εργασιών – στόχων γνωστικά, καθώς και την ικανότητα επίβλεψης της απόδοσης από το ίδιο το άτομο (Berenguer et al., 2018).

Τέλος, με δεδομένο τον ισχυρισμό ότι η παρουσία προβλημάτων τόσο στον τομέα των εκτελεστικών λειτουργιών, όσο και της πραγματολογίας αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό του αυτισμού, οι Filipe et al. (2020) εξέτασαν σε μελέτη τους τον ρόλο που κατέχουν οι ικανότητες οι οποίες περιλαμβάνονται στις εκτελεστικές λειτουργίες, καθώς και οι πραγματολογικές γλωσσικές δεξιότητες σε παιδιά με ΔΑΦ υψηλής – κυρίως – λειτουργικότητας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνεται, πρωτίστως, ο άνωθεν ισχυρισμός. Παράλληλα, καταδεικνύεται η συσχέτιση του πραγματολογικού τομέα με την εκτελεστική λειτουργικότητα προτείνοντας, πως τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες οδηγούν σε φτωχότερες δεξιότητες της πραγματολογίας. Οι πραγματολογικές δεξιότητες που αξιολογήθηκαν αφορούσαν σε λεκτικές, αλλά και μη λεκτικές πτυχές της επικοινωνίας, όπως η ικανότητα ανάληψης των ρόλων του ομιλητή και του ακροατή ανάλογα με το πλαίσιο, η ποικιλία των γλωσσικών πράξεων (π.χ. σχολιασμός, αιτήματα, υποσχέσεις κλπ.), η επιλογή, εισαγωγή, διατήρηση και αλλαγή ενός θέματος συζήτησης, η λήψη σειράς, η επιλογή και χρήση γλωσσικών πράξεων που είναι σχετικές με το θέμα και κατάλληλες για την ύπαρξη συνοχής στον λόγο, οι παραλλαγές στο ύφος, η καταληπτότητα, η προσωδία, η σωματική απόσταση ή εγγύτητα

ακροατή – ομιλητή, η στάση και οι κινήσεις μελών του σώματος, οι χειρονομίες, οι εκφράσεις του προσώπου, η βλεμματική επαφή κ.ά.

2.5 Κοινωνικές και πραγματολογικές δυσκολίες υπό την ερμηνεία των γνωστικών θεωριών και των ελλειμμάτων στην πραγματολογία

Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρατέθηκαν στα ανωτέρω υποκεφάλαια, επαληθεύεται η άποψη που εκθέτουν οι Γερμανά & Παντελοπούλου (2021), ότι η ανεπαρκής ανάπτυξη των τριών κυρίαρχων γνωστικών θεωριών (Θεωρία του Νου, υπόθεση της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής, υπόθεση της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας) συμβάλλει στην εκδήλωση μιας σειράς κοινωνικών και πραγματολογικών δυσκολιών στα παιδιά, οι οποίες παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον πίνακα 5. Ωστόσο, θίγουν και τον εξίσου καθοριστικό ρόλο που κατέχει η ανεπάρκεια του πραγματολογικού τομέα στην εμφάνιση αυτών των δυσκολιών. Ομοίως, οι Berenguer et al. (2018) διαπιστώνουν την παρουσία συσχέτισης μεταξύ της πραγματολογικής επάρκειας και της κοινωνικής λειτουργικότητας, επιβεβαιώνοντας με το εύρημά τους, πως η κοινωνική επικοινωνία και η πραγματολογία είναι κατά μία έννοια άρρηκτα συνδεδεμένες, με τις πραγματολογικές δεξιότητες να είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη επιτυχημένων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Πίνακας 5. Κοινωνικές και πραγματολογικές δυσκολίες οφειλόμενες στην ανεπαρκή ανάπτυξη της πραγματολογίας και των γνωστικών θεωριών.

- Δυσκολία στην εξαγωγή συμπερασμάτων
- Υπερβολική εστίαση στη λεπτομέρεια χάνοντας το πραγματικό νόημα και την πραγματική εκτίμηση μίας κατάστασης
- Έντονος παρορμητισμός, με αποτέλεσμα την απρεπή ομιλία στους άλλους ή τον κίνδυνο για βλάβη της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου του ατόμου
- Δυσκολία στην έναρξη, διατήρηση, τερματισμό μίας συζήτησης

- Δυσκολία συμμετοχής σε ομαδικά παιχνίδια
- Δυσκολία στο παιχνίδι προσποίησης
- Δυσκολία στη δημιουργία φιλικών σχέσεων
- Αποδιοργανωμένος λόγος κατά τη διάρκεια περιγραφών και αφήγησης γεγονότων/ καταστάσεων
- Δυσκολία στην ενίσχυση του περιεχομένου ενός μηνύματος μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας
- Ανταπόκριση του ατόμου σε αυτό που του λένε με ακατάλληλη χρήση της φωνής
- Δυσκολία στην κατανόηση και χρήση του χιούμορ
- Δυσκολία στη μεταφορική χρήση του λόγου
- Δυσκολία στη διάκριση τυχαίων και εμπρόθετων ενεργειών

(Αυτούσια παράθεση από Γερμανά & Παντελοπούλου, 2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διαταραχή στη ρύθμιση των συναισθημάτων στον αυτισμό

3.1 Εισαγωγή

Τα προβλήματα που αφορούν στον συναισθηματικό τομέα, κατέχουν εξέχουσα θέση σε πολλές κλινικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων και των Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού. Η παραπάνω θεώρηση χαίρει, πράγματι, αποδοχής δεδομένου, ότι η διαταραχή στη ρύθμιση των συναισθημάτων αναγνωρίζεται ως ένα κοινό ζήτημα μεταξύ των ατόμων με ΔΑΦ, το οποίο, αν και δε συγκαταλέγεται στα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, φέρει ισχυρό αντίκτυπο τόσο για την ψυχική, όσο και για τη σωματική τους υγεία, καθώς έχει συνδεθεί με μία πληθώρα δυσμενών αποτελεσμάτων (Cai et al., 2018). Έτσι, στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται ενδελεχώς η έννοια της συναισθηματικής ρύθμισης και εξετάζεται η συσχέτιση αυτής με κοινωνικά, συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορεί να εκδηλώνονται στις ΔΑΦ.

3.2 Συναισθηματική ρύθμιση, συναισθηματικότητα και έκφραση των συναισθημάτων

Η συναισθηματική ικανότητα (emotional competence) αποτελεί την ικανότητα που διέπει τα άτομα να αναγνωρίζουν τη συναισθηματική κατάσταση των ίδιων, αλλά και των άλλων, καθώς επίσης να εκφράζουν κατάλληλα και να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους (Saarni, 2000; Reyes et al., 2020). Τρεις από τις πτυχές που συνθέτουν τη συναισθηματική ικανότητα, είναι η συναισθηματική ρύθμιση (emotional regulation), η συναισθηματικότητα (emotionality) και η έκφραση των συναισθημάτων (express of emotion). (Reyes et al., 2020).

Ξεκινώντας από το δομικό στοιχείο της συναισθηματικότητας, αυτή περιγράφει την τάση εκδήλωσης μιας έντονης αρνητικής συναισθηματικής αντίδρασης ως απάντηση σε ένα συγκινησιακά εγερτήριο ερέθισμα (Eisenberg et al., 1996; Reyes et al., 2020). Ευρήματα από παλαιότερες έρευνες σχετικά με τη συναισθηματικότητα σε παιδιά με ΔΑΦ κατέδειξαν, σύμφωνα με τις αναφορές των φροντιστών, ότι αυτά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος και αυξημένη αρνητική συναισθηματικότητα (λ.χ. υψηλότερα επίπεδα

αντιδραστικότητα – ψυχικής δυσφορίας και αρνητικού συναισθήματος, επίμονη ευερεθιστότητα) συγκριτικά με τους συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης. (Reyes et al., 2020).

Αξιοσημείωτη, ωστόσο, είναι και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ ως προς μία ακόμα πτυχή της συναισθηματικής ικανότητας, εκείνη της έκφρασης των συναισθημάτων (Reyes et al., 2020). Δεδομένου ότι τα μικρά παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν γνωστικές ιδιαιτερότητες στο πώς ερμηνεύουν τις συναισθηματικές εμπειρίες που βιώνουν τόσο τα ίδια, όσο και οι άλλοι, υποστηρίζεται, ότι είναι απίθανο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με συμβατικό τρόπο (Saarni, 1999; Nader-Grosbois & Mazzone, 2014). Όπως παρατίθεται στους Reyes et al. (2020), η από κοινού προσοχή κατά τη διάρκεια μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών και ενός άλλου ατόμου μπορεί, για παράδειγμα, να χαρακτηρίζεται συχνά από λιγότερο θετικό συναίσθημα (Kasari et al., 1990). Επιπρόσθετα, συγκρίνοντας άτομα παιδικής ηλικίας με ΔΑΦ και με σύνδρομο Down διαπιστώνεται, ότι τα πρώτα εμφανίζουν φτωχότερη συναισθηματική εκφραστικότητα από ό,τι τα δεύτερα (Loveland et al., 1994). Πιο συγκεκριμένα, όταν τους ζητείται να παράγουν συγκεκριμένες εκφράσεις του προσώπου, τείνουν να επιδεικνύουν μικρό αριθμό από αυτές, χρησιμοποιώντας περισσότερες άτυπες εκφράσεις.

Μεταβαίνοντας στη σχολική πλέον ηλικία, προβάλλεται ο ισχυρισμός, πως τα άτομα με ΔΑΦ ανταποκρίνονται στα συναισθήματα που εκφράζουν οι υπόλοιποι με λιγότερο ενδιαφέρον και παρηγορητική διάθεση ή ενσυναίσθηση, και δυσκολεύονται, συγχρόνως, να μοιραστούν τα δικά τους συναισθήματα (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014). Αυτή η αδυναμία που χαρακτηρίζει τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ όσον αφορά την ενσυναίσθηση, είναι ευρέως πραγματευμένη. Για τον λόγο αυτό, άλλωστε, οι ενσυναισθητικές αντιδράσεις εκπαιδεύονται ειδικώς μέσω κοινωνικών σεναρίων. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει, ότι οι μαθητές με ΔΑΦ, σε αντιπαράβολή με τυπικούς συνομηλίκους ή παιδιά με νοητική υστέρηση, εκφράζουν λιγότερο αυθόρμητα τα συναισθήματά τους όταν αλληλεπιδρούν κοινωνικά με τους άλλους (Bieberich & Morgan, 2004), ενώ ελλείμματα παρατηρούνται, επίσης, μεταξύ της συναισθηματικής έκφρασης, της βλεμματικής επαφής και της αμοιβαιότητας των εκφράσεων του προσώπου, που χρησιμοποιούν οι πρώτοι, σε σχέση με τις εκφράσεις που επιδεικνύει ο φροντιστής (Dawson et al., 1990). Εν ολίγοις, φαίνεται λοιπόν, πως τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν μειωμένη

συναισθηματική εκφραστικότητα, λόγω του συχνά ουδέτερου, επίτεδου ή ιδιοσυγκρασιακού τρόπου έκφρασης που τα χαρακτηρίζει. (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014).

Όσον αφορά την τελευταία πτυχή της συναισθηματικής ικανότητας, η συναισθηματική ρύθμιση (ΣΡ) αντιστοιχεί σε αυτόματες ή σκόπιμες διαδικασίες ελέγχου, αξιολόγησης και τροποποίησης της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, μέσω της χρήσης διάφορων στρατηγικών, προάγοντας εντέλει την προσαρμοστική συμπεριφορά ή την επίτευξη ενός στόχου (Goldsmith & Kelley, 2018; Nader-Grosbois & Mazzone, 2014; Eisenberg et al., 2000; Gross & Thompson, 2007; Thompson, 1994).

Προκειμένου λοιπόν τα άτομα να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους, ενεργοποιείται η δράση ενός πλήθους διεργασιών και στρατηγικών της ΣΡ. Σύμφωνα με το μοντέλο διεργασιών της ΣΡ που προτάθηκε από τον Gross (1998), διακρίνονται πέντε (5) κατηγορίες διαδικασιών: (1) «επιλογή κατάστασης» («situation selection») (λ.χ. η αποφυγή ή η προσέγγιση συγκεκριμένων καταστάσεων), (2) «τροποποίηση κατάστασης» («situation modification») (λ.χ. η επίλυση προβλημάτων), (3) «ανάπτυξη προσοχής» («attentional deployment») (λ.χ. η επικέντρωση ή η απόσπαση της προσοχής από πληροφορίες), (4) «γνωστική αλλαγή» («cognitive change») (λ.χ. η τροποποίηση των εκτιμήσεων μιας κατάστασης) και (5) «διαμόρφωση απόκρισης» («response modulation») (λ.χ. ο βαθμός στον οποίο ένα συναίσθημα εκφράζεται προς τα έξω). Καθεμία από τις παραπάνω διαδικασίες ΣΡ περιλαμβάνει στρατηγικές οι οποίες χαρακτηρίζονται είτε ως προσαρμοστικές, είτε ως δυσπροσαρμοστικές για τους τομείς της ψυχοσωματικής υγείας και ευημερίας των ατόμων γενικότερα (Gross & John, 2003). (Cai et al., 2018).

Αναλυτικότερα, επικρατεί συμφωνία μεταξύ διάφορων μελετητών ως προς την άποψη, ότι η υγιής ΣΡ επιτυγχάνεται μέσω της επιτυχούς αύξησης των θετικών συναισθημάτων και της καταστολής των αρνητικών συναισθημάτων. Τα ερευνητικά αποτελέσματα υποστηρίζουν, πως η συστηματική εφαρμογή στρατηγικών ΣΡ για τον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. αποφυγή, άρνηση, συναισθηματική καταστολή) συνδέεται, εντέλει, με περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, αυξημένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος, έκπτωση της μνήμης, προβλήματα στην επικοινωνία και στη διαμόρφωση κοινωνικών σχέσεων, καθώς και εσωτερικευμένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Ως εκ τούτου, όταν αυτού του είδους οι

στρατηγικές χρησιμοποιούνται σε βαθμό που τις καθιστά καθιερωμένες, θεωρούνται κατά κανόνα δυσπροσαρμοστικές για το άτομο. Σε αντιδιαστολή, προσαρμοστικές στρατηγικές ΣΡ αποτελούν η γνωστική επανεκτίμηση, η επίλυση προβλημάτων και η αποδοχή, διότι επιφέρουν θετικά αποτελέσματα, όπως ελάττωση της κακής διάθεσης, βελτίωση της μνήμης και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. (Cai et al., 2018).

Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία αναγνωρίζονται και άλλοι τύποι κατηγοριοποίησης των στρατηγικών ΣΡ, πέρα από τη διάκρισή τους σε προσαρμοστικές (adaptive) και δυσπροσαρμοστικές (maladaptive). Ενδεικτικά, οι στρατηγικές μπορεί να περιγράφονται ως έμμεσες (implicit) ή ρητές (explicit), συνειδητές (conscious) ή ασυνείδητες (unconscious), εκούσιες (voluntary) ή ακούσιες (involuntary), εσωτερικές (intrinsic) ή εξωτερικές (extrinsic) κ.ά. (Cai et al., 2018). Όσον αφορά τις τελευταίες, πρόκειται για εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες διεργασίες που συνιστούν την εσωτερική και εξωτερική ΣΡ αντίστοιχα (Cibralic et al., 2019; Gross, 2013). Ειδικότερα, η εσωτερική ΣΡ αναφέρεται στην ικανότητα που διέπει τα άτομα να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους χρησιμοποιώντας, για παράδειγμα, στρατηγικές εσωτερικού διαλόγου ή αυτο-καθυσυχασμού, ενώ η εξωτερική ΣΡ αφορά καταστάσεις ρύθμισης των συναισθημάτων από έναν εξωγενή παράγοντα (λ.χ. ένα βρέφος που ηρεμεί αφού το αγκαλιάσει ο φροντιστής του) (Cibralic et al., 2019; Gross, 2013).

Η αφετηρία της αναπτυξιακής πορείας της ΣΡ εντοπίζεται κατά τη βρεφική ηλικία, καθώς, ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής, τα βρέφη αναζητούν την υποστήριξη του βασικού τους φροντιστή, προκειμένου να ελέγξουν τη συναισθηματική τους κατάσταση και διέγερση (Cicchetti et al., 1991). Οι αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα στα βρέφη και τα πρόσωπα φροντίδας, περιλαμβάνουν την έκφραση των αναγκών των πρώτων μέσω ποικίλων θυμικών καταστάσεων, οι οποίες ερμηνεύονται από τους δεύτερους και οδηγούν τελικά στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών (Cicchetti et al., 1991). Παράλληλα, η σπουδαιότητα των αλληλεπιδράσεων βρέφους – φροντιστή έγκειται στην υποβοήθηση των δομών του εγκεφάλου, που είναι αρμόδιες για την εκμάθηση της ορθής ρύθμισης των συναισθημάτων στα βρέφη, να ωριμάσουν και να αναπτυχθούν (Cicchetti et al., 1991). Γενικά επισημαίνεται, ότι ο εξέχων ρόλος που κατέχουν οι φροντιστές ως παράγοντας διευκόλυνσης της ΣΡ είναι παρόν καθ' όλη τη

διάρκεια των αναπτυξιακών περιόδων από τη βρεφική μέχρι την εφηβική ηλικία, με αυτούς να προσαρμόζουν τις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές βάσει των εκάστοτε αναγκών του ατόμου (Cicchetti et al., 1991). Ακολούθως, η μετάβαση από τη βρεφική στη νηπιακή ηλικία (18-36 μήνες), χαρακτηρίζεται από βελτίωση των ικανοτήτων εσωτερικής συναισθηματικής ρύθμισης (Gross, 2013). Έτσι, τα νήπια διακρίνονται πλέον σε εκείνα που είναι σε θέση να ρυθμίζουν ενδογενώς τα συναισθήματά τους με επιτυχία, οπότε ανταποκρίνονται κοινωνικά καταλλήλως σε συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης, αλλά και σε εκείνα που εμφανίζουν συναισθηματική απορρύθμιση (ΣΑ), δηλαδή παρουσιάζουν υπερβολική ή ελλειμματική, αντιθέτως, συναισθηματική αντιδραστικότητα (Cole et al., 1994). (Cibralic et al., 2019).

3.3 Ορισμός – κλινική έκφραση της διαταραχής στη ρύθμιση των συναισθημάτων στις ΔΑΦ

Σύμφωνα με τους Werner & Gross (2010), ως διαταραχή ρύθμισης των συναισθημάτων ή συναισθηματική απορρύθμιση (ΣΑ) ορίζεται η αδυναμία ευέλικτης ανταπόκρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014). Συμπληρωματικά, όπως αναφέρεται στους Cai et al. (2018), η ΣΑ είναι το αποτέλεσμα της ακατάλληλης ή αναποτελεσματικής ρύθμισης των συναισθημάτων και μπορεί να εκδηλώνεται υπό τη μορφή αρνητικής συναισθηματικότητας ή ευερεθιστότητας.

Η διαταραγμένη ρύθμιση των συναισθημάτων συνιστά ένα εξίσου βασικό στοιχείο το οποίο συμπεριλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, στο κλινικό προφίλ των ατόμων με ΔΑΦ και αντανακλάται στα ελλείμματα της έκφρασης, της διαμόρφωσης, αλλά και της εσωτερικής και εξωτερικής ρύθμισης των συναισθημάτων, που έχουν διαπιστωθεί σε τέτοιους πληθυσμούς. Αναζητώντας την αιτία που εξηγεί όλες αυτές τις ιδιαιτερότητες στην έκφραση και τη ρύθμιση των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ, οι Nader-Grosbois & Mazzone (2014), βασιζόμενοι σε στοιχεία προγενέστερων μελετητών, κατέγραψαν τα ακόλουθα: «δυσκολίες στην αναγνώριση των εκφράσεων του προσώπου, στην ταυτοποίηση και κατανόηση των συναισθημάτων, στην αποκωδικοποίηση πρόδρομων παραγόντων της Θεωρίας του Νου (όπως η κοινή προσοχή), στην επεξεργασία της Θεωρίας του Νου και των κοινωνικο-συναισθηματικών πληροφοριών». (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014).

Ως επακόλουθο της ελλειμματικής ΣΡ υπογραμμίζεται ο κίνδυνος που διατρέχουν τα άτομα με ΔΑΦ να βιώσουν οξυμένες καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης και ό,τι αυτές συνεπάγονται (λ.χ. νευρικότητα, αναστάτωση που συχνά ερμηνεύονται ως προβλήματα συμπεριφοράς). Παράλληλα, μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά πτυχές της κοινωνικής λειτουργικότητας και ακαδημαϊκότητας των ατόμων, λόγω περιορισμού της πρόθεσής τους να αλληλεπιδράσουν ή να μάθουν. «Κατά συνέπεια, περιγράφονται ως αγχώδεις, ανήσυχοι, φοβισμένοι ή μη-συμμορφούμενοι». (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014). Όπως διατυπώνεται σε αναφορές προερχόμενες από εκπαιδευτικούς, τα παιδιά με ΔΑΦ, συγκρινόμενα με τους τυπικούς συμμαθητές τους, σημειώνουν περισσότερες συμπεριφορικές, ακαδημαϊκές και συναισθηματικές δυσκολίες, οι τελευταίες εκ των οποίων εκφράζονταν κυρίως υπό τη μορφή τακτικών ξεσπασμάτων θυμού, τάσης για κλάμα, γρήγορων εναλλαγών διάθεσης, καθώς και εύκολης εγκατάστασης αισθήματος απογοήτευσης στις περιπτώσεις όπου η ικανοποίηση των απαιτήσεών τους δεν ήταν άμεση (Ashburner et al., 2010).

Η σημασία, λοιπόν, της διαταραχής στη ρύθμιση των συναισθημάτων στον αυτισμό τονίζεται από μεγάλο πλήθος ερευνών, καθώς η εντόπισή της σε παιδικούς πληθυσμούς με ΔΑΦ είναι συντριπτική, καλύπτοντας ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα (Cai et al., 2018). Ειδικότερα, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νέοι με ΔΑΦ όσον αφορά τη ΣΡ, τείνουν να είναι επίμονες με την παρέλευση του χρόνου δεδομένου, ότι ακόμα και κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή τα άτομα στο φάσμα εμφανίζουν φτωχές δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων (Reyes et al., 2020). Γενικώς, τα ευρήματα για τη ΣΡ στις ΔΑΦ, σε σύγκριση με άτομα που είναι τυπικώς αναπτυσσόμενα, καταδεικνύουν μεγαλύτερο αριθμό δυσκολιών στον εν λόγω τομέα και λιγότερο αποτελεσματική εφαρμογή στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης, η χρήση των οποίων χαρακτηρίζεται, μάλιστα, από δυσπροσαρμοστικότητα. Αναλυτικότερα, τα άτομα με ΔΑΦ χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη συχνότητα δυσπροσαρμοστικές, παρά προσαρμοστικές στρατηγικές ΣΡ (Burton et al., 2020; Cai et al., 2018). Το συγκεκριμένο πρότυπο χρήσης στρατηγικών έχει συνδεθεί με την παρουσία και την αυξημένη σοβαρότητα τόσο εσωτερικευμένων, όσο και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων που εκδηλώνονται στις ΔΑΦ (Cai et al., 2018). Αντίστοιχα ευρήματα από παλαιότερες μελέτες παραθέτουν, επίσης, οι Reyes et al. (2020) και οι Nader-Grosbois & Mazzone (2014). Σύμφωνα με αυτά, τα μικρότερα παιδιά με ΔΑΦ

φαίνεται, πως αδυνατούν να ηρεμήσουν τον εαυτό τους, παρουσιάζουν μεγαλύτερη μεταβλητότητα στις ικανότητες ΣΡ και ενεργοποιούν κατά κύριο λόγο μη επιτυχημένες στρατηγικές για να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους, όπως για παράδειγμα περισσότερες στρατηγικές αποφυγής, συγκριτικά με τους τυπικούς συνομηλίκους. Συνεχίζοντας, κατά την προσχολική ηλικία παρατηρείται δυσχέρεια στην τροποποίηση των συναισθηματικών αντιδράσεων, που λαμβάνουν χώρα εν μέσω των κοινωνικών ανταλλαγών, ως απάντηση στους άλλους.

3.4 Παράγοντες παρεμπόδισης της επιτυχούς συναισθηματικής ρύθμισης στις ΔΑΦ

Όπως τονίστηκε εξ αρχής κατά την προσέγγιση της έννοιας της συναισθηματικής ρύθμισης, ο ρόλος των φροντιστών είναι καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης της ΣΡ ήδη από πολύ νωρίς στη ζωή (Rothbart & Bates, 2006). Πληθώρα ερευνών υποστηρίζει, πως τα μικρά παιδιά αναπτύσσουν δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης μέσω της παρατήρησης, μοντελοποίησης και κοινωνικής αναφοράς (η σκόπιμη αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τα συναισθήματα των άλλων για την ερμηνεία καταστάσεων) (Morris et al., 2007). Η ρύθμιση των συναισθημάτων συνιστά κυρίως μια αυθόρμητη διαδικασία που συμβαίνει κατά τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις χωρίς ρητή καθοδήγηση ή κατευθυντήρια διδασκαλία. Καθώς βελτιώνεται ο ανασταλτικός έλεγχος, η προσοχή και η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων του παιδιού, ο γονικός έλεγχος σταδιακά μειώνεται (Eisenberg & Sulik, 2012). Ωστόσο, στα παιδιά με ΔΑΦ η μειωμένη κοινωνική προσοχή, τα ελάχιστα κίνητρα, καθώς και η μη φυσιολογική αντίληψη των κοινωνικών ενδείξεων εκτροχιάζουν πρώιμα τα άτομα αυτά από την επίτευξη επιτυχούς συναισθηματικής ρύθμισης (Dawson, 2008; Dawson et al., 1998; Jones & Klin, 2013). Συνεπώς, η αναπόφευκτη επερχόμενη αδυναμία αναγνώρισης και επισήμανσης των συναισθημάτων τόσο των άλλων, όσο και του ίδιου του ατόμου, θα μπορούσε να οδηγήσει σε παρερμηνεία των συγκινησιακών καταστάσεων και σε παρεμπόδιση της ΣΡ (Turak et al., 2014).

Ανάμεσα στους πιθανούς παράγοντες που παρακωλύουν τη συναισθηματική ρύθμιση σε παιδιά με ΔΑΦ συγκαταλέγεται, μεταξύ άλλων, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΑΦ, οι

εκτελεστικές λειτουργίες, ο δείκτης νοημοσύνης (IQ), η γλωσσική ικανότητα, καθώς και η προσωπικότητα και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου.

Αρχικά, τα χαρακτηριστικά που είναι συνυφασμένα με τη Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού, προδιαθέτουν συχνά την αντιμετώπιση προκλήσεων όσον αφορά τη ΣΡ (Mazefsky et al. 2013; Mazefsky & White 2014; White et al. 2014). Τα ελλείμματα στην κοινωνική και επικοινωνιακή λειτουργία, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και οι αισθητηριακές ανωμαλίες σχετίζονται σημαντικά με συναισθηματικές δυσλειτουργίες (Samson et al., 2014). Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ των κύριων συμπτωμάτων της ΔΑΦ και της ικανότητας ρύθμισης των συναισθημάτων εξετάζεται σε βάθος στο επόμενο υποκεφάλαιο.

Σχετικά με τις εκτελεστικές λειτουργίες, η ικανότητα παρακολούθησης και η μεταβολή μιας συναισθηματικής εμπειρίας απαιτούν τη διαμεσολάβηση διαδικασιών προσοχής και ανώτερων γνωστικών διεργασιών, η σημασία των οποίων για τη ΣΡ ατόμων με ΔΑΦ, αλλά και τυπικής ανάπτυξης έχει τεκμηριωθεί επαρκώς (Ochsner & Gross, 2005; Zelazo & Cunningham, 2007). Η επιτυχής ΣΡ χρήζει προσαρμοστικής και στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς, που αποτελούν συνιστώσες των εκτελεστικών λειτουργιών. Πιο συγκεκριμένα, για την επίτευξη των στόχων αναγνωρίζεται η ιδιαίτερη βαρύτητα της διατήρησης της επίγνωσης και της παράλληλης αναστολής παρεμβατικών σκέψεων και συμπεριφορών (Solomon et al., 2008). Ταυτόχρονα, απαραίτητος για την προσαρμογή σε διάφορες συνθήκες κρίνεται ο περιορισμός της προσοχής σε αρνητικά ερεθίσματα και η εστίασή της σε ειδικές πτυχές του γενικού πλαισίου, με σκοπό την εύρεση μιας κατάλληλης απόκρισης. Ακόμα, πολλαπλές μελέτες με αντικείμενο τις ΔΑΦ έχουν καταδείξει τον επιδραστικό ρόλο τόσο των διαταραχών στη γνωστική ευελιξία, όσο και της ικανότητας μετατόπισης της προσοχής (Hill, 2008; Ozonoff et al., 2004; Ozonoff & Strayer, 1997; Rinehart et al., 2001). Οι αναφερόμενες εμμονές και η τάση υπερ-εστίασης σε πτυχές μιας κατάστασης με αποκλεισμό άλλων, ενδεχομένως πιο σημαντικών, επεκτείνεται σε ένα πρόβλημα υψηλότερης τάξης, αυτό της δυσκολίας για εννοιολογική ολοκλήρωση (Ozonoff et al., 1994). Η αδυναμία εννοιολογικής ενσωμάτωσης και επεξεργασίας των εισερχόμενων πληροφοριών μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από αλυσιδωτές και αμοιβαίες επιδράσεις σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΣΡ, συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας λήψης

προοπτικής, της διαταραγμένης υποθετικής σκέψης και της μειωμένης ικανότητας εύρεσης λύσεων σε προβλήματα (Dunlop et al., 2008; Hill, 2008; Pugliese & White, 2014; Reed & Peterson, 1990). Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη της ικανότητας ΣΡ μπορεί να παρεμποδίζεται στα άτομα με ΔΑΦ μέσω διεργασιών που σχετίζονται με την εκτελεστική δυσλειτουργία και τις αρκετά υποτυπώδεις δεξιότητες επίγνωσης και αναγνώρισης συναισθημάτων. (White et al., 2014).

Ακολούθως, το υψηλότερο επίπεδο νοητικής απόδοσης και η υψηλότερη λεκτική ικανότητα φαίνεται να συνδέονται με αποτελεσματικότερη κοινωνική προσαρμογή των παιδιών με ΔΑΦ. Όσα παρουσιάζουν υψηλότερη λεκτική ικανότητα, με βάση την αναπτυξιακή τους ηλικία, θεωρείται, ότι έχουν καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Οι Gulsrud et al. (2010) διαπίστωσαν, ότι οι εξελιγμένες λεκτικές στρατηγικές ΣΡ χρησιμοποιούνται με λιγότερη συχνότητα στις περιπτώσεις χαμηλού εκφραστικού λόγου. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με τους Nader-Grosbois & Mazzone (2015) να αναφέρουν, πως η γλωσσική ικανότητα συνδέεται θετικά με τη συναισθηματική ρύθμιση. Σε έρευνα των Jahromi et al. (2012), η ικανότητα ανάπτυξης εποικοδομητικών στρατηγικών ΣΡ σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας ερμηνευόταν καλύτερα από έναν μόνο παράγοντα, ο οποίος ήταν η νοημοσύνη. Αντίθετα, η χρήση λιγότερο εποικοδομητικών στρατηγικών, όπως η συμπεριφορά αποφυγής, εξηγούνταν καλύτερα από τον παράγοντα της γλωσσικής ικανότητας, ο οποίος ήταν μειωμένος. Από την άλλη πλευρά, σε έρευνες που περιλάμβαναν συμμετέχοντες με ΔΑΦ και δείκτη νοημοσύνης 80 και άνω δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της παρούσας μεταβλητής με τη ρύθμιση των συναισθημάτων (Ting & Weiss, 2017). Παρομοίως, άλλες έρευνες με μεγαλύτερη διακύμανση ως προς τους γνωστικούς δείκτες των υποκειμένων κατέδειξαν, πως το IQ δεν αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της ΣΡ και των σχετικών προβλημάτων συμπεριφοράς (Berkovits et al., 2017; Samson et al., 2014; Samson et al., 2015). Εντούτοις, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που υποδεικνύουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών ενός αναπτυξιακού δείκτη (Developmental Quotient, DQ) και των προσαρμοστικών στρατηγικών ΣΡ σε παιδιά με ΔΑΦ (Konstantareas & Stewart, 2006). Έτσι, η σχέση μεταξύ της νοημοσύνης, της γλωσσικής ικανότητας και των δεξιοτήτων ρύθμισης των συναισθημάτων σε αυτόν τον πληθυσμό παραμένει ακόμη ένα ανεξερεύνητο ερευνητικό ερώτημα.

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας παρεμπόδισης της ΣΡ είναι η χρονολογική ηλικία. Ένα σύνολο ερευνών παρέχει στοιχεία τα οποία προτείνουν τη βελτίωση στην επιλογή και στη χρήση των στρατηγικών ΣΡ με την πάροδο της ηλικίας, τόσο στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης όσο και σε εκείνα με αναπτυξιακές διαταραχές, με τα τελευταία να παρουσιάζουν συγκριτικά ελλείμματα (Gerstein et al., 2011; Gullone et al., 2010; Mangelsdorf et al., 1995; Vaughn et al., 1984). Πιθανή ερμηνεία αποτελεί το γεγονός, πως κατά την αναπτυξιακή πορεία ενός παιδιού η νοητική και νευροβιολογική ωρίμανση, καθώς και η πληθωρικότητα των κοινωνικών επιρροών, οδηγούν σε πολυπλοκότερη ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων (Calkins, 1994; Cole et al., 1994; Kopp, 1982; Kopp, 1989; Thompson, 2011). Μάλιστα, η αναλογική αύξηση της χρονολογικής ηλικίας και της ποιότητας των στρατηγικών ΣΡ επιβεβαιώνεται από τους Samson et al. (2015), ενώ έρευνες των Cai et al. (2018) και Rouw et al. (2013) δε βρίσκουν σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στους εν λόγω παράγοντες. Καταληκτικά, εντοπίζονται αντιφατικές απόψεις αναφορικά με την πιθανή επίδραση της χρονολογικής ηλικίας στις διεργασίες συναισθηματικής ρύθμισης των ατόμων με ΔΑΦ, αφού η μεγάλη διακύμανση στον βαθμό της νοητικής λειτουργίας και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων – χαρακτηριστικών της διαταραχής καθιστούν τον ρόλο της δυσδιάκριτο.

Τέλος, σοβαρή παράλειψη θα αποτελούσε η μη αναφορά στον ρόλο της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας του κάθε ανθρώπου. Τα γνωρίσματα της προσωπικότητας αναφέρονται σε ατομικές διαφορές ως προς έναν σταθερό τρόπο νόησης, συμπεριφοράς και συγκινησιακής διάθεσης (Caspi, 1998). Η ιδιοσυγκρασία αποτελεί στοιχείο της προσωπικότητας και ορίζεται ως ένα σύνολο ψυχοβιολογικών στοιχείων τα οποία είναι ξεχωριστά για κάθε άτομο και καθορίζουν τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές του αντιδράσεις. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας πιστεύεται, ότι επιδεικνύουν συνέπεια σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και σχετική σταθερότητα με την πάροδο του χρόνου (Rothbart & Bates, 1998). Οι Mervielde et al. (2005) πρότειναν ένα μοντέλο πέντε (5) διαστάσεων («Πενταδιάστατο Μοντέλο της Προσωπικότητας») για την καλύτερη αποτύπωση των ατομικών διαφορών, στο οποίο περιέχεται η εξωστρέφεια, η συναισθηματική σταθερότητα, η τερπνότητα/προσήνεια, η ευσυνειδησία και το «άνοιγμα» σε νέες εμπειρίες. Μέσω αυτού του μοντέλου, το οποίο παρουσιάζεται

συγκεντρωτικά στον πίνακα 6, έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι υποκείμενες διαφορές στη δυσπροσαρμοστικότητα των ατόμων με διαταραχές προσωπικότητας.

Πίνακας 6. Το «Πενταδιάστατο Μοντέλο της Προσωπικότητας».

Εξωστρέφεια	Η εξωστρέφεια (έναντι της εσωστρέφειας) αντιστοιχεί σε άτομα που απολαμβάνουν τη συνεύρεση με άλλους ανθρώπους, είναι γεμάτα ενέργεια, ενθουσιώδη, προσανατολισμένα στη δράση και βιώνουν συχνά θετικά συναισθήματα. Αντιθέτως, τα εσωστρεφή άτομα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα δραστηριότητας και τείνουν να είναι μοναχικά, συγκρατημένα, ήσυχα, σκεπτόμενα και αποστασιοποιημένα από τα κοινωνικά δίκτυα.
Συναισθηματική σταθερότητα	Η συναισθηματική σταθερότητα χαρακτηρίζει τα άτομα που αισθάνονται ασφάλεια, αυτοπεποίθηση, ηρεμία και λιγότερη αναστάτωση. Αντίθετα, ο νευρωτισμός χαρακτηρίζει εκείνα τα άτομα που είναι ευάλωτα σε δυσάρεστα συναισθήματα (λ.χ. θυμό, άγχος), ευαίσθητα και συναισθηματικά αντιδραστικά.
Τερπνότητα/ Προσήνεια	Η τερπνότητα περιγράφει τους ανθρώπους που τείνουν να είναι συμπονετικοί, συνεργάσιμοι και επιδιώκουν την κοινωνική αρμονία. Επομένως, είναι διακριτικοί, φιλικοί, γενναιόδωροι, εξυπηρετικοί και έχουν μια αισιόδοξη άποψη για την ανθρώπινη φύση.
Ευσυνειδησία	Η ευσυνειδησία (έναντι της παρορμητικότητας) χαρακτηρίζει τα άτομα που είναι προσεκτικά, αποτελεσματικά, οργανωμένα και εκείνα που επιδεικνύουν αυτοέλεγχο, αυτοπειθαρχία, προγραμματισμό για την επίτευξη στόχων.

«Άνοιγμα» σε νέες εμπειρίες	Το «άνοιγμα» σε νέες εμπειρίες αφορά ανθρώπους που χαρακτηρίζονται από περιέργεια και πρωτοτυπία. Επιπλέον, είναι ευφάνταστοι, δημιουργικοί και περιπετειώδεις χωρίς να εμφανίζουν περιορισμένα ενδιαφέροντα, προτίμηση για παραμονή στη ζώνη άνεσής τους και αντίσταση στις αλλαγές.
-----------------------------	---

(Τα δεδομένα αντλήθηκαν από Nader-Grosbois & Mazzone, 2014)

Σε μελέτη τους που βασίστηκε στο συγκεκριμένο μοντέλο, οι Fortenberry et al. (2011) επιχείρησαν να μετρήσουν τα χαρακτηριστικά αυτά σε τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά προσχολικής ηλικίας και σε παιδιά με ΔΑΦ. Στη συνέχεια, συνέδεσαν τα αποτελέσματα που προέκυψαν, με τη διάγνωση της ΔΑΦ. Οι διαστάσεις της εξωστρέφειας, της ευσυνειδησίας και του «ανοίγματος» σε νέες εμπειρίες αξιολογήθηκαν ως χαμηλές στα παιδιά που ανήκαν στο φάσμα, όντα περισσότερο κλειστά και νευρωτικά σε σχέση με εκείνα της ομάδας ελέγχου (Fortenberry et al., 2011; Schriber et al., 2014).

Συμπερασματικά, υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων που μπορεί να συντελούν στην απορρύθμιση των συναισθημάτων. Όμως, λαμβάνοντας υπόψη τα δυνατά και αδύναμα σημεία του κάθε παιδιού, η ΣΡ μπορεί να βελτιωθεί μέσω της διδασκαλίας ειδικών στρατηγικών ρύθμισης των συναισθημάτων από τους κλινικούς, τους εκπαιδευτικούς και τους φροντιστές. Όταν τα παιδιά με ΔΑΦ κατανοούν γνωστικά καλύτερα τις καταστάσεις, επικοινωνούν ορθότερα και ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, ενώ αυξάνονται, παράλληλα, οι πιθανότητες αντίληψης της οπτικής γωνίας των άλλων, επίδειξης κοινωνικά επαρκούς συμπεριφοράς, ενσυναίσθησης προς το άλλο άτομο και προσαρμοστικής συμπεριφοράς στην καθημερινή τους ζωή.

3.5 Η συσχέτιση των δυσκολιών συναισθηματικής ρύθμισης με τα κύρια συμπτώματα της ΔΑΦ

Η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των θεμελιωδών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού και της διαταραχής της συναισθηματικής ρύθμισης είναι αποδεδειγμένη (Berkovits et al., 2017; Cai et al., 2018). Όπως ήδη διατυπώθηκε και στο

προηγούμενο υποκεφάλαιο, σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν από έρευνα των Samson et al. (2014), η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας της ΔΑΦ όσον αφορά τα ελλείμματα στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα, τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τις αισθητηριακές ανωμαλίες, συνδέονται σε σημαντικό βαθμό με τη συναισθηματική απορρύθμιση. Μία παρόμοια άποψη τίθεται και από τους Goldsmith & Kelley (2018), κατά την οποία η εμπλοκή της διαταραγμένης ρύθμισης των συναισθημάτων είναι παρατηρήσιμη στην πλειονότητα των βασικών κοινωνικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών της ΔΑΦ – από το κοινωνικό άγχος και την απόσυρση, μέχρι τα έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα λόγω παρέκκλισης από τη ρουτίνα – παρόλο που η ΣΑ δεν αναγνωρίζεται ως επίσημο διαγνωστικό κριτήριο. Ενδεικτικά, παρουσιάζεται το εξής παράδειγμα (Goldsmith & Kelley, 2018): Οι έφηβοι με ΔΑΦ καλούνται να έρθουν αντιμέτωποι με προκλήσεις στην κοινωνική συμμετοχή και στη διαχείριση της διάθεσής τους (λ.χ. όταν επιχειρούν να ενταχθούν σε ένα παιχνίδι ή όταν υφίστανται τα πειράγματα των συνομηλίκων), που απαιτούν υψηλότερα επίπεδα ευελιξίας και συναισθηματικής – συμπεριφορικής ρύθμισης. Κατά συνέπεια, η ελλειμματική ΣΡ μπορεί να συντελέσει στην ανάδυση συμπτωμάτων, όπως οι περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, τα συναισθηματικά ξεσπάσματα και η κοινωνική απομόνωση, ενώ γίνεται λόγος και για την πιθανότητα εκδήλωσης ψυχοπαθολογικών καταστάσεων: προβλήματα προσοχής, επιθετικότητα, κατάθλιψη και άγχος.

Κατ' αρχάς, τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων βρέθηκε, ότι αποτελούν τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα δυσλειτουργίας της ΣΡ, υποδηλώνοντας έτσι το ενδεχόμενο η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων να είναι μειωμένη σε άτομα που παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπεριφορικά χαρακτηριστικά μεγάλης βαρύτητας, εξαιτίας δυσκολιών αναστολής των συνεχών συμπεριφορών (Samson et al., 2014). Ομοίως, οι Mazefsky et al. (2012) είχαν προτείνει, πως η επιμονή στην εκτέλεση, για παράδειγμα, μιας επαναλαμβανόμενης ενέργειας μπορεί να οφείλεται στην ανάπτυξη και διατήρηση δυσκολιών ΣΡ. Ωστόσο, βάσει μιας εναλλακτικής εξήγησης, που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, η ΣΑ στις ΔΑΦ πυροδοτεί αντισταθμιστικούς μηχανισμούς ελέγχου, υποστηριζόμενους από μετωπιαία και υποφλοιώδη δίκτυα, οι οποίοι οδηγούν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων ενασχόλησης με στερεότυπα και περιορισμένα

μοτίβα ενδιαφερόντων, ανελαστικότητας στις περιβαλλοντικές μεταβολές και κινητικών μανιερισμών. (Samson et al., 2014).

Αναφορικά με το ερώτημα που τίθεται για την υποκείμενη σύνδεση μεταξύ της διαταραχής στη συναισθηματική ρύθμιση και της κοινωνικής ικανότητας των ατόμων με ΔΑΦ, ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν, ότι οι φτωχές ικανότητες ΣΡ σχετίζονται ή προβλέπουν την κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα των ατόμων. Αναλυτικότερα, η ανάπτυξη δεξιοτήτων κοινωνικής και φιλοκοινωνικής εμπλοκής με τους συνομηλίκους, η συνεργατική συμμετοχή, η κοινωνική ανταπόκριση, η επιστράτευση της Θεωρίας του Νου και η υιοθέτηση κοινωνικά προσαρμοστικής συμπεριφοράς αποτελούν πεδία της κοινωνικής ικανότητας που έχουν αναφερθεί ως ισχυρά και θετικά συσχετιζόμενα με τη ΣΡ. «Η ρύθμιση των συναισθημάτων εκθέτει μία αξία της κοινωνικής επικοινωνίας, κατά την οποία τα συναισθήματα κατέχουν μία λειτουργία οργάνωσης των σχέσεων των ατόμων με το περιβάλλον τους, και αποτελούν τη βάση της κοινωνικοποίησης» (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014; Eisenberg et al., 2000; Thompson, 1994). (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014).

Στον πίνακα 7 που ακολουθεί, συνοψίζονται τα σχετικά με το θέμα ευρήματα που έχουν προκύψει από διάφορους μελετητές.

Πίνακας 7. Παράθεση ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής και της κοινωνικής ικανότητας στις ΔΑΦ.

Goldsmith & Kelley (2018)	Παιδιά και έφηβοι με ΔΑΦ που εμφανίζουν αποτελεσματικότερη ΣΡ, χαρακτηρίζονται από ηπιότερη γενική συμπτωματολογία και κοινωνική εξασθένιση. Ειδικότερα, το τελευταίο υποδηλώνει, ότι οι καλύτερες ικανότητες ΣΡ συνδέονται με λιγότερο σοβαρά ελλείμματα στον κοινωνικό τομέα (λ.χ. ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης φιλικών σχέσεων, επιθυμία για κοινωνική αλληλεπίδραση, ευχαρίστηση από τις κοινωνικές περιστάσεις).
---------------------------	---

	Ακόμα, διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην αποτελεσματική ΣΡ, στην εναλλαγή προσοχής και στην επικοινωνία.
Berkovits et al. (2017)	Οι ενισχυμένες ικανότητες ΣΡ συνδέονται με αυξημένες κοινωνικές δεξιότητες και μειωμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Από την άλλη, η αυξημένη συναισθηματικότητα συσχετίζεται με έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και περισσότερα προβλήματα στον συμπεριφορικό τομέα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ.
Jahromi et al. (2013)	Διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας ισχυρών ικανοτήτων ΣΡ και της αυξημένης φιλοκοινωνικής εμπλοκής με τους συνομηλίκους στο σχολείο σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας.
Reyes et al. (2020)	Η ομάδα των παιδιών με ΔΑΦ παρουσίαζε μειωμένη ΣΡ, αυξημένη συναισθηματικότητα και μειωμένη έκφραση των συναισθημάτων συγκριτικά με την τυπικώς αναπτυσσόμενη ομάδα. Αξίζει να σημειωθεί αναφορικά με την έκφραση των συναισθημάτων, ότι δε βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη θλίψη, εν αντιθέσει με άλλα συναισθήματα (λ.χ. θυμός, φόβος, θετικό συναίσθημα). Επιβεβαιώθηκε η ερευνητική υπόθεση κατά την οποία η ενισχυμένη κοινωνική ικανότητα, που περιλαμβάνει, ενδεικτικά, τις κοινωνικές και φιλοκοινωνικές δεξιότητες, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους κ.ο.κ., συνδέεται στενά με αυξημένες ικανότητες ΣΡ της πρώτης – κυρίως – ομάδας.

	Τέλος, αποδείχθηκε και στις δύο ομάδες θετική και ισχυρή συσχέτιση των προβλημάτων συμπεριφοράς με τη συναισθηματικότητα, αλλά με τη ΣΡ μόνο στην ομάδα των παιδιών με ΔΑΦ.
--	---

Τέλος, επειδή παραμένει άγνωστο, εάν η βελτιωμένη κοινωνική ικανότητα θεωρείται απόρροια της ενισχυμένης ικανότητας συναισθηματικής ρύθμισης ή ισχύει το αντίστροφο, οι Reyes et al. (2020) διασαφηνίζουν στα ευρήματά τους και τα δύο πιθανά ενδεχόμενα. Είτε δηλαδή, ότι τα παιδιά με ΔΑΦ που διακατέχονται από κοινωνικές δεξιότητες υψηλότερου επιπέδου μπορεί να επιδεικνύουν αποδοτικότερη διαχείριση και εκδήλωση ενός ευρέως φάσματος συναισθημάτων, ή ότι η αρτιότερη ΣΡ είναι πιθανότερο να οδηγήσει σε επιτυχή κοινωνικά αποτελέσματα. Ωστόσο, και οι δύο περιπτώσεις συγκλίνουν στο γεγονός, πως τόσο η κοινωνική, όσο και η συναισθηματική ικανότητα συμβάλλουν στην εξασφάλιση της αποδοχής από τους συνομηλίκους, καθώς και στην απόκτηση και εξάσκηση κοινωνικο-συναισθηματικών δεξιοτήτων. Έτσι, συγκρίνοντας άτομα με ΔΑΦ που παρουσιάζουν λιγότερες δυσκολίες ή ελλείμματα στις εν λόγω ικανότητες με άλλα που οι ικανότητές τους χαρακτηρίζονται από έκπτωση, καθίσταται λογικό, ότι τα πρώτα θα υπερτερούν έναντι των δεύτερων ως προς τα προαναφερόμενα οφέλη που θα απολαμβάνουν. (Reyes et al., 2020).

3.6 Ψυχιατρική συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα μεταξύ της Διαταραχής του Φάσματος του Αυτισμού και άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση. Σε σύγκριση με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης, τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΑΦ προβαίνουν σχεδόν 12 φορές περισσότερο σε ψυχιατρικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη, όπως και με συμπεριφορές εξωτερίκευσης (λ.χ. επιθετικότητα, προκλητικότητα, αυτοτραυματισμοί και ξεσπάσματα) (Croen et al., 2006). Το άγχος και η κατάθλιψη συνιστούν τις πιο διαδεδομένες συναισθηματικές διαταραχές που συνοδεύουν τις ΔΑΦ (American Psychiatric Association, 2013; Croen et al., 2015; Totsika et al.,

2011), με τον αναφερόμενο επιπολασμό του άγχους να κυμαίνεται μεταξύ του 14%-84% και της κατάθλιψης μεταξύ του 17%-70% (Croen et al., 2015; Kim et al., 2000; Lainhart, 1999; Lugnegard et al., 2011; Hofvander et al., 2009; Mazzone et al., 2012; Muriset al., 1998). Υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε άτομα με ΔΑΦ φαίνεται να επιφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, μεγαλύτερες κοινωνικές δυσκολίες (Gotham et al., 2015; White & Roberson-Nay, 2009) και προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως η μοναξιά (White & Roberson-Nay, 2009), τα συμπτώματα αϋπνίας (Richdale et al., 2014), η επιθετικότητα και οι αυτοτραυματισμοί (Folstein, 2012). Τα ελλείμματα στη ρύθμιση των συναισθημάτων ή στη διαδικασία κατάλληλης τροποποίησης των συγκινησιακών αντιδράσεων κατά τη διάρκεια στρεσογόνων ερεθισμάτων μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διέπει τις παραπάνω ψυχοπαθολογίες (Mazefsky et al., 2013).

Ακόμη και στους παιδικούς πληθυσμούς τυπικής ανάπτυξης, η ανάδυση συναισθηματικών διαταραχών παρατηρείται ότι είναι στενά συνυφασμένη με τις φτωχές δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης (Rieffe et al., 2011). Παράδειγμα αποτελούν οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές της καταστροφολογικής σκέψης και της αυτοκατηγορίας, οι οποίες φαίνεται να οδηγούν σε εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους, τόσο σε νευροτυπικά, όσο και σε παιδιά με ΔΑΦ (Rieffe et al., 2011). Ομοίως, σε έρευνα των Rouw et al. (2013) διαπιστώθηκαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη χρήση εκούσιων στρατηγικών ΣΡ. Επομένως, η εφαρμογή προσαρμοστικών στρατηγικών ΣΡ, όπως η επίλυση προβλημάτων και η γνωστική αναδιάρθρωση, δρουν προστατευτικά έναντι ενός ευρέος φάσματος ψυχοπαθολογιών, συμπεριλαμβανομένων των εσωτερικευμένων και των εξωτερικευμένων συμπεριφορών (Connor-Smith et al., 2000).

Όσον αφορά τα άτομα με ΔΑΦ, έρευνες υποδεικνύουν, ότι οι ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής και η συναισθηματική απορρύθμιση καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας (Berkovits et al., 2016; Jahromi et al., 2013; Laurent & Rubin, 2004). Δεδομένου ότι τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ δεν εμπεριέχουν τη δυσλειτουργία της ρύθμισης των συναισθημάτων, παρόλο που χρήζει συχνά θεραπείας, προβάλλεται η τάση να διαγιγνώσκονται ολόένα και περισσότερο συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές. Στο DSM-5 έχει προστεθεί,

μάλιστα, ο όρος «με ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή» ως ειδικότερος προσδιορισμός για τη ΔΑΦ (American Psychiatric Association, 2013). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την αναγνώριση και συνειδητοποίηση της εμφάνισης συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στα άτομα με ΔΑΦ, ενώ προσάπτει ταυτόχρονα τα εν λόγω συμπτώματα σε μια πρόσθετη διαταραχή. Επομένως, πολλές φορές παραβλέπεται η εννοιολόγηση της συναισθηματικής δυσλειτουργίας ως πιθανή διάσταση του αυτισμού.

Η παραδοχή του καίριου ρόλου που διαδραματίζει η ΣΡ στην ψυχική υγεία των ατόμων με ΔΑΦ, θα μπορούσε να μεταθέσει το επίκεντρο των θεραπειών. Αν και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις ΔΑΦ έχουν παραδοσιακά προσανατολιστεί στη διαταραχή (π.χ. γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία για το κοινωνικό άγχος στις ΔΑΦ), υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τη μεγαλύτερη συμπερίληψη των ετερογενών εκδηλώσεων της συναισθηματικής απορρύθμισης (Reaven & Wainer 2015; Weiss, 2014). Τέλος, σπουδαιότητας φέρει και η συνεκτίμηση των παραγόντων του πλαισίου και της οικογένειας στις προσπάθειες υποστήριξης της συναισθηματικής σταθερότητας των ατόμων με ΔΑΦ.

4.1 Εισαγωγή

Η κοινωνική σύνδεση μεταξύ των ανθρώπων συνιστά μια θεμελιώδη ανάγκη που εκτείνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και επιφέρει αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθεί (Baumeister & Leary, 1995). Η φιλία στη σχολική ηλικία εξυπηρετεί την εκπλήρωση τέτοιου είδους αναγκών και η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών και των εφήβων αναφέρει ότι επιθυμεί ή/και έχει έναν φίλο (π.χ. Dunn, 1993). Κατά την κρίσιμη σχολική περίοδο η δημιουργία μιας φιλίας συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοεικόνας, της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης της ικανότητας (Hartup & Stevens, 1997). Μια ακόμη βασική λειτουργία της φιλίας υποστηρίζεται πως είναι η παροχή κοινωνικής επάρκειας (Sullivan, 1953). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά ενθαρρύνονται από τις φιλίες που συνάπτουν, να πράττουν βάσει αποδεκτών κοινωνικών κανόνων και συμπεριφορών (Hartup, 1993; Dunn, 2004), καθώς και να επαναλαμβάνουν συμπεριφορές που λαμβάνουν θετική ανταπόκριση από τους συνομηλίκους τους (Adams et al., 2005).

Η δυσκολία στον σχηματισμό αμοιβαίων φιλικών δεσμών έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας, όπως η εμφάνιση κατάθλιψης και αίσθησης της μοναξιάς, η οποία μπορεί να επεκταθεί και στην ενηλικίωση (Bagwell, 2004; Parker & Asher, 1993). Παράλληλα, καταργείται ο προστατευτικός ρόλος που διαδραματίζει η φιλία, έναντι στις εντάσεις που μπορεί να προκύπτουν από άλλες σχέσεις του περιβάλλοντος (Mendelson et al., 2016).

4.2 Η φύση της φιλίας σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ

Η πλειονότητα των περιγραφών της ψυχολογικής ανάπτυξης, αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στις φιλίες κατά την πρώιμη εφηβεία, δηλαδή, κατά την περίοδο από τα 12 έως τα 16 περίπου έτη (Kagan & Coles 1972). Οι Douvan και Adelson (1966) πρότειναν, ότι οι φιλίες σε αυτές τις ηλικίες έχουν μια σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και της κοινωνικής συμπεριφοράς. Σε αυτήν την περίοδο η φιλία χαρακτηρίζεται από την ανάγκη για το αίσθημα της αποδοχής – έγκρισης από τους φίλους και

έχει αντίκτυπο και σε πιο εσωτερικευμένα συναισθήματα – συμπτώματα. Τα συμπτώματα εσωτερίκευσης ορίζονται ως συναισθήματα που βιώνει το άτομο, όπως η θλίψη, το άγχος και η μοναξιά, ενώ τα συμπτώματα εξωτερίκευσης ως συμπεριφορές, όπως η επιθετικότητα και η υπερκινητικότητα (Levesque, 2011).

Οι κοινωνικές διαταραχές και οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού (APA, 2000) και επηρεάζουν την ικανότητα ανάπτυξης και διατήρησης φιλικών σχέσεων, οι οποίες με τη σειρά τους απαιτούν την ικανότητα κατανόησης της σκέψης και των συναισθημάτων του άλλου. Επιπλέον, οι δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες και η δυσφορία μπορεί να αυξάνονται καθώς τα παιδιά με ΔΑΦ πλησιάζουν στην εφηβεία, διότι το κοινωνικό τους περιβάλλον γίνεται πιο πολύπλοκο και οι έφηβοι συνειδητοποιούν περισσότερο τις εντεινόμενες κοινωνικές τους δυσκολίες (Tantam, 2003). Όσον αφορά τα παιδιά με αυτισμό, έχει διαπιστωθεί πως μοιράζονται πιο δύσκολα, επιδεικνύουν λιγότερη κοινωνική συνομιλία και περισσότερο παράλληλο παιχνίδι σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Bauminger et al., 2008b). Ο περισσότερος χρόνος αφιερώνεται σε μοναχική συμπεριφορά και όχι σε συνεργατική αλληλεπίδραση (Humphrey & Symes, 2011). Επιπρόσθετα, ακόμα και τα παιδιά με ΔΑΦ χωρίς γνωστικά ελλείμματα παραμελούνται και απορρίπτονται συχνότερα από τους συνομηλίκους τους σε σχέση με τους τυπικούς συμμαθητές τους (Humphrey & Symes, 2011).

Ωστόσο, παρόλο που οι δυσκολίες στη δημιουργία σχέσεων με συνομηλίκους παρατηρούνται συχνά στους εφήβους με ΔΑΦ, αυτό δε σημαίνει πως οι φιλίες απουσιάζουν εντελώς στα άτομα αυτά (Bauminger & Kasari, 2000; Bauminger & Shulman, 2003). Οι Bauminger και Kasari (2000), στηριζόμενοι σε αναφορές μητέρων παιδιών με ΔΑΦ, διαπίστωσαν ότι κατά μέσο όρο τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν δύο στενούς φίλους. Εντούτοις, σύμφωνα με τις αναφορές των ίδιων των παιδιών ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος, καταδεικνύοντας, έτσι, ότι εκείνα αντιλαμβάνονται τη φιλία με διαφορετικό τρόπο. Φαίνεται πως οι φιλίες συνιστούν προτεραιότητα για τους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς τις θεωρούν πιο σημαντικές τόσο από τις σωματικές όσο και από τις ακαδημαϊκές δεξιότητες (Petrina et al., 2015). Ο Bauminger και οι συνεργάτες του, με βάση τις προαναφερθείσες αναφορές των μητέρων, παρατήρησαν

πως τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΑΦ είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν φίλους παρόμοιας ηλικίας, φύλου και κατάστασης αναπηρίας (Bauminger et al., 2008a, 2008b; Bauminger & Shulman, 2003). Η έρευνά τους ανέδειξε, επίσης, ότι αντιλαμβάνονται λιγότερη εγγύτητα, οικειότητα και βοήθεια σε σχέση με τους συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης (Bauminger et al., 2008b; Solomon et al., 2011). Περνούν περισσότερο χρόνο με ενήλικες και επαγγελματίες υγείας (Orsmond & Kuo, 2011) και ομοίως, σύμφωνα με τους Solish et al. (2010), τα παιδιά με ΔΑΦ ήταν πιο πιθανό να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες με τους γονείς τους και άλλους ενήλικες παρά με τους συνομηλίκους τους. Ορισμένα στοιχεία έδειξαν, ότι τα παιδιά με υψηλή λειτουργικότητα έχουν γνήσιες φιλίες (Bauminger & Shulman, 2003) στις οποίες αντιλαμβάνονται την εγγύτητα (Bauminger et al., 2004) και αναφέρουν λογικά επίπεδα ικανοποίησης (Calder et al., 2013).

Όσον αφορά την ποιότητα των φιλικών σχέσεων, ο O'Connor και οι συνεργάτες του (2022) αναφέρουν πως οι φιλίες υψηλής ποιότητας χαρακτηρίζονται από ποικίλους παράγοντες. Απαραίτητη είναι η αμοιβαιότητα, η αξιοπιστία, η συντροφικότητα, η εμπιστοσύνη, η υποστήριξη, η έκφραση στοργής και η απόλαυση του χρόνου με το άλλο άτομο. Η υψηλή ποιότητα της σχέσης ασκεί θετική επιρροή στην προσαρμοστική συμπεριφορά και αυξάνει τα επίπεδα χαράς και αυτοεκτίμησης. Από την άλλη πλευρά, μια χαμηλή ποιοτικά φιλική σχέση, χαρακτηρίζεται από συναισθήματα ζήλιας, έλλειψη συντροφικότητας, συνεχείς συγκρούσεις, καθώς και από προδοσία και συνεχή ανταγωνισμό. Συνεχίζοντας, το 1994 οι Bukowski et al. κατηγοριοποιούν τη φιλία σε πέντε υποκλίμακες: της βοήθειας, της ασφάλειας, της εγγύτητας, της σύγκρουσης και της συντροφικότητας/παιχνιδιού. Τα υψηλά επίπεδα βοήθειας αποτελούν μια μορφή προστασίας και υποδηλώνουν ασφάλεια και αξιοπιστία στις φιλίες. Υποστηρίζεται ότι η ασφάλεια είναι μια από τις πιο σημαντικές ιδιότητες κατά την παρατήρηση της ποιότητας της φιλίας, διότι προάγει τη σύναψη μιας ισχυρής σχέσης που μπορεί να λειτουργήσει ενάντια σε αρνητικές εξωτερικές και εσωτερικές επιρροές (Bukowski et al., 1994). Ακολούθως, η εγγύτητα αφορά τη συναισθηματική προσκόλληση, αποδοχή και επικύρωση, ενώ η σύγκρουση σχετίζεται με την εξελικτική πορεία της φιλίας και πώς αυτή μπορεί να παρέλθει από εντάσεις (Bukowski et al., 1994). Τέλος, η συντροφικότητα, ο πέμπτος δείκτης ποιότητας της φιλίας, αντιπροσωπεύει τον χρόνο που περνούν τα άτομα μαζί.

Οι έφηβοι με αυτισμό παρουσιάζουν διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αμοιβαιότητα στη φιλία (Creswell et al., 2019). Οι Kuo et al. (2013) υπογραμμίζουν, ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ θεωρούν φίλους τους συνομηλικούς που έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, ενώ οι γονείς επικεντρώνονται στην αμοιβαία και συναισθηματική αλληλεπίδραση. Σε μελέτη του Sedgewick και των συνεργατών του (2016) διαπιστώθηκε, πως οι έφηβοι με αυτισμό ηλικίας 11-18 ετών, ανέφεραν περισσότερες συγκρούσεις στις φιλικές τους σχέσεις από ό,τι οι τυπικής ανάπτυξης συνομηλικοί τους. Διαφορές υπάρχουν και στις αντιλήψεις των εφήβων σχετικά με την ποιότητα της φιλίας, με τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα να κατατάσσουν τις φιλίες τους ως χαμηλότερες ποιοτικά (Calder et al., 2013).

Σε έρευνα της Sarlak (2024) διερευνήθηκαν σε 84 εφήβους (64 με ΔΑΦ, 20 χωρίς ΔΑΦ) ηλικίας 11-14 ετών οι διαφορές στην ποιότητα, στο αίσθημα ασφάλειας και στα εσωτερικευμένα συμπτώματα της φιλίας. Παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τον παράγοντα της ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ένα πιο χαμηλά αντιλαμβανόμενο αίσθημα ασφάλειας στα άτομα με αυτισμό, πιθανότατα λόγω των διαφορών τους ως προς την κοινωνική επικοινωνία. Επιπρόσθετα, σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και ως προς τον παράγοντα της βοήθειας – εξυπηρετικότητας στις φιλικές σχέσεις, αναδεικνύοντας πως τα άτομα που δεν ανήκουν στο φάσμα φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αντίληψη της βοήθειας και υποστήριξης στις φιλίες τους. Επιπλέον, διερευνήθηκε εάν η ποιότητα μιας φιλίας ως προς τον δείκτη της ασφάλειας συσχετιζόταν με τα συμπτώματα εσωτερίκευσης σε εφήβους με ή χωρίς ΔΑΦ. Στους συμμετέχοντες με αυτισμό δε βρέθηκε σημαντική σύνδεση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων. Σε αντιδιαστολή, τα υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων εσωτερίκευσης στους εφήβους χωρίς αυτισμό. Πιθανή ερμηνεία του εν λόγω αποτελέσματος μπορεί να είναι ότι οι έφηβοι χωρίς ΔΑΦ είναι πιο πρόθυμοι να επικοινωνήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σε άτομα με τα οποία αισθάνονται ασφαλείς, διευκολύνοντας έτσι την αναγνώριση των εσωτερικευμένων συναισθημάτων.

Με την εφηβεία να συνιστά μια περίοδο μετάβασης και αλλαγών τόσο στον κοινωνικό και οικογενειακό τομέα, όσο και στην εγκεφαλική λειτουργία, η έννοια της φιλίας αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα και οι έφηβοι καθίστανται πιο ευάλωτοι συναισθηματικά. Το γεγονός

αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, η μη αμοιβαιότητα και το αίσθημα απόρριψης σε μια φιλία μπορεί να προκαλέσει δυσπροσαρμοστική συναισθηματική λειτουργία, παράλληλα με συμπτώματα κατάθλιψης ή/και κοινωνικού άγχους (Siegel et al., 2009). Οι Bernardin et al. (2021) υποστηρίζουν, ότι οι έφηβοι που ανήκουν στο φάσμα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, (Menezes et al., 2018), τα οποία μπορούν πιθανόν να ερμηνευθούν από τις δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Ακόμη, λόγω της εδραίωσης και εξάπλωσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στην καθημερινή ζωή των ατόμων, η έκθεση των νέων σε αυτά έχει ενταθεί (O'Keeffe & Clarke-Pearson, 2011). Βρέθηκε πως μέσα από τη χρήση τους οι έφηβοι με ΔΑΦ αποκομίζουν θετικές εμπειρίες φιλίας (Kuo et al., 2013), επειδή η ανταλλαγή προσωπικών πληροφοριών μπορεί να επιτευχθεί πιο εύκολα ενισχύοντας, έτσι, την αίσθηση εγγύτητας και οικειότητας (Desjarlais & Joseph, 2017). Τέλος, χρήσιμη είναι η αναφορά στη συχνή θεώρηση πως τα άτομα με ΔΑΦ δεν εμφανίζουν την ίδια επιθυμία για σύναψη φιλικών σχέσεων – με βάση τον τρόπο της κοινωνικής τους επικοινωνίας – γεγονός που δεν ισχύει (O'Connor et al., 2022). Στην πραγματικότητα, τα άτομα στο φάσμα που βρίσκονται στην προεφηβεία έχουν τονίσει τη σημασία και την επιθυμία που έχουν για τη σύναψη φιλικών σχέσεων (O'Connor et al., 2022).

4.2.1 Η φιλία σε αγόρια παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ

Στο πλαίσιο της κοινωνικοποίησης βάση φύλου, ορισμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΑΦ μπορεί να ενισχύονται ή να απορρίπτονται με διαφορετικό τρόπο σε μια ομάδα ανδρών έναντι γυναικών (Tierney et al., 2016). Οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία μπορεί να παρεμποδίζουν την εμπλοκή, για παράδειγμα, σε συζητήσεις, αλλά όχι ενδεχομένως σε ένα παιχνίδι ποδοσφαίρου. Παρομοίως, ορισμένες κοινωνικές συμπεριφορές, όπως η συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα, μπορεί να έχουν μεγαλύτερη αξία στις ομάδες των αγοριών (Goodwin, 2008). Κατά συνέπεια, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το φύλο επηρεάζει τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη ΔΑΦ, απαιτεί την εξέταση των αμοιβαίων, διαδραστικών σχέσεων μεταξύ των παιδιών και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Σε μετανάλυσή τους, οι Mendelson et al. (2016) εστίασαν στις φιλικές σχέσεις των αγοριών με ΔΑΦ, φανερώνοντας ικανότητες επιφανειακής ένταξης σε κοινωνικές ομάδες, αλλά δυσκολία στη δημιουργία βαθύτερων και αμοιβαίων σχέσεων με συνομηλίκους. Αξιοσημείωτα υπήρξαν τα ευρήματα σχετικά με την ποιότητα της φιλίας τους, η οποία ήταν χαμηλότερη από εκείνη των συνομηλίκων τους στις τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες κατηγοριοποίησης της φιλίας (βοήθεια, ασφάλεια, εγγύτητα, συντροφικότητα/παιχνίδι) εκτός από τη σύγκρουση, για την οποία παρατηρήθηκαν συγκρίσιμα επίπεδα εμφάνισης. Η αυτοαναφορά των αγοριών με ΔΑΦ στην ποιότητα της φιλίας ως χαμηλότερη, υποδηλώνει πως παρουσιάζουν κάποια επίγνωση και διορατικότητα σχετικά με την κοινωνική τους επίδοση, παρόλο που μπορεί να τείνουν μερικές φορές στο να υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους ή να εκτιμούν διαφορετικά τις κοινωνικές συμπεριφορές από ό,τι άλλοι (Lerner et al., 2012a; Rankin et al., 2015).

Τα προαναφερθείσα συγκρίσιμα επίπεδα φιλικών συγκρούσεων με αυτά των συνομηλίκων αποδίδονται πιθανόν στην περισσότερο επιφανειακή φύση των σχέσεων. Οι εμπειρίες επίλυσης συγκρούσεων θεωρούνται ζωτικός τρόπος με τον οποίο τα άτομα μαθαίνουν να περιηγούνται στις κοινωνικές τους σχέσεις και να δημιουργούν βαθύτερες φιλίες. Το γεγονός πως οι νέοι με ΔΑΦ βιώνουν παρόμοια ποσότητα συγκρούσεων στις φιλίες τους παρουσία φτωχότερης ποιότητας φιλίας, υποδεικνύει ότι δεν αντλούν αναπτυξιακά οφέλη από αυτές τις συγκρούσεις.

Οι Kasari et al. (2011) εξέτασαν τις κοινωνικές σχέσεις 60 παιδιών με ΔΑΦ και επιβεβαιώνουν τη χαμηλότερη ποιότητα των φιλικών σχέσεων, ενώ ταυτόχρονα αναφέρουν ότι είναι πιο πιθανό να βρίσκονται στο περιθώριο των φιλικών τους κύκλων. Οι αναφορές για το αίσθημα εγκατάλειψης ή απομόνωσης δεν είναι ασυνήθιστες από παιδιά στο φάσμα και αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο ότι δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τη γλώσσα του σώματος και άλλες κοινωνικές ενδείξεις (Harvey et al., 2008). Επομένως, ενόψει όλων των παραπάνω, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν απόρριψη από ό,τι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Όσον αφορά τους παράγοντες παρεμπόδισης της ανάπτυξης και διατήρησης φιλικών δεσμών, διαπιστώθηκε μέσω συνέντευξης σε πέντε παιδιά με ΔΑΦ, πως η μονότονη αναφορά σε ειδικά ενδιαφέροντα και η απροθυμία για την έξοδο από τη ζώνη άνεσης (λ.χ. παιχνίδι με κάτι

καινούριο ή σε ένα διαφορετικό μέρος) συνιστούν συνήθη εμπόδια (Carrington et al., 2003; Hughes et al., 2008). Με τον ίδιο τρόπο οι Daniel και Billingsley (2010), βασιζόμενοι σε συνεντεύξεις επτά αγοριών με ΔΑΦ, αναφέρουν ότι ελλείπει αυτών των κοινών ενδιαφερόντων, οι φιλίες σπάνια συνεχίζονται. Βέβαια, η συμπεριφορά αυτή παρατηρείται και στα αγόρια που δεν ανήκουν στο φάσμα, τα οποία είναι πιο πιθανό να κοινωνικοποιηθούν γύρω από ένα κοινό ενδιαφέρον, όπως ένα συγκεκριμένο άθλημα ή παιχνίδι, παρά με βάση κοινωνικο-συναισθηματικές δραστηριότητες (Baines & Blatchford, 2009).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι σχέσεις μεταξύ των αγοριών χαρακτηρίζονται από τραχύ και ατίτασο παιχνίδι, το οποίο περιλαμβάνει αρκετές φορές τη χρήση σωματικής δύναμης (Mendelson et al., 2016). Η συναισθηματική έκφραση δεν τους είναι εύκολη, ωστόσο η ικανότητα να σχηματίζουν έστω και μία αμοιβαία φιλία φανερώνει με έμμεσο τρόπο, ότι τα αγόρια με ΔΑΦ μπορούν να συμμετέχουν σε συναισθηματικό μοίρασμα έως κάποιον βαθμό. Ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα αγόρια με ΔΑΦ έχουν επιρρέπεια στην απομόνωση και περισσότερα περιοριστικά ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές από ό,τι τα κορίτσια (Hiller et al., 2014). Συγχρόνως, τα ενδιαφέροντά τους φαίνονται στους άλλους ως ασυνήθιστα (π.χ. εμμονή με τα δρομολόγια των τρένων), ενώ εκείνα των κοριτσιών με ΔΑΦ είναι αντιλαμβανόμενα ως πιο συμβατά με τα ενδιαφέροντα των παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Gould & Ashton-Smith, 2011; Hiller et al., 2014). Εμφανίζουν, ακόμη, μεγαλύτερη εξωτερικευμένη συμπτωματολογία, υπερκινητικότητα και απροσεξία σε σύγκριση με τα κορίτσια με ΔΑΦ (Gould & Ashton-Smith, 2011- Hiller et al., 2014), καθώς η ύπαρξη ανησυχίας και αναφοράς των συμπεριφορών αυτών από τους εκπαιδευτικούς αποτελεί πιο συχνό φαινόμενο (Mandy et al., 2012).

4.2.2 Η φιλία σε κορίτσια παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ

Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει την οπτική γωνία των κοριτσιών με ΔΑΦ σχετικά με τη φιλία. Δεδομένου ότι τα αγόρια λαμβάνουν διάγνωση ΔΑΦ τέσσερις φορές πιο συχνά από ό,τι τα κορίτσια, πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί σε δείγματα που περιέχουν λίγες γυναίκες συμμετέχουσες (Mazefsky et al., 2014) ή και καθόλου (Doody & Bull, 2011).

Κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ο σχηματισμός και η διατήρηση φιλικών δεσμών έχει κεντρική σημασία για τα κορίτσια που ανήκουν στο φάσμα. Μάλιστα, οι απαιτήσεις από τις φίλιες τους μπορεί να είναι υψηλότερες από εκείνες των αγοριών. Η έλλειψη ενημέρωσης και γνώσης σχετικά με το προφίλ και τη διαφορετικότητα των γυναικών ενέχει κινδύνους ακατάλληλης αντιμετώπισης και διαχείρισης συμπτωμάτων (Kirkovski et al., 2013).

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τον τομέα της φιλίας έχει ελκύσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον τυπικά αναπτυσσόμενο πληθυσμό, ειδικότερα κατά την περίοδο της εφηβείας (Rose & Rudolph, 2006). Συγκριτικά με τα αγόρια, τα έφηβα κορίτσια επιδεικνύουν ικανότητες μεγαλύτερης ενσυναίσθησης και διαπροσωπικής ευαισθησίας, ενώ παράλληλα είναι πιο ευαίσθητα στη συναισθηματική δυσφορία των άλλων (Van Tilburg et al., 2002). Υψηλά επίπεδα άγχους για κοινωνική αποδοχή και για διατήρηση των σχέσεων που συνάπτουν, καθώς και φόβοι εγκατάλειψης πηγάζουν αρκετές φορές από την έντονη εστίασή τους στις φίλιες (Rose & Rudolph, 2006). Συνεπώς, ενδέχεται και τα κορίτσια με ΔΑΦ να βιώνουν κάποια από τα παραπάνω συναισθήματα.

Συνεχίζοντας, συνήθως παρουσιάζονται διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης και αντιμετώπισης των συνομηλίκων σε σχέση με τα αγόρια με ΔΑΦ. Στην κλινική περιγραφή του Attwood (2006) αναφέρεται η μίμηση και η απομνημόνευση αποδεκτών κοινωνικών συμπεριφορών από τις γυναίκες με ΔΑΦ, ως μηχανισμός αντιμετώπισης της κοινωνικής τους ανεπάρκειας. Υποστηρίζεται επομένως η υπόθεση του καμουφλάζ, η οποία προτάθηκε από την Wing (1981). Παρόλο που οι δεξιότητες αυτές δε συναντώνται στις κοπέλες τυπικής ανάπτυξης, τα κορίτσια με ΔΑΦ εμφανίζουν σχετικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τα αγόρια στο φάσμα. Επομένως, καταφέρνουν να προσαρμόζονται και να εμπερικλείονται επιτυχώς σε νευροτυπικούς κοινωνικούς κύκλους.

Σε νεότερα κορίτσια του φάσματος έχει βρεθεί η χρήση στρατηγικών, όπως η παραμονή σε στενή φυσική εγγύτητα με τους συνομηλίκους (Dean et al., 2017). Ωστόσο, στην έρευνα των Dean et al. (2017) παρατηρήθηκε κατά το παιχνίδι σε παιδική χαρά, η τάση τους να εναλλάσσουν την κοινωνική εμπλοκή και συμμετοχή σε συζητήσεις με περιόδους μοναχικότητας. Αντίθετα, τα κορίτσια τυπικής ανάπτυξης διατήρησαν την κοινωνική τους συμμετοχή ενώ μετακινούνταν από

τη μία ομάδα ατόμων στην άλλη. Αυτό υποδηλώνει, ότι ενώ οι κοινωνικές προκλήσεις των κοριτσιών μπορεί να αποκρύπτονται ή να διαφεύγουν της προσοχής ενός συνοδού, δε φαίνεται να αποκρύπτονται από τους συνομηλίκους. Επιπροσθέτως, η μίμηση της συμπεριφοράς, της προσωπικότητας ή του κοινωνικού ύφους των συνομηλίκων τους ίσως δεν θα επαρκεί στη διατήρηση μιας φιλίας κατά την εφηβεία (Cridland et al., 2014).

Όσον αφορά στη δημιουργία φιλίας από τα κορίτσια με ΔΑΦ, η ύπαρξη κοινών ενδιαφερόντων συνιστά σημαντικό μέσο για την έναρξη αυθόρμητων αλληλεπιδράσεων και φιλικών σχέσεων. Έμφαση δίνεται και στη συχνότητα των συναντήσεων με τους φίλους τους, διότι συνειδητοποιούν ότι χρειάζεται χρόνος για την ανάπτυξη μιας φιλίας. Οι ενήλικες παρέχουν σπανιότερα υποστήριξη για τη σύναψη σχέσεων και έχει τονιστεί, ότι το κύριο φυσικό πλαίσιο στο οποίο δημιουργούν φιλίες είναι το σχολικό περιβάλλον, αν και μπορεί αυτές να επεκτείνονται και σε άλλα περιβάλλοντα. Δίνουν βάση στη σημασία της εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας σε μια σχέση και γνωρίζουν τα οφέλη ενός μικρού αριθμού φίλων. Η ποιότητα και η ποσότητα των φιλικών τους σχέσεων τις ικανοποιεί και είναι ικανές στο να διαφοροποιούν τα επίπεδα και τους τύπους μιας φιλίας. Γνωρίζουν τι χαρακτηριστικά επιθυμούν και αναμένουν από τα άτομα που έχουν δίπλα τους και αναφέρουν φόβους που είναι συνηθισμένοι και στα κορίτσια τυπικής ανάπτυξης. Παράδειγμα συνιστά ο φόβος του να κριθούν από τους εν δυνάμει φίλους τους, αναγνωρίζοντας, όμως, ότι οι σκέψεις αυτές δεν αντιστοιχούν στην πραγματικότητα. (Ryan et al., 2021).

Τα κορίτσια στο φάσμα, όπως και τα νευροτυπικά κορίτσια, αντιμετωπίζουν εμπειρίες συγκρούσεων στο επίπεδο των σχέσεων. Πιθανή πηγή σύγκρουσης μπορεί να αποτελέσει η δημιουργία μιας νέας φιλίας από την πλευρά των φίλων τους. Ωστόσο, το γεγονός αυτό δε συνιστά μια αρνητική εμπειρία για όλα τα κορίτσια με ΔΑΦ, διότι μερικές εμφανίζουν ανοχή στη διεύρυνση των φιλικών τους κύκλων (Ryan et al., 2021). Διαφορές σε σχέση με το αντίθετο φύλο εντοπίστηκαν στις στρατηγικές για τη διαχείριση των συγκρούσεων. Τα κορίτσια είτε υποθέτουν ότι είναι υπαίτιες της σύγκρουσης (αναγνωρίζοντας ότι συχνά παραστρατούν κοινωνικά), είτε θεωρούν ότι η σύγκρουση παραμένει άλυτη, ενώ τα αγόρια την αντιμετωπίζουν πιο χαλαρά, ως κάτι που μπορεί να «ξεπεραστεί» (Sedgewick et al., 2019a).

Αρκετές φορές αιτίες, όπως η μετακόμιση και μετάβαση σε ένα νέο σχολείο, μπορεί να οδηγήσουν στην απώλεια μια φιλίας. Τα κορίτσια θεωρούν ένα τέτοιο γεγονός οδυνηρό, διότι συνειδητοποιούν, ότι μετά την απώλεια επέρχεται αλλαγή των δεσμών. Ως αποτέλεσμα, τους δημιουργείται φόβος και ανησυχία για τα αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης (Ryan et al., 2021). Χρειάζεται επίσης να σημειωθεί η πιθανή βίωση ενός είδους σχεσιακής επιθετικότητας. Ο όρος αυτός αφορά συμπεριφορές που αποσκοπούν στο να βλάψουν τους άλλους, συνήθως ως μέσο επιβολής της κυριαρχίας. Εμφανίζονται συχνότερα στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια και μπορεί να περιλαμβάνουν κουτσομπολιό, κοινωνικό αποκλεισμό και διακοπή της φιλίας (Crick & Grotpeter 1995; Crothers et al., 2005).

Αναφορικά με τις φιλίες μέσω διαδικτύου, τα κορίτσια περιγράφουν ότι είναι πιο απλές και εύκολες. Εντούτοις, προτιμούν φίλους της πραγματικής ζωής. Παράλληλα, επισημαίνεται πως έχουν κάποια επίγνωση των κινδύνων κατά τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αναδύονται από τον τρόπο χρήσης των ηλεκτρονικών συσκευών. Οι έφηβοι με ΔΑΦ αφιερώνουν παραπάνω χρόνο στην ενασχόλησή τους με βιντεοπαιχνίδια, ενώ τα κορίτσια αξιοποιούν το διαδίκτυο για πιο κοινωνικούς σκοπούς (Kuo et al., 2013; Witt et al., 2011).

Αξίζει επιπλέον να αναφερθούμε στις σχέσεις με το αντίθετο φύλο. Υπάρχει διχογνωμία και ανάμεικτα συναισθήματα για τη σύναψη φιλικών δεσμών με τα αγόρια, καθώς ορισμένες συμμετέχουσες στην έρευνα των Ryan et al. (2021) συσχέτισαν θετικά τη φιλία με ένα αγόρι, ενώ άλλες αρνητικά, αναφέροντας άγχος. Βέβαια, η πλειονότητα των κοριτσιών που συμμετείχαν στην παραπάνω έρευνα φοιτούσαν σε σχολείο θηλέων και, επομένως, δεν είχαν πολλές εμπειρίες και ευκαιρίες αλληλεπίδρασης με αγόρια στο σχολικό πλαίσιο.

Ανακεφαλαιώνοντας, επιτακτική προβάλλει η ανάγκη για την κατανόηση και διερεύνηση της οπτικής και των δύο φύλων σχετικά με τη φιλία. Έτσι, θα μπορέσει να επιτευχθεί καταλληλότερη προσαρμογή και υποστήριξη στα σχολικά πλαίσια, αποφεύγοντας την εμφάνιση του κοινωνικού αποκλεισμού.

4.3 Η φιλία σε ενήλικες με ΔΑΦ

Οι κοινωνικές δυσκολίες και αδυναμίες των παιδιών και εφήβων στο φάσμα επιμένουν και μερικές φορές επιδεινώνονται στην ενήλικη ζωή, συντελώντας σε λειτουργική έκπτωση (Seltzer et al., 2004). Σε έρευνα των Billstedt et al. (2005) βρέθηκε, πως η πλειοψηφία των ατόμων με ΔΑΦ που ήταν στο τέλος της εφηβείας ή στις αρχές της ενήλικης ζωής, εμφάνιζε έντονη εξάρτηση από τους γονείς ή από τους φροντιστές. Ειδικότερα, ήταν έντονη η ανάγκη υποστήριξης στην εκπαίδευση, στη διαβίωση – παροχή κατοικίας και στην εργασία. Ακόμη και μεταξύ των ατόμων που εργάζονταν, ο μισθός έτεινε να είναι μικρός και δεν παρείχε επαρκή οικονομική στήριξη για μια ανεξάρτητη ζωή (Howlin et al., 2004). Αρκετοί γονείς εξέφρασαν την επιθυμία ύπαρξης ενός «δια βίου» σχολείου για ενήλικες με αυτισμό, έτσι ώστε να δοθεί μια δυνατότητα διατήρησης των προτύπων λειτουργικότητας που είχαν αναπτύξει κατά τα σχολικά τους χρόνια και μια ευκαιρία για απόκτηση νέων γνώσεων (Billstedt et al., 2005).

Λιγοστές μελέτες έχουν εξετάσει τον ρόλο που διαδραματίζει η φιλία στους ενήλικες με ΔΑΦ. Ερευνητικά αποτελέσματα από τους Orsmond et al. (2004) καταδεικνύουν, πως από τους εφήβους και ενήλικες στο φάσμα που έμεναν με τους γονείς τους το 8,1% είχε τουλάχιστον μία στενή αμοιβαία φιλία, και το 20,9% είχε τουλάχιστον μία σχέση που περιλάμβανε ορισμένες κοινές δραστηριότητες και ενδιαφέροντα με έναν συνομήλικο. Ωστόσο, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες δεν είχαν καθόλου σχέσεις με συνομηλίκους. Αρκετά λίγοι συναναστρέφονταν εβδομαδιαία είτε με φίλους (20,9%), είτε με άτομα από τη δουλειά ή το σχολείο (13%).

Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά της ιδέας, ότι στην ενήλικη ζωή παρατηρείται μια προτίμηση για σχέσεις με άλλα άτομα του φάσματος (Morrison et al., 2020). Κατά τη διενέργεια μιας πεντάλεπτης αλληλεπίδρασης ενηλίκων με ΔΑΦ και νευροτυπικών ενηλίκων, η προτίμηση αυτή ήταν προφανής και αύξανε την πιθανότητα αποκάλυψης περισσότερων προσωπικών πληροφοριών μεταξύ της πρώτης ομάδας (Morrison et al., 2020). Οι νεαροί ενήλικες στο φάσμα του αυτισμού επιθυμούν και αναζητούν φιλίες, αλλά οι κοινωνικές διαφορές συχνά καθιστούν πιο δύσκολη την ανάπτυξη και τη διατήρηση αυτών των σχέσεων (Sosnowy et al., 2018). Επιπλέον, έχουν περιγράψει τις προσπάθειές τους για σύναψη φιλικών δεσμών χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση δοκιμής και λάθους, αλλά και τις απογοητεύσεις που βίωσαν

ή βιώνουν. Η χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων που ανήκουν στη νόρμα είναι γι' αυτούς απαραίτητη για την πλοήγησή τους στη κοινωνία. Βέβαια, επιτυχία θεωρούν την εύρεση ατόμων που αποδέχονται την άτυπη κοινωνικά συμπεριφορά τους και τους απαλλάσσουν από την πίεση της συμμόρφωσης σε συμβατικά πρότυπα. Φιλίες αναπτύσσουν και με άτομα που μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα. (Sosnowy et al., 2018).

Ο αριθμός των φίλων αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης υψηλότερης αυτοεκτίμησης και μικρότερης εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους, γεγονός που υποδηλώνει πως τόσο η ποιότητα, όσο και η ποσότητα των σχέσεων έχει σημασία (Chan et al., 2023). Εν αντιθέσει, σε μια ποιοτική έρευνα με 15 ενήλικες με ΔΑΦ και 9 φροντιστές, ορισμένοι ανέφεραν τη διατήρηση φιλίας με έναν μικρό αριθμό ατόμων ως καίριο στοιχείο μιας καλής γήρανσης (Hwang et al., 2017), υποδηλώνοντας ικανοποίηση με λίγους στενούς φίλους.

Παράλληλα, οι ενήλικες στο φάσμα μπορεί να προτείνουν και να σχεδιάζουν κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που περιλαμβάνουν λιγότερη προσωπική επαφή, με σκοπό την κάλυψη των κοινωνικών τους αναγκών και την αποφυγή πιθανής αίσθησης καταπίεσης (Elmose, 2020). Παράδειγμα συνιστά η παρακολούθηση συναυλιών, ταινιών ή αθλητικών εκδηλώσεων, που απαιτούν λιγότερη λεκτική επικοινωνία. Επιπροσθέτως, μπορεί να θεωρούν μια δραστηριότητα κοινωνική, παρόλο που τα άτομα τυπικής ανάπτυξης μπορεί να μην την αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο (Bagatell, 2010).

Εν συνεχεία, ορισμένες ψυχολογικές καταστάσεις που χρήζουν αναφοράς είναι η μοναξιά και το κοινωνικό άγχος/φοβία. Η μοναξιά αντανακλά ένα σύνολο αρνητικών συναισθημάτων τα οποία απορρέουν από τις ανεκπλήρωτες κοινωνικές ανάγκες (Smoysak, 1984; Russell et al., 1984). Εξίσου απαραίτητη είναι η εννοιολογική διάκριση ανάμεσα στην έννοια της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς. Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να αντιλαμβάνονται θετικά περιπτώσεις μοναχικότητας και κοινωνικής απομόνωσης, ενώ άλλοι να νιώθουν μοναξιά παρά τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων (Heinrich & Gullone, 2006). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν την πιο συχνή ανησυχία των ατόμων με ΔΑΦ, ειδικότερα κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Ghaziuddin et al., 2002). Ως αποτέλεσμα, μπορεί να προκληθεί κοινωνική απόσυρση, μειωμένη επικοινωνία, αύξηση της ψυχοκινητικής διέγερσης, της

επιθετικότητας, των διαταραχών του ύπνου και της αυτοτραυματικής, στερεοτυπικής και εμμονικής συμπεριφοράς (Lainhart, 1999; Perry et al., 2001). Επιπλέον, τόσο η υψηλότερη γνωστική ικανότητα όσο και τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας φαίνεται να αποτελούν παράγοντες ευπάθειας για την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Sterling et al., 2008). Ο κίνδυνος κατάθλιψης μπορεί ακόμη να αυξηθεί, όταν το άτομο συνειδητοποιεί τον ρόλο και την ευθύνη που φέρει σε αρνητικά γεγονότα και αποτυχημένες κοινωνικές συνδιαλλαγές, με συνέπεια την αποθάρρυνση και τη μείωση των επιπέδων αυτοεκτίμησης (Barnhill & Smith, 2001). Άλλες έρευνες (Capps et al. 1995; Tantam 2000) έχουν επιβεβαιώσει την άποψη, ότι τα άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας έχουν επίγνωση των κοινωνικών δυσκολιών τους και πως αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος και στην ανάπτυξη συναφών ψυχιατρικών καταστάσεων. Παρόλο που το άγχος δεν αποτελεί βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της ΔΑΦ, τα άτομα διατρέχουν αυξημένη επιρρέπεια στο κοινωνικό άγχος (White & Schry, 2011), η οποία φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία και τη συνειδητοποίηση των κοινωνικών δυσκολιών (Kuusikko et al., 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι διαδικτυακές πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης μπορεί να χρησιμεύσουν ως παράγοντας διευκόλυνσης της ανάπτυξης φιλίας για τα άτομα με ΔΑΦ (Brownlow et al., 2015). Η αξιολόγηση της ποιότητας των διαδικτυακών φιλικών σχέσεων από μια νευροτυπική σκοπιά, δημιουργεί την εντύπωση χαμηλότερης ποιότητας. Ωστόσο, τα άτομα στο φάσμα μπορούν να συνάπτουν ουσιαστικές σχέσεις μέσω του διαδικτυακού περιβάλλοντος (Brownlow et al., 2015). Η Mazurek (2013) διαπίστωσε, ότι ενήλικες με ΔΑΦ που χρησιμοποιούσαν πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έχουν έναν στενό φίλο σε σύγκριση με εκείνους που δεν τις χρησιμοποιούσαν.

Με την ολοένα ευκολότερη πρόσβαση στο διαδίκτυο εντοπίζεται, επιπρόσθετα, αύξηση των ατόμων που ασχολούνται με ηλεκτρονικά παιχνίδια και βιντεοπαιχνίδια (Sundberg, 2018). Το περιβάλλον των διαδικτυακών παιχνιδιών ενθαρρύνει την αλληλεπίδραση με άλλους παίκτες και προσφέρει αρκετά οφέλη. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν τα αυξημένα αισθήματα σύνδεσης με φίλους (Lenhart, 2015) και τα μειωμένα αισθήματα μοναξιάς (Martončik & Lokša, 2016).

Οι άνθρωποι που μπορούν να διατηρούν το διαδικτυακό τους παιχνίδι σε χαμηλό ή μέτριο βαθμό συχνότητας επωφελούνται τόσο από τις φιλίες στην πραγματική ζωή, όσο και από τη συμμετοχή τους σε διαδικτυακές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Από την άλλη πλευρά, όσοι αφιερώνουν περισσότερες από πέντε ώρες την ημέρα μπορεί να έχουν περιορισμένη πραγματική αλληλεπίδραση, αλλά είναι σε θέση να αναπτύξουν στενότερες φιλίες στο διαδίκτυο λόγω του μεγαλύτερου χρόνου συνδιαλλαγής με άλλους παίκτες (Sundberg, 2018). Συνοψίζοντας, τα ευρήματα υποδηλώνουν, ότι η αποκλειστική χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης μπορεί να μην είναι χρήσιμη για τη μείωση του αισθήματος της μοναξιάς. Ωστόσο, εφόσον αξιοποιείται για τη δημιουργία νέων σχέσεων και πιθανόν για τη διεύρυνση των κοινωνικών κύκλων και στην πραγματική ζωή, φαίνεται να είναι ωφέλιμη για τους ενήλικες με ΔΑΦ.

4.4 Αξιολόγηση της φιλίας σε άτομα με ΔΑΦ

Έχει διενεργηθεί πληθώρα μελετών για την αξιολόγηση της φιλίας και της ποιότητας των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Για την εκπλήρωση του παραπάνω στόχου χρησιμοποιήθηκαν διάφορα είδη εργαλείων, εκτεινόμενα από αναφορές γονέων και εκπαιδευτικών, ερωτηματολόγια και δημοσκοπήσεις παιδιών και εφήβων, μέχρι κοινωνιομετρικές αξιολογήσεις. Παρακάτω παρουσιάζεται μια συνοπτική περιγραφή ορισμένων από τα μέσα αξιολόγησης που συναντώνται ευρέως στη βιβλιογραφία.

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Παιχνιδιού (Quality of Play Questionnaire, QPQ)

Το QPQ (Frankel & Mintz, 2011) αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας της αλληλεπίδρασης αποκλειστικά μεταξύ δύο παιδιών κατά τη διάρκεια «συναντήσεων παιχνιδιού» στο σπίτι ενός εκ των δύο, καθώς και του πλήθους των εν λόγω συναντήσεων σε διάστημα ενός μήνα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 19 στοιχείων το οποίο συμπληρώνεται από τους γονείς. Ωστόσο, διατίθεται και μία αντίστοιχη έκδοση του QPQ για την καταγραφή των αυτοαναφορών των ίδιων των παιδιών. Στα 7 πρώτα στοιχεία εκτιμάται η έκταση στην οποία το παιδί συμμετέχει σε διαφορετικά είδη δραστηριοτήτων (π.χ. κυνηγητό, τρέξιμο, κάρτες ή επιτραπέζια παιχνίδια, φανταστικό ή συμβολικό παιχνίδι, καλλιτεχνικά, χειροτεχνίες, συνομιλία,

ηλεκτρονικά παιχνίδια, παρακολούθηση τηλεόρασης) (Frankel et al., 2010). Για τα επόμενα δέκα στοιχεία απαιτείται παρατήρηση της τελευταίας «συνάντησης παιχνιδιού» του παιδιού με τον συνομήλικό που συνευρίσκεται συχνότερα και κατόπιν βαθμολόγηση της φύσης της αλληλεπίδρασής τους με τη χρήση επιλογών, όπως «Καθόλου», «Λίγο», «Αρκετά» και «Πάρα πολύ». Αναφορικά με τα στοιχεία 18 και 19, οι γονείς καλούνται να καταγράψουν πόσες φορές εντός του τελευταίου μήνα το παιδί τους προσκαλέστηκε στο σπίτι ενός συνομηλίκου ή προσκάλεσε, αντιστοίχως, κάποιον στον δικό του χώρο. Σε καθεμία από τις δύο περιπτώσεις δε θα πρέπει να συνυπολογίζεται ως «συνάντηση παιχνιδιού» καμία αλληλεπίδραση υπό την παρουσία κάποιου άλλου παιδιού πέραν των δύο. (Frankel & Mintz, 2011).

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Κοινωνικοποίησης (Quality of Socialization Questionnaire, QSQ)

Κατ' αναλογία με το QPQ, το QSQ (Laugeson & Frankel, 2010) αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης κοινωνικών συναναστροφών με τη διαφορά, όμως, ότι απευθύνεται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Τόσο οι γονείς όσο και οι έφηβοι ή νεαροί ενήλικες, δύνανται να αξιολογήσουν μέσα από ένα σύνολο 12 στοιχείων την ποιότητα των μηνιαίων συναντήσεων που πραγματοποιήθηκαν, λαμβάνοντας υπόψη τη συχνότητά τους, τον αριθμό των συνομηλίκων και το επίπεδο των αρνητικών αλληλεπιδράσεων – συγκρούσεων (Chang & Dean, 2022).

Σύστημα Αξιολόγησης Κοινωνικών Δεξιοτήτων (Social Skills Rating System, SSRS)

Το SSRS (Gresham & Elliott, 1990) είναι ένα ερωτηματολόγιο 55 στοιχείων που επιδέχεται απαντήσεις, όπως «Ποτέ», «Μερικές φορές» ή «Πολύ συχνά» και αξιολογεί τις κοινωνικές δεξιότητες, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Οι πληροφορίες για τη συμπλήρωση των τριών παραπάνω κλιμάκων συλλέγονται τόσο από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, όσο και από τους ίδιους τους μαθητές. Η κλίμακα των κοινωνικών δεξιοτήτων διαιρείται σε τέσσερις υποκλίμακες 10 στοιχείων: (α) «συνεργασία», (β) «διεκδίκηση», (γ) «υπευθυνότητα» και (δ) «αυτοέλεγχος», όμως μόνο δύο αφορούν τη φιλία και τις αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους. Ειδικότερα, η «διεκδίκηση» αξιολογεί τη δεξιότητα δημιουργίας φίλων και την ποιότητα του παιχνιδιού μεταξύ τους, ενώ η υποκλίμακα του «αυτοελέγχου» εκτιμά την καταλληλότητα των αντιδράσεων του ατόμου απέναντι σε πιθανές προκλήσεις των σχέσεων με τους συνομηλίκους. Σχετικά με την

κλίμακα των προβλημάτων συμπεριφοράς, αυτή διακρίνεται σε τρεις υποκλίμακες 6 στοιχείων. Η πρώτη – υποκλίμακα «εξωτερίκευσης της συμπεριφοράς» – αφορά την υιοθέτηση ακατάλληλων συμπεριφορών (λ.χ. λεκτική ή σωματική επιθετικότητα, διαπληκτισμοί, φτωχός έλεγχος της ψυχραιμίας), ενώ η δεύτερη – υποκλίμακα «εσωτερίκευσης της συμπεριφοράς» – τη βίωση αισθημάτων άγχους, θλίψης, μοναξιάς και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Τέλος, η υποκλίμακα της «υπερκινητικότητας» είναι προσανατολισμένη στη μέτρηση της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας. (Frankel & Mintz, 2011).

Σύστημα Βελτίωσης Κοινωνικών Δεξιοτήτων» (Social Skills Improvement System Rating Scales, SSIS-RS)

Ωστόσο, το 2008 δημοσιεύθηκε η αναθεωρημένη έκδοση του SSRS. Το νέο εργαλείο αξιολόγησης SSIS-RS (Gresham & Elliott, 2008) προσαρμόστηκε για να διευκολύνει την ανίχνευση σημαντικών ελλειμμάτων στις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά και την ανάπτυξη παρεμβάσεων με σκοπό την αντιμετώπισή τους. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων του SSIS-RS συγκαταλέγονται οι βελτιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, η παροχή μιας ευρύτερης προσέγγισης των βασικών κοινωνικών συμπεριφορών που αξιολογούνται και η προσθήκη των υποκλιμάκων της επικοινωνίας, της ενσυναίσθησης, της εμπλοκής, του εκφοβισμού και του φάσματος του αυτισμού. (Gresham et al., 2011).

Κλίμακα Αυτοαντίληψης Piers-Harris (Piers-Harris Self-Concept Scale, PHS)

Η PHS (Piers, 1984) αποτελεί μία κλίμακα αυτοαναφοράς με 80 στοιχεία να – όχι που συμπληρώνεται από το ίδιο το παιδί σε χρόνο 20 λεπτών κατά προσέγγιση. Διαθέτει 6 υποκλίμακες: (α) «προσαρμογή της συμπεριφοράς», (β) «πνευματική και σχολική κατάσταση», (γ) «φυσική εμφάνιση και χαρακτηριστικά», (δ) «απελευθέρωση από το άγχος», (ε) «δημοτικότητα/αποδοχή» και (στ) «ευτυχία και ικανοποίηση». Από αυτές, η υποκλίμακα της «δημοτικότητας/αποδοχής» συνδέεται στενότερα με τη φιλία και το κοινωνικό αποτέλεσμα, καθώς εξετάζεται μέσα από 12 στοιχεία ο βαθμός στον οποίο το παιδί βιώνει απόρριψη ή παρενοχλήσεις από τους συνομηλίκους του. Ύστερα από τη συμπλήρωση όλων των

υποκλιμάκων του εργαλείου προκύπτουν έξι διαφορετικές βαθμολογίες, βάσει των οποίων εξάγεται στο τέλος μία συνολική βαθμολογία. (Frankel et al., 2010).

SRS-2 & ADOS-2

Σε μελέτη των Sedgewick et al. (2019a) για τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ αγοριών και κοριτσιών με ΔΑΦ, συγκριτικά με τους τυπικούς συνομηλίκους, όσον αφορά τις σχέσεις φιλίας και τις συγκρούσεις μεταξύ φίλων, χρησιμοποιήθηκε το Έντυπο Σχολικής Ηλικίας από τη δεύτερη έκδοση της Κλίμακας Κοινωνικής Ανταπόκρισης (SRS-2 School – Age Form; Constantino & Scale, 2012). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 65 στοιχείων αναφορικά με συμπεριφορές εκδηλωμένες το τελευταίο εξάμηνο, το οποίο συμπλήρωσαν οι γονείς, προκειμένου να αξιολογηθούν ο κοινωνικός και συμπεριφορικός τομέας που πλήττονται στον αυτισμό. Κάθε στοιχείο μπορούσε να βαθμολογηθεί από «1» («δεν ισχύει») έως «4» («σχεδόν πάντοτε αληθές»), με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντανakλούν σοβαρότερα συμπτώματα της ΔΑΦ.

Ακόμη, πραγματοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη για τη συλλογή πληροφοριών, αφενός σε σχέση με εμπειρίες φιλίας και διαμαχών, μέσω ερωτήσεων ανοιχτού τύπου αντλημένων από την ενότητα «Φιλίες και Γάμος» του εργαλείου ADOS-2 (λ.χ. «Πώς ξέρεις αν κάποιος είναι φίλος σου;» κλπ.), αλλά και πρόσθετων ερωτήσεων εξειδικευμένων σε θέματα του ηλικιακού σταδίου των ατόμων (λ.χ. «Συναντάς τους φίλους σου εκτός σχολείου;» κ.α.). Αφετέρου, εκμαιεύθηκαν από τους συμμετέχοντες αναλυτικά στοιχεία γύρω από ένα θετικό, αλλά και ένα συγκρουσιακό περιστατικό που βίωσαν οι ίδιοι στο παρελθόν, εκτιμώντας τις γνωστικές και συναισθηματικές τους αντιδράσεις, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίστηκαν τις εν λόγω συγκρούσεις.

Κλίμακα Ποιότητας Φιλίας (Friendship Quality Scale, FQS)

Η FQS (Bukowski et al., 1994) είναι ένα εργαλείο που εκτιμά την ποιότητα των σχέσεων που συνάπτουν άτομα στην παιδική και στην πρώτη εφηβική ηλικία με τον καλύτερό τους φίλο. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογούνται οι αντιλήψεις των εξεταζόμενων γύρω από τις πέντε ακόλουθες συνιστώσες της φιλίας: (α) «συντροφικότητα», (β) «σύγκρουση», (γ) «βοήθεια», (δ) «ασφάλεια» και (στ) «εγγύτητα». Έτσι, το FQS διαιρείται σε πέντε κλίμακες, καθεμία από τις

οποίες περιλαμβάνει στοιχεία, όπως: «Ο φίλος μου και εγώ κάνουμε πράγματα μαζί» («κλίμακα συντροφικότητας»), «Ο φίλος μου και εγώ μπορεί να λογομαχούμε πολύ» («κλίμακα σύγκρουσης»), «Ο φίλος μου θα με βοηθούσε αν το χρειαζόμουν» («κλίμακα βοήθειας»), «Αν ζητήσω συγγνώμη μετά από έναν τσακωμό ή μία διαφωνία, όλα θα είναι εντάξει» («κλίμακα ασφάλειας»), «Αν ο φίλος μου έπρεπε να φύγει μακριά, θα μου έλειπε» («κλίμακα εγγύτητας»). Ο συνολικός αριθμός των στοιχείων του εργαλείου είναι 23 και βαθμολογούνται σε μια πενταβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από «1» («καθόλου αληθές») έως «5» («πολύ αληθές»). (Sedgewick et al., 2019a).

Ερωτηματολόγιο Φιλίας (Friendship Questionnaire, FQ)

Το FQ (Baron-Cohen & Wheelwright, 2003) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 35 στοιχείων πολλαπλής επιλογής, που στηρίζεται στις διαφορές των φύλων κατά τη δημιουργία νέων φιλιών. Πρόκειται για ένα εύχρηστο και σύντομης διάρκειας εργαλείο, απλό ως προς τον τρόπο βαθμολόγησής του. Πιο συγκεκριμένα, για καθεμία από τις 27 αρχικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου δίνεται ένα σύνολο τριών επιλογών ανάμεσα στις οποίες καλείται να αποφασίσει το άτομο. Κάθε επιλογή αντιστοιχεί σε μια προκαθορισμένη βαθμολογία – «0», «2» και «5» – με το «5» να αποτελεί τη μέγιστη βαθμολογία. Ενδεικτικά, αναφέρεται το ακόλουθο παράδειγμα: (α) «Έχω έναν ή δύο συγκεκριμένους καλύτερους φίλους» (5 βαθμοί), (β) «Έχω αρκετούς φίλους που θα αποκαλούσα καλύτερους φίλους» (2 βαθμοί), και (γ) «Δεν έχω κανέναν που θα αποκαλούσα καλύτερο φίλο» (0 βαθμοί). Έτσι, η ελάχιστη συνολική βαθμολογία που μπορεί να προκύψει από τη συμπλήρωση του FQ είναι «0», ενώ η μέγιστη «135». (Baron-Cohen & Wheelwright, 2003; Sedgewick et al., 2019b).

Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Εμπειρίας Συνομηλίκων (Revised Peer Experience Questionnaire, RPEQ)

Το RPEQ (Prinstein et al., 2001) αποτελείται από 18 στοιχεία και σκοπός του είναι η αξιολόγηση της συχνότητας συμπεριφορών που συνιστούν εκφοβισμό, είτε αυτός είναι εμφανής (λ.χ. «Κάποιος απείλησε να με βλάψει ή να με χτυπήσει.») είτε έμμεσος/κοινωνικός (λ.χ. «Παραγκώνισα κάποιον»). Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το εργαλείο, θέτουν τον εξεταζόμενο

τόσο στον ρόλο του θύτη όσο και του θύματος (π.χ. «Κυνήγησα κάποιον σαν να προσπαθούσα πραγματικά να του κάνω κακό», «Κάποιος με κυνήγησε σαν να προσπαθούσε πραγματικά να με βλάψει»). Η βαθμολόγηση των στοιχείων γίνεται σύμφωνα με μια πενταβάθμια κλίμακα, εκτεινόμενη από «0» («ποτέ») έως «4» («μερικές φορές την εβδομάδα»). Το RPEQ απαρτίζεται συνολικά από οχτώ υποκλίμακες, οι βαθμολογίες των οποίων συναθροίζονται για να προκύψει στο τέλος μία συγκεντρωτική βαθμολογία. (Sedgewick et al., 2019a).

Μονοδιάστατη Κλίμακα Εγγύτητας Σχέσεων (Unidimensional Relationship Closeness Scale, URCS)

Η URCS (Dibble & Park, 2012) αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της αντίληψης των ατόμων αναφορικά με τον βαθμό εγγύτητας που βιώνουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Αναλυτικότερα, πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς 12 στοιχείων, για καθένα από τα οποία τίθεται βαθμολογία από «1» («Διαφωνώ απόλυτα») μέχρι «7» («Συμφωνώ απόλυτα»). Ενδεικτικά, ορισμένα στοιχεία που εμπεριέχονται στο εργαλείο είναι τα ακόλουθα: «Η σχέση μου μαζί του είναι στενή», «Όταν είμαστε χωρία, μου λείπει πολύ», «Αποκαλύπτουμε ο ένας στον άλλο σημαντικά προσωπικά πράγματα», «Θέλουμε να περνάμε χρόνο μαζί» κ.α. Ωστόσο, οι Dibble & Park (2012) αναφέρουν, πως το έκτο στοιχείο του URCS («Είμαι σίγουρος για τη σχέση μου μαζί του») μπορεί να παραλειφθεί, διότι υπάρχουν επιφυλάξεις ως προς τη διακριτική εγκυρότητα μεταξύ της εγγύτητας και της ικανοποίησης και βεβαιότητας της σχέσης. Η συγκέντρωση υψηλών βαθμολογιών, μετά τη χορήγηση του εργαλείου, ισοδυναμεί με μεγαλύτερο βαθμό εγγύτητας στη σχέση του εξεταζόμενου με το άλλο άτομο. Αντιθέτως, χαμηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν έλλειψη οικειότητας. (Dibble & Park, 2012; Mazurek, 2014).

Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης για Παιδιά (Social Support Scale for Children, SSSC)

Η SSSC (Harter, 1985) συνιστά μια κλίμακα 24 στοιχείων που διακρίνεται σε τέσσερις υποκλίμακες. Κάθε υποκλίμακα αντιστοιχεί σε ένα περιβάλλον υποστήριξης και είναι, πιο συγκεκριμένα, ο «Γονέας», ο «Εκπαιδευτικός», ο «Συμμαθητής» και ο «Φίλος». Σκοπός του SSSC είναι να αξιολογήσει την αντίληψη των παιδιών και των εφήβων σε σχέση με το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν. Αρχικά, το άτομο καλείται να διαβάσει και να επιλέξει

ποια από τις δύο δηλώσεις του κάθε στοιχείου ισχύει περισσότερο στη δική του περίπτωση (π.χ. «Ορισμένα παιδιά έχουν γονείς που δεν τα καταλαβαίνουν πραγματικά, όμως άλλα παιδιά έχουν γονείς που τα καταλαβαίνουν πραγματικά»). Κατόπιν, κρίνει εάν η εν λόγω δήλωση είναι «σχετικά αληθινή» ή «πραγματικά αληθινή» για το ίδιο. (Kerres Malecki & Kilpatrick Demary, 2002).

Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης Παιδιού και Εφήβου (Child and Adolescent Social Support Scale, CASSS)

Μία παρόμοια κλίμακα μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης από τις ίδιες τέσσερις πηγές που εντοπίζονται και στο SSSC («Γονέας», «Εκπαιδευτικός», «Συμμαθητής», «Στενός φίλος») είναι η CASSS (Malecki et al., 1999). Αποτελείται από 40 στοιχεία (10 στοιχεία για καθεμία από τις τέσσερις υποκλίμακες) τα οποία αξιολογούνται από τον εξεταζόμενο βάσει δύο παραμέτρων, της συχνότητας και της σημαντικότητας. Για την αξιολόγηση της συχνότητας χρησιμοποιείται μια εξαβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από «1» («ποτέ») έως «6» («πάντα»), ενώ η σημαντικότητα μπορεί να βαθμολογηθεί από «1» («καθόλου σημαντικό») έως «3» («πολύ σημαντικό»). Έχουν δημιουργηθεί δύο εκδόσεις του CASSS. Η πρώτη εφαρμόζεται σε μαθητές της Γ' μέχρι και της ΣΤ' τάξης του Δημοτικού, ενώ η δεύτερη απευθύνεται σε μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου. (Kerres Malecki & Kilpatrick Demary, 2002).

Κοινωνιομετρικές μέθοδοι

Όσον αφορά τη χρήση κοινωνιομετρικών μεθόδων για την αξιολόγηση της φιλίας, γίνεται λόγος για τη Δημοσκόπηση Φιλίας (Friendship Survey). Το συγκεκριμένο κοινωνιομετρικό εργαλείο θεωρείται ιδιαίτερα διαδεδομένο και έχει τεθεί σε εφαρμογή από πλήθος μελετητών (Kasari et al., 2012; Kasari et al., 2016; Locke et al., 2019; Radley et al., 2017; Shih et al., 2019). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης των φιλικών και κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των συνομηλίκων στο πλαίσιο της σχολικής τάξης. Στις εν λόγω μελέτες οι συμμετέχοντες ήταν μαθητές Δημοτικού που φοιτούσαν σε γενικά σχολεία. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της Δημοσκόπησης Φιλίας ήταν η συμμετοχή τουλάχιστον του μισού πληθυσμού της τάξης. Με τη μέθοδο της ελεύθερης ανάκλησης ζητήθηκε από τα παιδιά

να καταγράψουν όλα τα ονόματα των συμμαθητών που θεωρούσαν φίλους τους και, κατόπιν, εκείνων με τους οποίους απολάμβαναν να κάνουν παρέα. Ύστερα από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψε μία ατομική βαθμολογία για το κάθε μέλος της τάξης αντικατοπτρίζοντας τις φορές που εντοπίστηκε το όνομά του στις αποκρίσεις των υπολοίπων παιδιών. Παράλληλα, επινοήθηκε η μεταβλητή «Social Network Saliency (SNS)» για την απόδοση της κοινωνικής υπεροχής του ατόμου εντός της τάξης του σε πολλαπλές χρονικές στιγμές. Η τιμή της μεταβλητής υπολογίζεται διαιρώντας κάθε φορά την ατομική βαθμολογία του εκάστοτε μαθητή με την υψηλότερη ατομική βαθμολογία που σημειώθηκε μεταξύ των υποκειμένων.

Η Κοινωνιομετρική Συνέντευξη (Sociometric Interview) (Coie et al., 1982) αναφέρεται ως μια ακόμη προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε από τους Lerner & Mikami (2012) και Kang et al. (2021), προκειμένου να αξιολογήσουν τη φιλία και την κοινωνική κατάσταση σε νεανικούς πληθυσμούς. Κάθε συμμετέχων κλήθηκε να κατατάξει τους συνομηλίκους της ομάδας παρέμβασης με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: (α) αυτοί που συμπαθούσε, (β) αυτοί που συμπαθούσε περισσότερο, (γ) αυτοί που δε συμπαθούσε, (δ) αυτοί που δε συμπαθούσε περισσότερο και (ε) αυτοί που θεωρούσε φίλους του. Στο τέλος, οι μεταβλητές οι οποίες προέκυψαν, ήταν αυτές της κοινωνικής προτίμησης και της αμοιβαίας φιλίας. (Chang & Dean, 2022).

4.5 Στρατηγικές παρέμβασης για τη δημιουργία και διατήρηση των σχέσεων φιλίας σε άτομα με ΔΑΦ

Εξειδικευμένα μοντέλα παρέμβασης προσανατολισμένα στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και στρατηγικών φιλίας έχουν εφαρμοσθεί εκτενώς σε παιδικούς και εφηβικούς πληθυσμούς με ΔΑΦ. Μεταξύ των μοντέλων αυτών, τα περισσότερα επικεντρώνονται στην άμεση διδασκαλία, ενίσχυση και εξάσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων (λ.χ. αύξηση της συχνότητας κοινωνικών πρωτοβουλιών, απαντήσεων και συνομιλιών ή αύξηση του χρόνου συμμετοχής σε μια αμοιβαία ενασχόληση με έναν ή περισσότερους συνομηλίκους) για την προαγωγή βελτιωμένων αποτελεσμάτων στον τομέα της φιλίας. Ωστόσο, γίνεται αναφορά και σε παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν άλλου είδους πρακτικές για την προώθηση της ανάπτυξης

φιλικών δεσμών, όπως κοινωνικοδραματικά παιχνίδια, υποκριτικές ασκήσεις αυτοσχεδιασμού, συνεργατικές δραστηριότητες μέσα στο σχολείο κ.ά. (Chang & Dean, 2022).

Children's Friendship Training (CFT)

Σύμφωνα με τους Frankel et al. (2010), το CFT συνιστά ένα πρόγραμμα παρέμβασης κατάλληλο για άτομα που χρήζουν ανάγκης εκπαίδευσης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Συνεπώς παιδιά ηλικίας 6-12 ετών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, αποτελούν κύριους υποψήφιους για τη λήψη της εν λόγω θεραπευτικής παρέμβασης. Το CFT στηρίζεται στον βοηθητικό και καθοδηγητικό ρόλο των γονέων των συμμετεχόντων, προκειμένου οι δεύτεροι να αναπτύξουν και να βελτιώσουν κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες φιλίας (Ong et al., 2021). Όπως μάλιστα απεδείχθη από τους Frankel et al. (2010), η αποκατάσταση των προβλημάτων φιλίας, καθώς και η μείωση της μοναξιάς ως επακόλουθο της μεγαλύτερης αποδοχής από τους συνομηλίκους, είναι εφικτή σε παιδιά με ΔΑΦ που παρακολούθησαν το CFT (Frankel & Whitham, 2011).

Αναλυτικότερα, στο επίκεντρο της παρέμβασης τίθενται ζητήματα που αφορούν στις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων με τους συνομηλίκους τους. Για παράδειγμα, ένα από αυτά είναι η προσβολή της υπόληψης του ατόμου από τα μέλη εντός της ομάδας των συνομηλίκων, που μπορεί όμως να μετριαστεί μέσω της εκμάθησης των βασικών κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς που διέπουν την ομάδα. Ακόμη ένα ζήτημα αποτελεί η ελάττωση των αρνητικών επιδράσεων σε περίπτωση κοινωνικής απόρριψης με την αξιοποίηση εκμαθημένων δεξιοτήτων για την επέκταση του κοινωνικού κύκλου. Επιπλέον, γίνεται λόγος για την εξασφάλιση μεγαλύτερου επιπέδου αποτελεσματικής επικοινωνίας με σκοπό την εύρεση κοινών ενδιαφερόντων και, κατά συνέπεια, πιο συμβατών φίλων. Τέλος, στόχο συνιστά η καθοδήγηση των γονέων και των παιδιών, τόσο για τη διεξαγωγή επιτυχημένων «συναντήσεων παιχνιδιού», όσο και για τη διαχείριση παρενοχλήσεων/πειραγμάτων από τους συνομηλίκους, περιορίζοντας έτσι την κοινωνική περιθωριοποίηση. (Frankel & Whitham, 2011).

Η θεραπεία περιλαμβάνει 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες με διάρκεια μίας ώρας. Οι συνεδρίες που παρακολουθούν οι γονείς, λαμβάνουν χώρα την ίδια στιγμή αλλά σε ξεχωριστό

χώρο από εκείνες των παιδιών. Όσον αφορά τη σύνθεση των ομάδων του προγράμματος CFT, επιτρέπεται η συμπερίληψη έως πέντε παιδιών με ΔΑΦ σε μία ομάδα με πέντε παιδιά διαφορετικής κλινικής διάγνωσης. Πιθανή είναι και η συνύπαρξη ατόμων τυπικής και μη τυπικής ανάπτυξης στην ίδια ομάδα, παρέχοντας τη δυνατότητα να γίνει σε πιο ρεαλιστικές συνθήκες η εξάσκηση των εκμαθημένων δεξιοτήτων (Frankel & Whitham, 2011). Οι συνεδρίες των παιδιών διακρίνονται χρονικά σε τέσσερα (4) μέρη: (1) συζήτηση των αποτελεσμάτων των καθηκόντων που ανατέθηκαν για το σπίτι στην τελευταία συνεδρία (10 λεπτά), (2) διδασκαλία και παρουσίαση της συμπεριφοράς – στόχου, με σύντομη εξάσκηση αυτής μεταξύ των παιδιών υπό μορφή πρόβας (20 λεπτά), (3) καθοδηγούμενη εξάσκηση των νεοαποκτηθεισών δεξιοτήτων μέσω παιχνιδιού (25 λεπτά) και (4) συνάντηση παιδιών και γονέων για τον από κοινού καθορισμό των καθηκόντων της επόμενης συνεδρίας (5 λεπτά) (Frankel et al., 2010; Frankel & Whitham, 2011). Ως προς το περιεχόμενο των συνεδριών, η καθεμία από αυτές έχει σχεδιαστεί, ώστε να προσεγγίζει και να εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο θέμα – στόχο κάθε φορά. Ενδεικτικά, ορισμένα θέματα – στόχοι παρουσιάζονται παρακάτω: τεχνικές αμφίδρομης επικοινωνίας, τρόποι συμμετοχής σε μία ομάδα, αντιδράσεις σε περίπτωση απόρριψης της συμμετοχής σε μία ομάδα, τρόποι επιδοκιμασίας, πειθούς και διαπραγμάτευσης με τους άλλους, κανόνες συμπεριφοράς ενός «καλού οικοδεσπότη παιχνιδιού» και ενός «καλού νικητή», ανταπόκριση στα πειράγματα των άλλων με χιούμορ, τεχνικές αποφυγής εκφοβιστικών συμπεριφορών. (Frankel & Whitham, 2011; Goh et al, 2020)

Δεδομένου ότι τα παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να δυσκολευθούν να εφαρμόσουν τις εκμαθημένες κοινωνικές δεξιότητες και να συνάψουν φιλίες, η συμβολή των γονέων θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την καθοδήγηση και την ενθάρρυνσή τους, μεσολαβώντας, για παράδειγμα, στον σχεδιασμό και οργάνωση των «συναντήσεων παιχνιδιού». Ωστόσο, στο τελικό στάδιο του CFT απαιτείται από τα παιδιά να εξασκήσουν τα ίδια τις δεξιότητές τους, αντιμετωπίζοντας πλέον προκλήσεις σε ρεαλιστικά κοινωνικά πλαίσια, όπως στο σπίτι, στο σχολείο κ.ά. (Goh et al, 2020).

Program for the Education and Enrichment of Relational Skills (PEERS)

Το πρόγραμμα θεραπείας PEERS (Laugeson & Frankel, 2011) είναι μία ψυχοεκπαιδευτική μέθοδος παρέμβασης απευθυνόμενη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες με ΔΑΦ, που δεν παρουσιάζουν, όμως, νοητικά ελλείμματα. Αποτελεί επέκταση του προγράμματος CFT, απαιτεί τη συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία και σχεδιάστηκε για την ανάπτυξη και τη διατήρηση φιλικών σχέσεων σε άτομα που αντιμετωπίζουν προκλήσεις στον κοινωνικό τομέα. Το πρόγραμμα θεραπείας, όπως περιγράφηκε και εφαρμόσθηκε από τους Laugeson et al. (2012), διαρκεί 14 εβδομάδες και περιλαμβάνει συνολικά 14 ομαδικές συνεδρίες 90 λεπτών, οι 12 εκ των οποίων έχουν διδακτικό χαρακτήρα και επικεντρώνονται κάθε φορά σε έναν συγκεκριμένο στόχο: (α) δεξιότητες συνομιλίας (εκπαίδευση στις δεξιότητες συζήτησης), (β) μορφές ψηφιακής επικοινωνίας (εκμάθηση κατάλληλης χρήσης του διαδικτύου, κλήσεων μέσω τηλεφώνου, γραπτών μηνυμάτων, ηλεκτρονικής αλληλογραφίας κ.ά.), (γ) διαμόρφωση κατάλληλων δικτύων φιλίας (τα άτομα μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να επιλέγουν εκείνες τις ομάδες συνομηλίκων στις οποίες θα ενσωματώνονταν καλύτερα, ενώ παράλληλα αναζητούν δραστηριότητες για την πιθανή εύρεση φίλων με κοινά ενδιαφέροντα), (δ) κατάλληλη χρήση του χιούμορ (εκμάθηση βασικών κανόνων κατάλληλης χρήσης του χιούμορ και εκτίμηση της ανατροφοδότησης που προκύπτει από αυτήν), (ε) στρατηγικές πρόσβασης σε ομάδα συνομηλίκων (καθοδήγηση για τη συμμετοχή σε συζητήσεις συνομηλίκων), (στ) στρατηγικές αποχώρησης από ομάδα συνομηλίκων (αξιολόγηση της δεκτικότητας κατά την ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων και επιστράτευση τρόπων αποχώρησης σε περίπτωση μη αποδοχής), (ζ) συναντήσεις (οργάνωση και υλοποίηση συναντήσεων με φίλους), (η) υγιές αθλητικό πνεύμα (προώθηση θεμιτών τρόπων συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια παιχνιδιών και αθλητικών δραστηριοτήτων), (θ) διαχείριση παρενοχλήσεων (ανταπόκριση στα πειράγματα των συνομηλίκων), (ι) διαχείριση εκφοβισμού και κακών φημολογιών (στρατηγικές αντιμετώπισης μορφών εκφοβισμού και φημολογιών), (ια) διαχείριση διαπληκτισμών και διαφωνιών (επίλυση διαπληκτισμών και διαφωνιών με τους συνομηλίκους) και (ιβ) διαχείριση φημών και κουτσομπολιού (στρατηγικές περιορισμού των επιπτώσεων που προκαλεί η διάδοση φημών και το κουτσομπολιό). Έτσι, οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να διδαχθούν μία πληθώρα κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων φιλίας μέσα από μαθήματα, παιχνίδια ρόλων, μιμήσεις προτύπου, πρόβες της επιθυμητής

συμπεριφοράς, καθώς και ανάθεση εργασιών για το σπίτι. Ωστόσο, υπογραμμίζεται ο εξίσου σημαντικός ρόλος των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία. Ειδικότερα, οι γονείς λαμβάνουν μέρος σε μια ξεχωριστή συνάντηση που διεξάγεται εβδομαδιαίως και εκπαιδεύονται για να καθοδηγούν τους εφήβους καθώς εξασκούν τις νεοαποκτηθείσες δεξιότητες εκτός της παρέμβασης. (Haendel et al., 2012; Laugeson et al., 2012; Matthews et al., 2018; Matthews et al., 2020)

Child-assisted intervention (CHILD)

Πρόκειται για μία ακόμη μέθοδο παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε από τους Kasari et al. (2012) σε σχολικό πλαίσιο, προκειμένου παιδιά με ΔΑΦ να καταφέρουν να αυξήσουν την κοινωνική τους συμμετοχή μέσω της ανάπτυξης σχετικών στρατηγικών. Πρωταρχικό βήμα της παρέμβασης ήταν η αξιολόγηση των κοινωνικών δεξιοτήτων του εκάστοτε παιδιού, λαμβάνοντας έτσι μια συνολική εικόνα των δυνατών και αδύναμων σημείων του. Τα στοιχεία της αξιολόγησης συλλέχθηκαν τόσο από παρατηρήσεις του υποκειμένου στον προαύλιο χώρο του σχολείου, όσο και από αναφορές γονέων και εκπαιδευτικών. Μετά την ολοκλήρωση της ανιχνευτικής διαδικασίας μπορούσαν πλέον να προσδιοριστούν οι ελλειμματικές δεξιότητες που θα αποτελούσαν τους στόχους της παρέμβασης.

Η παρέμβαση διήρκησε 6 εβδομάδες και περιλάμβανε 12 εικοσάλεπτες ατομικές συνεδρίες μεταξύ του μαθητή με ΔΑΦ και του ειδικού παρέμβασης στον χώρο του σχολείου, με συχνότητα δύο φορές ανά εβδομάδα. Κάθε συμπεριφορά – στόχος προσεγγιζόταν μέσα από μεθόδους διδασκαλίας, παιχνίδια ρόλων και συστηματική εξάσκηση, ωστόσο αυτή να κατακτηθεί και να εισαχθεί, εν συνεχεία, η επόμενη συμπεριφορά – στόχος. Παράλληλα γινόταν ανάθεση εργασιών για το σπίτι, παρέχοντας στα παιδιά την ευκαιρία να εξασκήσουν τις στρατηγικές και τις δεξιότητες που μάθαιναν και σε άλλα περιβάλλοντα, εν απουσία του ειδικού παρέμβασης.

SKILLS & ENGAGE

Οι Kasari et al. (2016) συνέκριναν σε μελέτη τους τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή δύο παρεμβάσεων στον τομέα των κοινωνικών δεξιοτήτων, με συμμετέχοντες

παιδιά τυπικής ανάπτυξης αλλά και με ΔΑΦ, από το νηπιαγωγείο έως την Ε' τάξη του Δημοτικού. Οι παρεμβάσεις έλαβαν χώρα στο σχολικό πλαίσιο, όπου διεξήχθησαν 16 ομαδικές συνεδρίες διάρκειας 30-45 λεπτών σε διάστημα 8 εβδομάδων, με συχνότητα 2 συνεδρίες ανά εβδομάδα.

Το πρώτο από τα δύο προγράμματα παρέμβασης για τα οποία γίνεται λόγος είναι το «SKILLS» και συγκροτήθηκε από ολιγομελείς σχετικά ομάδες παιδιών με ΔΑΦ, που προέρχονταν από διαφορετικές σχολικές τάξεις. Μέσα από τις συνεδρίες του SKILLS τα παιδιά είχαν τη δυνατότητα να εξασκήσουν κάθε φορά συγκεκριμένες δεξιότητες διαμόρφωσης σχέσεων και κοινωνικής εμπλοκής, σε τομείς όπως ο χαιρετισμός, η μη λεκτική επικοινωνία, το χιούμορ, η συζήτηση, η διαχείριση πειραγμάτων και συναισθημάτων, η φιλία κ.ά. Κάθε συνεδρία περιλάμβανε στην αρχή επανεξέταση του διδακτικού στόχου και των καθηκόντων της προηγούμενης εβδομάδας, κατόπιν διδασκαλία και εφαρμογή της νέας δεξιότητας – στόχου στην πράξη μέσω μιας δομημένης δραστηριότητας, διαθέσιμο χρόνο για ελεύθερο παιχνίδι και στο τέλος ανάθεση των εργασιών για το σπίτι. Για τη θετική ενίσχυση των παιδιών χρησιμοποιήθηκε ένα σύστημα επιβράβευσης με ανταμοιβές που αυτά μπορούσαν να κερδίσουν κατά τη δεύτερη εβδομαδιαία συνεδρία.

Στο δεύτερο πρόγραμμα παρέμβασης, που αναφέρεται ως «ENGAGE» (Kretzmann, 2008), η σύνθεση των ομάδων ήταν μικτή, εμπεριέχοντας τόσο τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, όσο και παιδιά που εμφάνιζαν ΔΑΦ. Όλα τα παιδιά φοιτούσαν στην ίδια τάξη, με τα πρώτα να πλειοψηφούν έναντι των δεύτερων. Η επιλογή των συμμετεχόντων τυπικής ανάπτυξης προέκυψε σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Δημοσκόπησης Φιλίας και ύστερα από προτάσεις των εκπαιδευτικών, προκειμένου να αποτελέσουν θετικά πρότυπα παρουσίασης κοινωνικών συμπεριφορών και καλλιέργειας φιλιών. Στόχος της παρέμβασης ήταν η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής και αποδοχής από την ομάδα συνομηλίκων, αξιοποιώντας τα κοινά ενδιαφέροντα της ομάδας για την ανάπτυξη αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, κάθε συνεδρία ξεκινούσε με τη δημιουργία ενός αυτοσχέδιου ημερήσιου προγράμματος με δραστηριότητες που συναποφασίζονταν και τηρούνταν από τα μέλη της ομάδας, με σκοπό την εξασφάλιση, κατά αυτόν τον τρόπο, συνεκτικότητας σε αυτήν. Παραδείγματα τέτοιων

δραστηριοτήτων μπορεί να ήταν ασκήσεις συνομιλίας, δομημένο και ελεύθερο παιχνίδι, αυτοσχέδια αφήγηση ιστορίας, μουσική κ.ά.

Remaking Recess (RR)

Μια ακόμη παρέμβαση που σχεδιάστηκε για τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και αλληλεπιδράσεων με τους συνομηλίκους, αναφέρεται σε μελέτη των Shih et al. (2019) στην οποία συμμετείχαν παιδιά με ΔΑΦ ηλικίας 5-11 ετών και φέρει την ονομασία «Remaking Recess» (RR). Ειδικότερα, η παρέμβαση RR ενισχύει την ανάπτυξη της φιλίας μεταξύ παιδιών με και χωρίς ΔΑΦ μέσω υποστηριζόμενου παιχνιδιού, κατά τη διάρκεια του σχολικού διαλείμματος και του μεσημεριανού γεύματος. Ωστόσο, οι στρατηγικές της εν λόγω παρέμβασης περιγράφονται και από τους Kretzmann et al. (2015). Για την εκτέλεσή της είναι υποχρεωτική η συμβολή μελών του προσωπικού του σχολείου που λειτουργούν ως «βοηθοί» και μελών της επιστημονικής ομάδας μελέτης (λ.χ. βοηθοί ερευνητές ή διδακτορικοί φοιτητές) που αναλαμβάνουν ρόλο «προπονητή». Απαραίτητη προϋπόθεση για τους «προπονητές» ήταν να διαθέτουν παλαιότερη εμπειρία δουλεύοντας με παιδιά με ΔΑΦ και εκπαιδευτικό προσωπικό. Ακόμη, έπρεπε να παρακολουθήσουν ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα εκπαίδευσης πάνω στην παρέμβαση και στη συνέχεια, να εγκριθεί η καταλληλότητά τους από δύο δημιουργούς του RR.

Το πρόγραμμα παρέμβασης συγκροτήθηκε από 10 συνεδρίες ενεργού διδασκαλίας των «βοηθών» από τους «προπονητές» σε δεξιότητες, όπως η ανίχνευση παιδιών που δε δραστηριοποιούνται στο προαύλιο του σχολείου ή αντιμετωπίζουν δυσκολίες κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους, η χρήση στρατηγικών για την ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής (π.χ. στρατηγικές έναρξης παιχνιδιών ή δραστηριοτήτων στο προαύλιο) και η λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή υποστήριξης ή την ελάττωση αυτής, ώστε τα παιδιά να βοηθηθούν στην έναρξη και διατήρηση διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων. Ακολούθησαν 6-10 συνεδρίες ανασκόπησης, βελτιστοποίησης των στρατηγικών παρέμβασης και αντιμετώπισης τυχόν προβλημάτων. Η διάρκεια κάθε συνεδρίας κυμαινόταν από 20 έως 30 λεπτά, ενώ η συχνότητά τους έτεινε να μειώνεται σταδιακά με το πέρας των εβδομάδων. Ειδικότερα, ο αριθμός των συνεδριών ανερχόταν στις 2-3 κατά τις τρεις πρώτες εβδομάδες της

παρέμβασης, 2 κατά την τέταρτη και πέμπτη εβδομάδα, 1 για τις επόμενες εβδομάδες και καμία στο διάστημα του τρίτου μήνα.

Socio-Dramatic Affective Relational Intervention (SDARI)

Η παρέμβαση κοινωνικών δεξιοτήτων SDARI έχει χρησιμοποιηθεί από διάφορους μελετητές σε πληθυσμούς παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΑΦ, επιδεικνύοντας θετικά αποτελέσματα, όπως βελτιωμένες κοινωνικές δεξιότητες και αναγνώριση συναισθημάτων, περιορισμένα κοινωνικά προβλήματα, αυξημένη αμοιβαιότητα στις φιλικές σχέσεις, μειωμένο κοινωνικό άγχος κλπ. (Lerner et al., 2011; Lerner & Mikami, 2012; Lerner et al., 2012b). Ομοίως, οι Kang et al. (2021) εφάρμοσαν το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα για τον σχηματισμό φιλικών δεσμών μεταξύ νεαρών ατόμων με ΔΑΦ ηλικίας 9-16 ετών. Στη μελέτη συμμετείχαν, επίσης, οι φροντιστές των ατόμων, 8 επικεφαλής θεραπευτές και 16 βοηθοί θεραπευτές. Η παρέμβαση ολοκληρώθηκε στις 6 εβδομάδες με συνεδρίες που πραγματοποιούνταν 5 ημέρες την εβδομάδα και διαρκούσαν 5 ώρες.

Ένα βασικό συστατικό στοιχείο που διέπει το SDARI είναι, ότι περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων που στηρίζεται σε αυτοσχέδιες ασκήσεις υποκριτικής και μεθόδους δραματοποίησης για την οικοδόμηση συναισθηματικών σχέσεων και την προαγωγή κοινωνικών κινήτρων. Ενδεικτικά αναφέρεται ως παράδειγμα μια δραστηριότητα, κατά την οποία ένας συμμετέχων επικοινωνεί χρησιμοποιώντας αντί για κανονικές λέξεις ήχους χωρίς κάποιο νόημα, προκειμένου να περιγράψει τον τρόπο επιτέλεσης ενός καθημερινού έργου. Απώτερος σκοπός είναι ένας δεύτερος συμμετέχοντας που παρακολουθεί εκείνον που «μιλάει», να καταφέρει να τον κατανοήσει. Μέσα από τη δραστηριότητα αυτή οξύνονται, λοιπόν, ικανότητες όπως η ερμηνεία εξωλεκτικών μορφών επικοινωνίας, η λήψη προοπτικής και η κοινωνική νόηση. Ακόμη, το SDARI εστιάζει στην ποιοτική διαμόρφωση των σχέσεων των συμμετεχόντων τόσο μεταξύ τους όσο και με τους θεραπευτές της παρέμβασης, καθώς αυτές δρουν καθοριστικά στην ενδυνάμωση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και στην ενεργό κοινωνική συμμετοχή. Η ενθάρρυνση των ατόμων και η γενίκευση των συμπεριφορών σε άλλα περιβάλλοντα μπορεί να επιτευχθεί μέσω κοινωνικής ενίσχυσης. Παράλληλα, η χρήση ηλικιακά προσαρμοσμένων παιχνιδιών (π.χ. ηλεκτρονικά παιχνίδια, παιχνίδια που απαιτούν φυσική

δραστηριότητα κ.ά.) λειτουργεί ως ένα ακόμη κίνητρο για τα άτομα, παρέχοντας ένα ευχάριστο κλίμα για την εκμάθηση και εξάσκηση των κοινωνικών δεξιοτήτων.

4.6 Εκφοβισμός και θυματοποίηση των ατόμων με ΔΑΦ

Το δημόσιο στίγμα ως όρος αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν οι άνθρωποι απέναντι σε άτομα που θεωρούν ότι διαφέρουν από την εκάστοτε κυρίαρχη κοινωνική ομάδα. Τα βασικά δομικά συστατικά του στίγματος διακρίνονται σε γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά και αντιστοιχούν στα στερεότυπα, στις στάσεις ή προκαταλήψεις και στις διακρίσεις (Corrigan & Watson, 2002). Η εκδήλωση αρνητικής προδιάθεσης προς τα άτομα με αναπηρία ως απόρροια στερεοτυπικών αντιλήψεων του συνόλου δρα ανασταλτικά για την ενσωμάτωσή τους. Όσον αφορά τα άτομα παιδικής ηλικίας με ΔΑΦ συγκριτικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα, στα πρώτα είναι πιθανότερο να αποδίδονται αρνητικές πεποιθήσεις από πλευράς των εκπαιδευτικών ή άλλων παιδιών (Humphrey & Hebron, 2015). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά βιώνουν συχνά εμπειρίες διακρίσεων, όπως περιστατικά εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό πλαίσιο. (Aubé et al., 2021).

Μεταξύ των ορισμών που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για τον εκφοβισμό, παρατηρείται συμφωνία ως προς τρία θεμελιώδη κριτήρια που χαρακτηρίζουν την εν λόγω έννοια. Αναλυτικότερα, ο εκφοβισμός περιλαμβάνει αρνητικές και επιβλαβείς συμπεριφορές που ασκούνται κατ' επανάληψη και σε βάθος χρόνου από τον θύτη, ο οποίος διαθέτει υψηλότερο επίπεδο ισχύος σε σχέση με το θύμα. Άλλα κριτήρια του εκφοβισμού που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, είναι πως ο εκφοβισμός εκδηλώνεται εντός ενός κοινωνικού πλαισίου και συμβαίνει απρόκλητα. Εντούτοις, τα κριτήρια αυτά θεωρούνται αμφιλεγόμενα, με το τελευταίο να αμφισβητείται από ορισμένους ερευνητές οι οποίοι κάνουν λόγο για την παρουσία προκλητικών και επιθετικών θυμάτων, που πυροδοτούν ή δικαιώνουν την εκφοβιστική συμπεριφορά. (Smith et al., 2002; Humphrey & Hebron, 2015).

Ο εκφοβισμός μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Ανάμεσα στα συνηθέστερα είδη εκφοβισμού που αναγνωρίζονται, συγκαταλέγεται ο σωματικός, ο λεκτικός, ο έμμεσος ή κοινωνικός και ο ηλεκτρονικός ή διαδικτυακός εκφοβισμός. Ο σωματικός περιλαμβάνει

σωματική βία και επιθέσεις κατά του θύματος, ενώ ο λεκτικός αφορά προσβολές, υποτιμητικά σχόλια ή παρωνύμια (παρατσούκλια) και συναντάται σε μεγαλύτερη συχνότητα από τον πρώτο, ιδίως καθώς τα παιδιά ωριμάζουν. Σε σχέση με τον έμμεσο ή κοινωνικό εκφοβισμό, αυτός χαρακτηρίζεται από επεισόδια κοινωνικού αποκλεισμού, αγνόησης ή διάδοσης ταπεινωτικών φημών και έχει δυσμενή αντίκτυπο ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, δεδομένου ότι αποτελεί μία περίοδο στην οποία η ανάγκη των ατόμων για κοινωνική αλληλεπίδραση και αποδοχή από τους συνομηλίκους βρίσκεται στο απόγειο. Τέλος, ο ηλεκτρονικός ή διαδικτυακός εκφοβισμός προκύπτει, όταν επώδυνα για το θύμα μηνύματα και ανάρμοστο υλικό δημοσιεύονται και διακινούνται μέσω του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων. (Berger, 2004; Zweers et al., 2017).

Όσον αφορά τη συχνότητα εκδήλωσης επεισοδίων σχολικού εκφοβισμού σε πληθυσμούς με ΔΑΦ, αυτή τέθηκε υπό διερεύνηση σε μία μετανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τους Maiano et al. (2016), με τα άτομα των εν λόγω πληθυσμών να βρίσκονται στον ρόλο του θύτη, του θύματος ή και των δύο. Στη μετανάλυση συγκαταλέχθηκαν μελέτες των οποίων οι συμμετέχοντες έφεραν διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος και φοιτούσαν σε σχολικό πλαίσιο, ενώ η ηλικία τους κυμαινόταν από 5 έως 22 έτη αναλόγως και της σχολικής πολιτικής της εκάστοτε χώρας. Εξίσου απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπερίληψη μίας μελέτης ήταν, να καθιστά σαφές ότι τα περιστατικά άσκησης ή βίωσης εκφοβισμού ήταν σχολικής προέλευσης. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της μετανάλυσης προκύπτει, ότι άτομα νεαρής ηλικίας με ΔΑΦ μπορεί να ασκούν, να υφίστανται, ή να ασκούν και να υφίστανται σχολικό εκφοβισμό, όμως οι περιπτώσεις θυματοποίησής τους τείνουν να υπερσχύουν σε συχνότητα. «Σχεδόν ένας στους δύο νέους σχολικής ηλικίας με ΔΑΦ κινδυνεύει να πέσει θύμα σωματικού, λεκτικού ή έμμεσου/κοινωνικού σχολικού εκφοβισμού» (Maiano et al., 2016). Επίσης, σημειώθηκαν ευρήματα τα οποία κατέδειξαν λιγότερες πιθανότητες βίωσης σχολικού εκφοβισμού σε περιβάλλοντα ειδικής εκπαίδευσης, συγκριτικά με σχολεία γενικής εκπαίδευσης ή με μεικτά πλαίσια όπου αυξάνονται αυτομάτως οι κοινωνικές συναναστροφές με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, άρα και ο κίνδυνος να τεθούν στο στόχαστρο λόγω της διαφορετικότητάς τους (Schroeder et al., 2014). Ωστόσο, δε διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς την ηλικία και το φύλο των μαθητών με ΔΑΦ που υφίστανται bullying, οι οποίες να συνδέονται σημαντικά με το

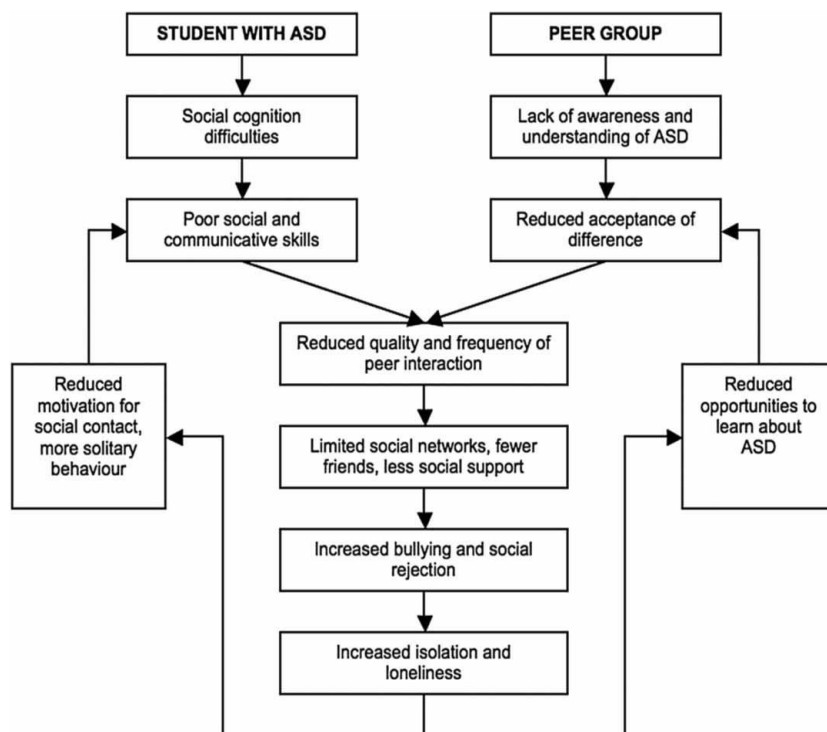
φαινόμενο της θυματοποίησής τους. Συνεπώς υποστηρίζεται ο ισχυρισμός, ότι η θυματοποίηση των ατόμων με ΔΑΦ σχετίζεται περισσότερο με κοινωνικούς, γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν τα άτομα αυτά (Humphrey & Hebron, 2015), παρά με παράγοντες όπως η ηλικία και το φύλο.

Λαμβάνοντας υπόψη τις περιγραφές των ερευνητών για το τυπικό προφίλ των θυμάτων εκφοβισμού, διαπιστώνεται πως τα άτομα με ΔΑΦ πληρούν όλα τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (α) «Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική νόηση» (Garner & Hinton, 2010), (β) «Κατέχουν χαμηλή κοινωνική θέση» (Card & Hodges, 2007), καθώς χαίρουν λιγότερης δημοφιλίας και αποδοχής και (γ) «Θεωρούνται «διαφορετικά» ή αποκλίνουν από τις νόρμες της ομάδας συνομηλίκων» (Horowitz et al., 2004), εξαιτίας των κοινωνικών και πραγματολογικών τους ελλειμμάτων (Humphrey & Hebron, 2015). Ενδεικτικά, όσον αφορά το κοινωνικογνωστικό προφίλ των νέων που βρίσκονται στο φάσμα, οι Zweers et al. (2017) υποστηρίζουν, ότι δυσκολίες όπως η ελλιπής αντίληψη των προθέσεων, των συναισθημάτων και του μεταφορικού λόγου των άλλων, καθώς και ελλείμματα στη συναισθηματική ρύθμιση, μπορεί να συνδέονται αιτιακά με παρεξηγήσεις μεταξύ αυτών και των τυπικών συνομηλίκων τους.

Οι Humphrey & Hebron (2015) εξέτασαν σε ανασκόπησή τους τις πιθανές αιτίες που θέτουν παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ σε αυξημένο κίνδυνο βίωσης περιστατικών εκφοβισμού. Ξεκινώντας με την παραδοχή ότι τα άτομα με ΔΑΦ δε διαφέρουν εκ πρώτης όψεως από τα νευροτυπικά άτομα, αποτελεί πρόκληση για τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά να ερμηνεύσουν και να συμμεριστούν τις αποκλίνουσες συμπεριφορές των μη τυπικών συνομηλίκων τους. Όπως προσθέτουν οι Aubé et al. (2021), η συμπεριφορική αυτή διαφοροποίηση που παρατηρείται, μπορεί μάλιστα να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες αντιδράσεις και περιθωριοποίηση των δεύτερων. Πλήθος μελετών έχουν επίσης συσχετίσει τον κίνδυνο θυματοποίησης των ατόμων με ΔΑΦ με δυσκολίες στη σύναψη φίλων, με την κατοχή μικρότερου αριθμού φίλων, με συγκρούσεις εντός των φιλικών σχέσεων, με τον κοινωνικό αποκλεισμό, την απόρριψη, την αντιδημοτικότητα, καθώς και με άλλα προβλήματα που καθιστούν φτωχές τις σχέσεις με τους συνομηλίκους γενικότερα (Zweers et al., 2017).

Οι Humphrey & Symes (2011) επιχείρησαν να εξηγήσουν τον υποκείμενο μηχανισμό που οφείλεται για τον αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης νεαρών ατόμων με ΔΑΦ, μέσω ενός μοντέλου που φέρει την ονομασία: «Reciprocal Effects Peer Interaction Model» (REPIM). Ειδικότερα, στο εν λόγω μοντέλο διερευνώνται τα γνωρίσματα των μαθητών με ΔΑΦ (π.χ. δυσκολίες κοινωνικής νόησης, φτωχές κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες), αλλά και εκείνα των συνομηλίκων τυπικής ανάπτυξης (π.χ. έλλειψη ευαισθητοποίησης και κατανόησης της ΔΑΦ, χαμηλή αποδοχή των διαφορών), που μπορεί να επιφέρουν σε συνδυασμό, μια σειρά διαδοχικών αρνητικών κοινωνικών αποτελεσμάτων, όπως: (α) χαμηλότερη ποιότητα και συχνότητα αλληλεπιδράσεων με συνομηλίκους, (β) περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα, λιγότεροι φίλοι και λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, (γ) αυξημένος εκφοβισμός και κοινωνική απόρριψη και (δ) αυξημένη απομόνωση και μοναξιά. Καταληκτικά, το REPIM παρουσιάζει τις αμοιβαίες επιδράσεις των παραπάνω αποτελεσμάτων τόσο στην τυπικώς, όσο και στη μη τυπικώς αναπτυσσόμενη ομάδα παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, για τα παιδιά με ΔΑΦ ελαττώνεται το κίνητρο για κοινωνική αλληλεπίδραση και υιοθετείται ένα μοτίβο αποφυγής και μοναχικής συμπεριφοράς. Έτσι, εντείνεται η κοινωνική απόσταση μεταξύ αυτών και των συνομηλίκων τους, γεγονός που συνεπάγεται μειωμένες ευκαιρίες για τους δεύτερους να μάθουν για τις ΔΑΦ και να εξοικειωθούν με τα άτομα στο φάσμα, ενισχύοντας περαιτέρω τα αισθήματα της διαφορετικότητας. (Humphrey & Hebron, 2015; Maiano et al., 2016; Zweers et al., 2017).

Εικόνα 1. Το μοντέλο «Reciprocal Effects Peer Interaction Model» (REPIM) για την κατανόηση των αρνητικών κοινωνικών αποτελεσμάτων παιδιών και νεαρών ατόμων με ΔΑΦ.



(Αυτούσια παράθεση από Humphrey & Symes, 2011).

Επιπλέον, με βάση τα δεδομένα που αντλήθηκαν από τις μελέτες των Zablotzky et al. (2014) και των Kloosterman et al. (2013), τόσο η συνύπαρξη της ΔΑΦ με δύο ή περισσότερες συννοσηρές καταστάσεις (λ.χ. ΔΕΠ-Υ, κατάθλιψη, άγχος, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχή αισθητηριακής επεξεργασίας, νοητική υστέρηση, διαταραχές λόγου ή γλώσσας, ειδική μαθησιακή δυσκολία κ.α.) (Zablotzky et al., 2014), όσο και η παρουσία ελλειμμάτων στον τομέα των εκτελεστικών λειτουργιών (Kloosterman et al., 2013), ενισχύουν τον κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα με ΔΑΦ να υποστούν bullying. Αναφορικά με το πώς τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την ευαλωτότητα στη θυματοποίηση από τους συνομηλίκους, εξηγείται ο ρόλος που αυτές διαδραματίζουν στη ρύθμιση της συμπεριφοράς (Kloosterman et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, όταν η ικανότητα της αναστολής ή η ικανότητα του ελέγχου της συμπεριφοράς παρουσιάζει έκπτωση στον αυτισμό, τα άτομα μπορεί εύκολα να βρεθούν σε μια αρνητική κατάσταση, επειδή για παράδειγμα προκάλεσαν με την παρορμητική συμπεριφορά τους την ενόχληση των συνομηλίκων τους. Συγχρόνως, στις περιπτώσεις ελλιπούς συναισθηματικής ρύθμισης, ο τρόπος αντίδρασής τους σε κακοποιητικές καταστάσεις (π.χ. φόβος, θυμός)

προσφέρει ικανοποίηση στους θύτες, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα αυτές να επαναληφθούν. Έμμεσα, η δυσλειτουργική ρύθμιση της συμπεριφοράς συντελεί στην πλήξη των ικανοτήτων σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση δύσκολων κοινωνικών συνθηκών.

Άλλες πτυχές του προβλήματος της θυματοποίησης των μαθητών με ΔΑΦ είναι συνυφασμένες με παράγοντες που σχετίζονται με το σχολικό πλαίσιο. Αναλυτικότερα, η φοίτηση σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης φαίνεται πως ενέχει περισσότερες πιθανότητες έκθεσης των ατόμων σε εκφοβιστικές συμπεριφορές (Hebron & Humphrey, 2014; Zablotzky et al., 2014), εν αντιθέσει με τα ειδικά σχολεία όπου ο κίνδυνος θυματοποίησής τους είναι μειωμένος (Hebron & Humphrey, 2014). Παράλληλα, η χρήση εξειδικευμένης εκπαιδευτικής υποστήριξης για τα άτομα αυτά, στο πλαίσιο ενός γενικού σχολείου, παρεμποδίζει την επιτυχή ένταξή τους, διότι περιορίζονται οι ευκαιρίες κοινωνικής συνδιαλλαγής και επαφής με τους συνομηλίκους τους (Symes & Humphrey, 2012; Humphrey & Hebron, 2015).

Αναφορικά με τις προσπάθειες περιορισμού και αντιμετώπισης των περιστατικών εκφοβισμού και θυματοποίησης των ατόμων με ΔΑΦ, κρίνεται σημαντικός ο ρόλος που διαδραματίζει η εφαρμογή προληπτικών και παρεμβατικών προγραμμάτων στο πλαίσιο του σχολείου. Μέσω των προγραμμάτων αυτών προάγεται η δημιουργία υγιών και θετικών σχέσεων μεταξύ των μαθητών, καθώς οι νέοι με ΔΑΦ εκπαιδεύονται στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών, αντισταθμίζοντας τις κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες που τους καθιστούν «διαφορετικούς» στα μάτια των τυπικών συνομηλίκων τους. Παράλληλα, η αύξηση της κατανόησης και διάκρισης μεταξύ των θετικών και των αρνητικών προτύπων κοινωνικής συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα η φιλία έναντι καταστάσεων εκφοβισμού, ίσως αποτελεί επιμέρους στόχο για τα άτομα με ΔΑΦ, δεδομένου ότι η αντίληψή τους σχετικά με τα παραπάνω μπορεί να είναι εσφαλμένη. Επιπρόσθετα, ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ευαισθητοποίηση των συνομηλίκων τυπικής ανάπτυξης γύρω από τις ΔΑΦ, με σκοπό την κατανόηση, αποδοχή και συμπερίληψη της διαφορετικότητας, αλλά και την ανάπτυξη ενσυναίσθησης προς τη μη τυπική ομάδα συνομηλίκων. (Zweers et al., 2017).

5.1 Εισαγωγή

Η κουλτούρα πλαισιώνει την κοσμοθεωρία μας και αποτελεί ένα δυναμικό, αλλά σταθερό σύνολο πεποιθήσεων και στάσεων που μοιράζεται μια ομάδα ανθρώπων (Matsumoto, 2001). Παρόλο που ορισμένες αντιλήψεις αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, η κουλτούρα παραμένει σε μεγάλο βαθμό σταθερή, διότι τα άτομα αλλάζουν μαζί (Gurung, 2006). Ο πολιτισμός μπορεί να οριστεί ως ο ιδιαίτερος τρόπος ζωής μιας ομάδας που βασίζεται σε παρόμοιες αξίες και περιλαμβάνει στάσεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της (Kai et al., 2006).

Οι οικογένειες και οι κοινότητες όλου το κόσμου εμπεριέχουν παιδιά και ενήλικες με αναπηρία, των οποίων η ζωή επηρεάζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από την κουλτούρα τους. Πιο συγκεκριμένα, επηρεάζονται βασικές πτυχές της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, όπως το εάν θα αναζητηθεί βοήθεια, οι σχέσεις μεταξύ οικογενειών και επαγγελματιών και το είδος της θεραπείας και των διαθέσιμων πόρων. Οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές που εφαρμόζονται, ορίζονται συχνά από τον εκάστοτε πολιτισμό και έχουν στόχο την αύξηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής. (Ravindran et al., 2012). Επομένως, υποστηρίζεται πως οι προσεγγίσεις και οι στρατηγικές παρέμβασης που αναπτύχθηκαν στη Δύση, δεν μπορούν να γενικευτούν στους ανθρώπους όλου του κόσμου που εμφανίζουν αναπηρία (Daley, 2002).

Τόσο η υγεία όσο και η ασθένεια είναι πολιτισμικές έννοιες, διότι ο τρόπος αντίληψης και διαχείρισής τους διαμορφώνεται από την πολιτισμική ομάδα στην οποία ανήκουμε (Mandell & Novak, 2005; Narayan, 2002). Η υγεία στις δυτικές χώρες ορίζεται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO 1948, 2010), ενώ σύμφωνα με τον Galanti (2004) ως απουσία ασθένειας. Συνεπώς, εστίαση γίνεται στη βιολογική πτυχή της ζωής. Άλλες κοινωνίες, ωστόσο, αντιλαμβάνονται την υγεία διαφορετικά (Gurung, 2006). Για παράδειγμα, το ινδικό σύστημα ιατρικής «Ayurveda» ή «Γνώση της Ζωής» θεωρεί την υγεία ως αρμονία μεταξύ του σώματος, των αισθητηρίων

οργάνων, του νου και της ψυχής (Dash et al., 1997). Ομοίως, η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική εκλαμβάνει την υγεία ως ισορροπία μεταξύ yin και yang, τις δύο συμπληρωματικές δυνάμεις του σύμπαντος (Kaptchuk, 2000). Στη φυλή Navajo της Αμερικής, η υγεία συνιστά την επίτευξη μιας ισορροπίας μεταξύ των ανθρώπων και του πνευματικού κόσμου (Alvord & Van Pelt, 2000).

Αναφορικά με την αναπηρία, σημαντική συχνά είναι η αντιλαμβανόμενη αιτία που την προκαλεί, καθώς καθορίζει τη στάση της οικογένειας και της κοινότητας απέναντι στο άτομο (Groce & Zola, 1993). Στην Ινδία η αναπηρία μπορεί να ερμηνεύεται ως τιμωρία των αμαρτιών του γονέα ή του παιδιού σε μια προηγούμενη ζωή, ενώ σε κάποιους πολιτισμούς του Μεξικού, της Αϊτής και της Λατινικής Αμερικής ως αποτέλεσμα μιας κατάρας από έναν εχθρό ή από κάποιον που τους δίνει το «κακό μάτι» (Groce και Zola 1993; Rogers-Adkinson et al., 2003). Σε μέρη του Πουέρτο Ρίκο οι μητέρες κατηγορούνται μετά τη γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία, επειδή τη συνάδουν με προηγούμενές τους αμαρτίες (Rogers-Adkinson et al., 2003). Όμως, μια πιο θετική προοπτική υιοθετείται για παράδειγμα από άλλους πολιτισμούς, όπως τη φυλή Navajo, η οποία θεωρεί ένα άτομο με αναπηρία ως δάσκαλο για τη φυλή, προσφέροντας ειδικά μαθήματα σε αυτήν και μια έκκτη αίσθηση ή ένα μοναδικό χάρισμα (Medina et al., 1998).

Η πλειονότητα της έρευνας σχετικά με τον αυτισμό έχει στραφεί κυρίως στις δυτικές χώρες υψηλού εισοδήματος, στις οποίες, ωστόσο, ζει λιγότερο από το 20% του σημερινού παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ λιγότερο από το 10% όλων των γεννήσεων συμβαίνει σε αυτές (World Bank, 2015; Durkin et al., 2015). Επομένως, επείγουσα καθίσταται μια παγκόσμια σκοπιά στις ΔΑΦ δεδομένου, πως η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού αυτού παραβλέπεται και παραμελείται σοβαρά (Durkin et al., 2015).

Στο παρόν κεφάλαιο πρόκειται να διερευνηθεί το πώς ο πολιτισμός και το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να επηρεάσουν τους τομείς της έκφρασης, της αναγνώρισης, της ερμηνείας και της αναφοράς των συμπτωμάτων του αυτισμού.

5.2 Έκφραση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ

Πιθανές πολιτισμικές διαφορές και ερωτήσεις υπάρχουν σχετικά με τον βαθμό που τα Διαγνωστικά Εγχειρίδια DSM-5 και ICD-11 ορίζουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ σε όλους τους πληθυσμούς.

Τα συμπτώματα του αυτισμού ιδωμένα με μια ποιοτική ματιά παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ανά κουλτούρα. Για παράδειγμα, οι δυτικές κοινωνίες αντιλαμβάνονται την απούσα ή ανεπαρκή βλεμματική επαφή ως διαταραχή στην εξωλεκτική επικοινωνία. Από την άλλη πλευρά, στην κινέζικη κουλτούρα η άμεση βλεμματική επαφή με τους ενήλικες αποτελεί αγένεια και, συνεπώς, η άτυπη παρά η ελλειμματική βλεμματική επαφή δημιουργεί ανησυχία για την ύπαρξη ΔΑΦ (Zhang et al., 2006). Στην κοινωνία της Αιθιοπίας, υψίστης σημασίας είναι οι κοινωνικοί χαιρετισμοί, οι οποίοι ακολουθούν κάποιο τελετουργικό (Hoekstra et al., 2018). Ωστόσο, εάν ένα παιδί δεν προβαίνει σε «καλό χαιρετισμό των άλλων», τότε αυτή η ικανότητα απλώς δε συγκαταλέγεται στα δυνατά στοιχεία του. Δεν αντιμετωπίζεται ως δυσκολία ή έλλειμμα που χαρακτηρίζει κάποια διαταραχή, όπως αυτή του φάσματος.

Μέσω μιας ποσοτικής σκοπιάς, ποικιλία μπορεί να παρουσιάζεται και στη συχνότητα – ένταση των χαρακτηριστικών του αυτισμού. Συγκρίνοντας παιδιά Λευκών Αμερικάνων και Αφροαμερικάνων, παρατηρήθηκε λιγότερη προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα και μικρότερη παθολογική ενασχόληση με μέρη ενός αντικειμένου σε εκείνα των Αφροαμερικάνων (Sell et al., 2012). Ομοίως, αυτό επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα μιας μελέτης στη Νιγηρία, καθώς τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν ήταν παρόντα σε μικρό αριθμό παιδιών με ΔΑΦ (Bello-Mojeeed et al., 2017).

Συνεχίζοντας, στα βασικά κριτήρια διάγνωσης της ΔΑΦ συγκαταλέγεται η σημαντική κλινική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλον τομέα λειτουργικότητας, τόσο από το DSM-5 όσο και από το ICD-11 (APA, 2013; WHO, 2018). Οι καθημερινές ασχολίες ενός ανθρώπου σε διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο διαδραματίζουν καίριο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ορισμένα ελλείμματα γίνονται αντιληπτά. Ειδικότερα, σε έρευνα των Chen et al. (2017) συγκρίθηκε η καθημερινή κοινωνική συμμετοχή ατόμων με ΔΑΦ στην Αυστραλία

και στην Ταϊβάν. Το επίπεδο σοβαρότητας της διαταραχής ήταν παρόμοιο στους συμμετέχοντες και διαπιστώθηκε, ότι οι Αυστραλοί ήταν πιο πιθανό να αλληλεπιδράσουν με άτομα στο σχολείο ή στην εργασία, ενώ οι Ταϊβανέζοι να παραμείνουν στο σπίτι. Οι Κινέζοι με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένης της ΔΑΦ, έχουν γενικά λιγότερες πιθανότητες να συμμετέχουν στην ευρύτερη κοινωνία λόγω του στίγματος που συνδέεται με την αναπηρία (Lin et al., 2012). Γίνεται έτσι φανερό, πως το πολιτισμικό πλαίσιο επηρεάζει τον βαθμό συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες.

5.3 Αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΑΦ

Σε επίπεδο αναγνώρισης, το κεντρικό ερώτημα αφορά στους υποκείμενους κοινωνικοοικονομικούς και διαπολιτισμικούς παράγοντες που διαμορφώνουν το πότε ή το εάν θα υπάρξει εντοπισμός μιας άτυπης συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να σχετίζεται και με ΔΑΦ.

Αρχικά, η ηλικία κατά την οποία προκαλούνται οι πρώτες ανησυχίες των γονέων για υποβόσκουσα διαταραχή, τείνει να είναι χαμηλότερη στις χώρες του δυτικού κόσμου. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία αυτή κυμαίνεται περίπου στους 17 μήνες ζωής (Baghdadli et al., 2003), ενώ σε χώρες όπως η Λατινική Αμερική και το Χονγκ Κονγκ κυμαίνεται στους 29 και 31 μήνες αντίστοιχα (Irarrazaval et al., 2017; Tait et al., 2016).

Παράλληλα, παράγοντες όπως η αντίληψη μιας συμπεριφοράς ως τυπική ή ανήκουσας στη νόρμα, μπορεί να διαφοροποιούνται. Σε ορισμένες κοινωνίες συμπεριφορές που ερμηνεύονται ως άτυπες από τις δυτικές χώρες, πιθανόν να είναι είτε άμεσα συνυφασμένες με το εκάστοτε πολιτισμικό πρότυπο, είτε ανύπαρκτες (Harrison et al., 2017). Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, υπάρχει διαπολιτισμική ποικιλομορφία όσον αφορά την ποσότητα και τον τύπο της οπτικής επαφής. Σε έρευνα των McCarthy et al. (2006) σημειώθηκε λιγότερη βλεμματική επαφή στους Ιάπωνες συμμετέχοντες απ' ό,τι σε εκείνους από τον Καναδά ή το Τρινιντάντ της Καραϊβικής. Στην Κένυα πραγματοποιείται αποθάρρυνση των παιδιών για διατήρηση οπτικής επαφής σε συνομιλία με ενήλικες ως ένδειξη σεβασμού (Carter et al., 2005). Διαφορές προκύπτουν και εντός διαφορετικών δημογραφικών ομάδων στις Η.Π.Α., με τη λευκή φυλή να είναι πιο πιθανό να διατηρήσει βλεμματική επαφή κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης,

σε σχέση με τη μαύρη φυλή (Fugita et al., 1974). Όσον αφορά στην πραγματολογία, οι κανόνες του λόγου, όπως η σειρά, η διακοπή, τα κατάλληλα θέματα συζήτησης και το χιούμορ, καθορίζονται συχνά από τον πολιτισμό (Carter et al., 2005). Επομένως, οι «ανωμαλίες στη βλεμματική επαφή», όπως περιγράφονται στο DSM-5 (APA, 2013), ή σε άλλες εξωλεκτικές συμπεριφορές μπορεί να είναι πιο ανεπαίσθητες και δύσκολο να αναγνωριστούν.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις, πως οι διάφορες πολιτισμικές ομάδες παρουσιάζουν ένα διαφορετικό σύνολο μορφασμών, καθώς κι έναν ξεχωριστό τρόπο οπτικής επεξεργασίας των μη λεκτικών ενδείξεων για την ερμηνεία των εκφράσεων του προσώπου (Elfenbein, 2013; Elfenbein et al., 2007; Yuki et al., 2007). Δεδομένα δείχνουν, πως στην Ανατολή οι άνθρωποι τείνουν να χρησιμοποιούν δική τους διακριτή εκφραστικότητα για την υπόδειξη των βασικών συναισθημάτων, συγκριτικά με τη Δύση (Jack et al., 2012).

Ποικιλομορφία συναντάται και στο είδος του παιχνιδιού των παιδιών (φανταστικό έναντι λειτουργικού). Το πιο σοβαρό, μεθοδικό και σκόπιμο παιχνίδι φαίνεται να εκτιμάται περισσότερο στη λευκή κουλτούρα, ενώ τα πιο ανεξέλεγκτα είδη παιχνιδιού είναι πιο οικεία σε κοινωνίες όπως αυτές της Νότιας Αφρικής (Smith et al., 2017). Ευρήματα στην Κένυα, το Μεξικό και την Ινδία κατέδειξαν, πως λιγότερο από το 50% των παιδιών επιδίδονταν σε φανταστικό παιχνίδι (Edwards, 2000). Μεταβλητότητα υπάρχει και στο παιχνίδι μεταξύ γονέα – παιδιού, με ορισμένους πολιτισμούς να επιδίδονται σπάνια ή περιορισμένα σε δραστηριότητες παιχνιδιού (Lancy, 2007).

Επίσης, ορισμένοι λαοί μπορεί να δείχνουν μεγαλύτερη επιείκεια σε μικρές αποκλίσεις των ατόμων από τον τυπικό κανόνα, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται ακόμα και ισοδύναμα επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς ως λιγότερο σοβαρά. Σε μια μελέτη σύγκρισης αναφορών των συμπτωμάτων του αυτισμού από Λατινοαμερικανίδες και Αγγλίδες μητέρες, οι πρώτες ανέφεραν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα της ΔΑΦ, παρόλο που τα παιδιά τους έλαβαν υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας της διαταραχής στο ADOS σε σύγκριση με τα παιδιά από την Αγγλία (Blacher et al., 2014).

Επομένως, οι διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς μεριμνούν και οι προτεραιότητες που θέτουν ως σημαντικότερες, επηρεάζουν με τη σειρά τους το επίπεδο συνειδητοποίησης σε ελλείμματα και αποκλίσεις του παιδιού από την κοινωνικά αποδεκτή νόρμα. Αναλυτικότερα, οι γονείς στην Κίνα ακολουθούν έναν αυστηρό τρόπο ανατροφής με έμφαση στην επίδοση και ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να συναισθάνονται τους άλλους, διατηρώντας αυτοσυγκράτηση στην έκφραση των δικών τους συναισθημάτων (Ashton-James et al., 2013; Chua, 2011; Chao, 1995). Αντίθετα, οι Ευρωπαίοι Αμερικάνοι ενθαρρύνουν την αμοιβαία έκφραση και συζήτηση των συναισθημάτων, με σκοπό την κατανόηση και την επίτευξη συναισθηματικής ρύθμισης. Στην Ιαπωνία γονική προτεραιότητα συνιστά η συναισθηματική ωριμότητα, ο αυτοέλεγχος, η αλληλεξάρτηση και η κοινωνική ευγένεια, ενώ στην Αμερική η αυτοπραγμάτωση, η αυτονομία, η διεκδικητικότητα και η λεκτική ικανότητα των παιδιών (Bornstein, 2012).

Ακόμη, η αντίληψη σχετικά με την υγεία του παιδιού και την αναπτυξιακή του πορεία μπορεί να επηρεαστεί από το σε ποιον βασίζονται οι οικογένειες για υποστήριξη ή από τον τύπο της οικογένειας (λ.χ. η διευρυμένη οικογένεια, στην οποία η φροντίδα και η ευθύνη των παιδιών διαμοιράζεται σε πολλαπλούς φροντιστές) (Gielen & Roopnarine, 2016; Bornstein, 2012). Σε μια διαδικτυακή έρευνα σε Ινδούς γονείς παιδιών με ΔΑΦ διαπιστώθηκε θετικότερη άποψη για την κατάσταση του παιδιού τους, όταν τα υπόλοιπα μέλη εντός της διευρυμένης οικογένειας έδειχναν αποδοχή και υποστήριξη, παρά κριτική και απόρριψη (Ravindran, 2008). Αντίθετα, σε μια διαδικτυακή έρευνα δυτικών πολιτισμών (λ.χ. Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς, Αγγλία) οι γονείς ανέφεραν ως βασικότερη πηγή υποστήριξης τους γονείς άλλων παιδιών με ΔΑΦ (68%), αντί για τα μέλη της οικογένειάς τους (53%) (Mackintosh et al., 2006). Υπάρχει μια καθολική ανάγκη για προσωπική στήριξη (Sivberg, 2002; Weiss, 2002) και οι γονείς από διαφορετικές κουλτούρες την αναζητούν με διαφορετικούς τρόπους.

Αξίζει να επισημανθεί, πως σε πολλές χώρες του κόσμου στόχο αποτελεί η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας, πολέμου ή πείνας, και, κατά συνέπεια, προτεραιότητα δίνεται σε κοινωνικοοικονομικούς στρεσογόνους παράγοντες, παρά στην ψυχική υγεία ή στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού (Magnusson et al., 2017).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως οι προτεραιότητες, η κοινωνική αντίληψη και κατάταξη συμπεριφορών σε άτυπες ή φυσιολογικές, η μικρή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση για τον αυτισμό και η περιορισμένη παιδεία σε θέματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν τη χρονική στιγμή αναγνώρισης των συμπτωμάτων των ΔΑΦ (Furnham & Hamid, 2014; Abubakar et al., 2016).

5.4 Ερμηνεία των συμπτωμάτων της ΔΑΦ

Οι πεποιθήσεις βασίζονται τόσο στον πολιτισμό, όσο και στην υποκειμενική κρίση του κάθε ανθρώπου. Οι πεποιθήσεις της οικογένειας σχετικά με την αιτία της διαταραχής, την αξία ενός ατόμου με αναπηρία και η αποδοχή ή απόρριψή του διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του (Groe & Zola, 1993). Οι πόροι που προσφέρονται για θεραπεία, οι προσδοκίες και το είδος της παρέμβασης που αναζητείται, καθώς και η συμμετοχή του παιδιού στην κοινωνία, είναι άμεσα συνδεδεμένα με αυτές.

Ορισμένοι γονείς παιδιών με αυτισμό υιοθετούν την πεποίθηση, πως με κατάλληλη παρέμβαση το παιδί θα θεραπευτεί πλήρως από την πάθηση (Christon et al. 2010), ενώ εκείνοι που ασπάζονται μοιρολατρικές απόψεις (λ.χ. «είναι θέλημα Θεού») έχουν χαμηλότερες προσδοκίες βελτίωσης ή θεραπείας και αποδέχονται την κατάσταση του παιδιού τους ως θέλημα μοίρας ή πεπρωμένου. Αβίαστα λοιπόν συνάγεται το συμπέρασμα, πως το πνευματικό και κοινωνικό υπόβαθρο διαμορφώνει μέρος των αντιλήψεων σχετικά με τα αίτια των άτυπων συμπεριφορών και με τις πιθανές εκβάσεις της ζωής των παιδιών. Για παράδειγμα, οι οικογένειες στο Πακιστάν που αποδίδουν τη νοητική αναπηρία του παιδιού τους στο «θέλημα του Αλλάχ», είναι πιο πιθανό να θεωρήσουν την κατάσταση ως αμετάβλητη και πιστεύουν, ότι οφείλουν να φροντίζουν το παιδί τους μόνο με την πιο βασική έννοια, για την οποία ο Αλλάχ θα τους ανταμείψει (Mirza et al., 2009). Ενδεικτικά, ένας συμμετέχων ανέφερε: «Δεν χρειάζεται να τον κάνουμε να γίνει καλά. Εμείς μόνο πρέπει να τον ταΐζουμε, να πλένουμε τα ρούχα του και να τον καθαρίζουμε κατά τη διάρκεια της νύχτας» (Mirza et al., 2009).

Η εκπαίδευση ή η ιατρική περίθαλψη που στις δυτικές κοινωνίες είναι διαθέσιμες σε όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως αναπηρίας, θεωρούνται προνόμιο σε άλλες κοινωνίες. Πιο συγκεκριμένα,

σε ορισμένους πολιτισμούς όταν ένα παιδί με σοβαρή αναπηρία δεν αναμένεται να επιβιώσει, τότε οι πόροι στον ιατρικό ή εκπαιδευτικό τομέα κατανέμονται στα υγιή παιδιά των οικογενειών, παραβλέποντας εκείνα που χρήζουν θεραπείας (Groce & Zola, 1993).

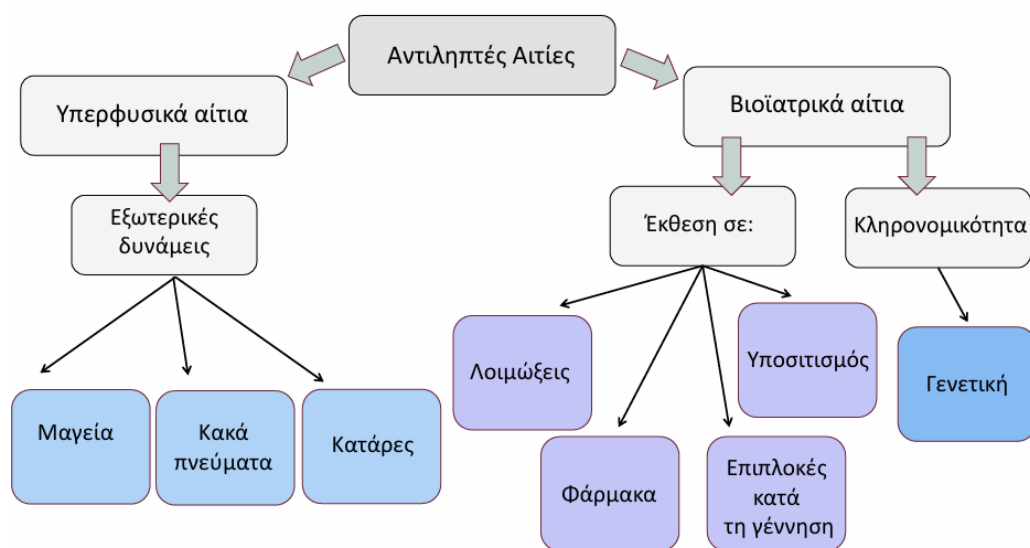
Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι πιο συνηθισμένες αιτίες που αναφέρονται από τους γονείς είναι η κληρονομικότητα και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως ρύπανση, έκθεση σε βαρέα μέταλλα, φυτοφάρμακα, τρόφιμα (Chaidez et al., 2018; Zuckerman et al., 2016). Στη Βόρεια Αμερική συχνή είναι η απόδοση της διαταραχής σε παιδικούς εμβολιασμούς (Bazzano et al., 2012), παρόλο που η αιτιώδης σχέση μεταξύ εμβολιασμών και ауτισμού έχει απορριφθεί επιστημονικά (Eggertson, 2010; Smeeth et al., 2004). Ο σομαλικός πληθυσμός στη Βόρεια Αμερική συχνά θεωρεί τις ΔΑΦ ως «δυτική ασθένεια», καθώς πολλοί δεν πιστεύουν ότι η διαταραχή υπάρχει στη Σομαλία, αποδίδοντας τα αίτια στην αμερικανική διατροφή και την έκθεση σε αντιβιοτικά κατά την παραγωγή τροφίμων (Decoteau, 2017).

Στην Κίνα η καθυστέρηση στην ομιλία ερμηνεύεται συχνά ως καλό σημάδι, με ένα αρχαίο ρητό να δηλώνει πως, όταν ένα παιδί μιλάει αργά, θα είναι πιο έξυπνο από τους συνομηλίκους του στο μέλλον (Sun et al., 2013). Στην Ινδία μια κοινή πολιτισμική πεποίθηση είναι, ότι τα αγόρια αρχίζουν να μιλούν αργότερα από τα κορίτσια. Εν συνεχεία, οι υπερφυσικές εξηγήσεις είναι εξίσου δημοφιλείς στον μη δυτικό κόσμο και περιλαμβάνουν την απόδοση του ауτισμού σε κατάρρα, αμαρτία ή τιμωρία από τον Θεό (Gona et al., 2015; Heys et al., 2017; Tilahun et al., 2016). Στο Ισραήλ ορισμένες μητέρες θεωρούν, πως το παιδί με ΔΑΦ έχει ως σκοπό τη διόρθωση μιας αμαρτίας, οδηγώντας στον δρόμο για τον Παράδεισο (Shaked & Bilu, 2006). Στο Πακιστάν, όπως προαναφέρθηκε, οι νευροαναπτυξιακές αναπηρίες αποδίδονται στο θέλημα του Αλλάχ και η φροντίδα ενός παιδιού με ΔΑΦ είναι θεϊκό καθήκον, που θα ανταμειφθεί στη μετά θάνατον ζωή (Minhas et al., 2015; Mirza et al., 2009). Στις αφρικανικές χώρες κοινές αιτίες συνιστούν η μαγεία και το κακό μάτι (Gona et al., 2015; Tilahun et al., 2016). Γενικά, οι υπερφυσικές ερμηνείες τείνουν να είναι πιο διαδεδομένες στις χώρες μεσαίας ή χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Gureje et al., 2015).

Πολλές φορές ο ауτισμός θεωρείται πως προκαλείται και από τους γονείς, ιδίως από τις μητέρες. Ως υπεύθυνες για τη διατροφή που ακολουθούν ή για την πιθανή λήψη αλκοόλ κατά

την εγκυμοσύνη, για κάποιον τραυματισμό του παιδιού ή για μια προηγούμενη αμαρτία, κατηγορούνται συχνά ως υπαίτιες. Στις δημοφιλείς εξηγήσεις, ακόμη, συγκαταλέγεται η μη σωστή ανατροφή των παιδιών και η κακομάθεια (Heys et al., 2017). Τέλος, η ελλιπής ενημέρωση σε θέματα ψυχικής υγείας των παιδιών δεν αποτελεί μόνο βασικό παράγοντα για την αναγνώριση των συμπτωμάτων του αυτισμού, σύμφωνα με την αναφορά στην προηγούμενη υποενότητα, αλλά και στην ερμηνεία αυτών των συμπτωμάτων.

Εικόνα 2. Αντιληπτές αιτίες πρόκλησης της ΔΑΦ.



(Τα δεδομένα αντλήθηκαν από Gona et al., 2015)

5.5 Αναφορά των συμπτωμάτων της ΔΑΦ

Το επίπεδο αυτό επικεντρώνεται στη διαδικασία αναφοράς των συμπτωμάτων σε έναν εργαζόμενο υγείας ή σε έναν κλινικό επαγγελματία. Περιέχει δύο διαδικασίες: (α) τους παράγοντες παρεμπόδισης για αναζήτηση βοήθειας και (β) τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα και την ποσότητα των κλινικών πληροφοριών που λαμβάνει ο κλινικός ιατρός, όταν ζητείται βοήθεια. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα επίπεδα, οι επιρροές είναι κυρίως κοινωνικοοικονομικές και όχι πολιτισμικές.

Αρχικά, πρωτεύων συντελεστής για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η οικονομική τους προσιτότητα, η οποία εμπεριέχει το κόστος των συνεδριών και την οικονομική δυνατότητα των φροντιστών (Peters et al., 2008). Σε άνω του 40% των αφρικανικών χωρών και των χωρών της Νοτιοανατολικής Ασίας, καθώς και στο 17% των χωρών παγκοσμίως, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρεώνονται στον πολίτη (WHO, 2005). Συνεπώς, τα έξοδα μπορεί να ωθήσουν στη μη αναζήτηση βοήθειας ή σε φτώχεια (Hailemichael et al., 2019; WHO, 2005). Παράλληλα, σε αρκετά μέρη το εισόδημα είναι άμεσα συνυφασμένο με την ποιότητα των υπηρεσιών (Alnemary et al., 2017, Bishop-Fitzpatrick & Kind, 2017), ενώ οι γεωγραφικές αποστάσεις και μετακινήσεις επιφέρουν επιπλέον έμμεσες δαπάνες (Daley, 2004; Minhas et al., 2015; Peters et al., 2008; Tilahun et al., 2016). Στο Πακιστάν μια μητέρα ενός επτάχρονου παιδιού με ΔΑΦ είπε: «Προσπαθήσαμε να επισκεφτούμε το νοσοκομείο μία φορά. Είναι πολύ μακριά και είναι και ακριβό· δεν έχουμε την οικονομική δυνατότητα να την πηγαίνουμε συχνά» (Minhas et al., 2015).

Παράλληλα, η διαθεσιμότητα επαρκούς εκπαιδευμένου προσωπικού δε συναντάται σε όλους τους πολιτισμούς. Οι περισσότερες χώρες αναφέρουν ελλείψεις σε ψυχιάτρους, νοσηλευτές ή/και παρόχους ψυχοκοινωνικής φροντίδας (Bruckner et al., 2011), ενώ σχεδόν το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε χώρες με λιγότερο από έναν ψυχίατρο ανά 100.000 άτομα (WHO, 2014).

Συμπληρωματικά, ύψιστης σημασίας κρίνεται η γεωγραφική προσβασιμότητα. Περιλαμβάνει τον χρόνο του ταξιδιού, την απόσταση, το εύρος και την ποιότητα των επιλογών μετακίνησης (λ.χ. ποιότητα του δρόμου, διαθεσιμότητα των δημόσιων μέσων μεταφοράς) (Peters et al., 2008). Μελέτες των ΔΑΦ σε χώρες της Νότιας Ασίας υπογραμμίζουν, πως οι υπηρεσίες και οι ειδικοί είναι συγκεντρωτικά τοποθετημένοι σε μεγαλουπόλεις, γεγονός που δυσχεραίνει την πρόσβαση των ατόμων που μένουν σε πιο απομακρυσμένες περιοχές, διότι πρέπει να ταξιδέψουν για μέρες (Daley, 2004; Minhas et al., 2015; Alnemary et al., 2017). Στην Αφρική, παρόμοιοι λόγοι αναφέρθηκαν για άτομα με νοητική αναπηρία (Adnams, 2010) και παιδιά με ΔΑΦ (Tekola et al., 2016).

Κατόπιν, πολιτισμικά εμπόδια στην προσβασιμότητα, όπως η ανισότητα των φύλων, μπορεί να εμποδίσουν την πρόσβαση σε θεραπεία. Ειδικότερα, μητέρες Βεδουίνων στο Ισραήλ

χρειάζονται πάντα τον πατέρα ως διαμεσολαβητή σε υπηρεσίες για τα παιδιά τους, λόγω της πατριαρχικής δομής της κοινωνίας (Manor-Binyamini & Shoshana, 2018). Μια μητέρα μάλιστα ανέφερε: «Χάσαμε πολλές θεραπείες, επειδή ο πατέρας του ήταν απασχολημένος και δεν μπορώ να ταξιδέψω χωρίς αυτόν, και μερικές φορές δεν ήθελε να μας πάρει μαζί του γιατί έλεγε ότι δεν υπήρχε νόημα».

Επιπρόσθετα, προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες υπηρεσιών υγείας, το στίγμα, οι προσδοκίες, οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις γύρω από τη διαταραχή μπορούν να επηρεάσουν την αποδοχή και τη συμμετοχή σε πλαίσια παρέμβασης (Jacobs et al., 2012). Οι διάφορες ερμηνείες και αιτιολογίες για την κατάσταση ενός παιδιού καθορίζουν το εάν και πότε αναζητείται υποστήριξη, καθώς και το είδος αυτής (Mandell & Novak, 2005; Yeh et al., 2004). Για παράδειγμα, η απόδοση της ΔΑΦ σε υπερφυσικές εξηγήσεις θα προκαλέσει καθυστέρηση ή αντίσταση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Από την άλλη πλευρά, γονείς παιδιών με αυτισμό από την Καλιφόρνια, οι οποίοι συσχέτιζαν τη διαταραχή με περιβαλλοντικούς κινδύνους και εμβολιασμούς, επέλεξαν μια προσέγγιση εναλλακτικής ιατρικής (Chaidez et al., 2018). Οι οικογένειες των Αφροαμερικανών δεν πιστεύουν στα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και ανησυχούν, ότι η επαφή με τους παρόχους υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει σε ιδρυματοποίηση (Cauce et al., 2002). Το στίγμα ανήκει και αυτό στο ευρύτερο πλαίσιο της αποδοχής και περιγράφεται ξεχωριστά παρακάτω.

Τα υψηλά ποσοστά εισερχόμενης και εξερχόμενης μετανάστευσης σε παγκόσμιο επίπεδο μπορούν, επίσης, να συμβάλλουν στα γλωσσικά εμπόδια μεταξύ οικογένειας και θεραπευτή (Rogler, 1993). Λόγου χάριν, Λατίνοι γονείς παιδιών με ΔΑΦ που ζουν στην Αμερική, δεν καταφέρνουν να εκφράζουν πάντα τις ανησυχίες τους με ακρίβεια, λόγω ανεπαρκούς γνώσης της αγγλικής γλώσσας. (WHO, 2013). Επιπρόσθετα, ο αναλφαβητισμός που συναντάται σε πάνω από 750 εκατομμύρια ενήλικες παγκοσμίως (UNESCO Institute for Statistics, 2017) είναι άξιος προσοχής.

Τέλος, έρευνες δείχνουν, ότι σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα οι κοινές αξίες, οι πεποιθήσεις και ο τρόπος επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και κλινικού ιατρού δημιουργούν περισσότερη εμπιστοσύνη και ικανοποίηση (Street et al., 2008). Επιπλέον, οι πιθανές διαφορές

στην κοινωνική θέση διαφοροποιούν την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κλινικού ιατρού και φροντιστή. Στην Ινδία οι κλινικοί συχνά θεωρούνται «δίπλα στον Θεό» και η άποψη αυτή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που αποκαλύπτουν οι φροντιστές (Daley, 2004). Στις πληροφορίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται και ιδιαίτερα πολιτισμικά ιδιώματα. Υπάρχει ποικιλία στους τρόπους που οι διάφοροι πολιτισμοί περιγράφουν και εκφράζουν τον πόνο ή την ανησυχία τους (APA, 2013; Kirmayer & Swartz, 2013). Αφρικανικά παραδείγματα μεταφορών της ψυχικής δυσφορίας είναι: «ένα πιπεράτο συναίσθημα», «ζέστη στο κεφάλι» ή «σκουλήκια που σέρνονται στο κεφάλι» (Kirmayer & Swartz, 2013). Όσον αφορά στον αυτισμό, αρκετοί γονείς τείνουν να μην περιγράφουν τα βασικά διαγνωστικά συμπτώματα της ΔΑΦ, αλλά να αναφέρονται σε δικές τους ανησυχίες για την προκλητική συμπεριφορά ή έλλειψη δεξιοτήτων αυτοβοήθειας του παιδιού τους (Hoekstra et al., 2018). Η αλληλοκατανόηση μεταξύ φροντιστή και κλινικού ιατρού μπορεί πιθανόν να βελτιώσει την επικοινωνία και να αποτελέσει τη βάση για την κλινική διάγνωση και θεραπεία.

5.6 Στιγματισμός

Ο στιγματισμός των ατόμων με ΔΑΦ είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που δεν έχει πολιτισμικά όρια και συγκεκριμένα πλαίσια εμφάνισης. (Hsu et al., 2017; Mitter et al., 2019; Tilahun et al., 2016). Μπορεί να προκαλείται από φόβο ντροπής ή εξαιτίας της ίδιας της διαγνωστικής ταμπέλας, με αποτέλεσμα αρκετοί γονείς να μην εμπιστεύονται τους θεραπευτές και να αποκρύπτουν την ύπαρξη του παιδιού από την κοινωνία, κρατώντας το εσώκλειστο στο σπίτι, είτε στέλνοντάς το σε συγγενείς που ζουν μακριά (Tilahun et al., 2016; Hadidi & Khateeb, 2015; Tait et al., 2016). Ένας εργαζόμενος σε οργανισμό κοινωνικής αποκατάστασης στην Αιθιοπία (Tekola et al., 2016) ανέφερε: «Μερικά από τα παιδιά που βλέπουμε δεν έχουν ξαναδεί ήλιο... Όταν ρωτήσαμε τους γονείς αν υπάρχουν παιδιά που έχουν προβλήματα στο σπίτι τους, δε μας είπαν για το παιδί τους που έχει αυτισμό ή νοητική αναπηρία. Μας έδειξαν μόνο το παιδί τους που έχει σωματική αναπηρία». Βέβαια, ακόμη και η αναζήτηση βοήθειας δε συνδέεται πάντα με απόλυτη ειλικρίνεια των γονέων για συμπτώματα που θεωρούν κοινωνικά ανεπιθύμητα, μειώνοντας έτσι την ποσότητα και ποιότητα των κλινικών πληροφοριών (Grinker et al., 2012; Matson et al., 2017; Song et al., 2017).

Τα είδη του στίγματος που διακρίνονται, είναι δύο: το εκδηλούμενο στίγμα (enacted stigma), που είναι εξωτερικής φύσεως και περιέχει τη φανερή απόρριψη ή τις διακρίσεις, και το αισθητό στίγμα (felt stigma), το οποίο είναι εσωτερικής φύσεως και έχει τις ρίζες του στον φόβο του εκδηλούμενου στίγματος (Brohan et al., 2010). Και οι δύο τύποι στίγματος μπορεί να βιώνονται τόσο από το ίδιο το άτομο με ΔΑΦ, όσο και από τους φροντιστές ή από τα μέλη της οικογένειάς του (Thornicroft et al., 2016; Werner & Shulman, 2015).

Σε μελέτη των Grinker et al. (2012), γονείς παιδιών με ΔΑΦ από τη Νότια Κορέα αναφέρθηκαν στις στιγματιστικές συνέπειες του να έχεις ένα παιδί με αυτισμό, συγκαταλέγοντας τις μειωμένες ευκαιρίες σταδιοδρομίας, την περιθωριοποίηση από κοινωνικά δίκτυα και την ελάττωση της αξίας ενός διαμερίσματος στο οποίο κατοικούσε προηγουμένως ένα παιδί με ΔΑΦ. Ο φόβος του στίγματος έχει ως προϋπόθεση τον φόβο ενός κοινού (Goffman, 2009), το οποίο στη Νότια Κορέα είναι οι εκπαιδευτικοί, οι άλλοι γονείς και τα σχολεία. Όπως και σε αρκετές άλλες χώρες της Ασίας, τα σχολεία δεν αποτελούν μέρος για την εκπαίδευση και διαμόρφωση μιας ενημερωμένης και διανοούμενης κοινωνίας πολιτών, αλλά έναν χώρο ανταγωνισμού για την επίτευξη ακαδημαϊκής αριστείας. Απώτερος σκοπός είναι το κύρος και η κοινωνική κινητικότητα (Grinker & Cho, 2013). Οι γονείς προτιμούν να αποκαλούν το παιδί τους «παιδί των συνόρων» (border child), εστιάζοντας κυρίως στον κοινωνικό τομέα και πλαισιώνοντας τα συμπτώματα του παιδιού ως προσωρινές δυσκολίες, παρά ως μια μακροχρόνια κατάσταση (Grinker et al., 2012; Grinker & Cho, 2013). Παρομοίως, οι γονείς στο Βιετνάμ προτιμούν συνήθως να αποκαλούν τη ΔΑΦ ως ασθένεια και όχι ως διαταραχή, θεωρώντας την κατάσταση προσωρινή και θεραπεύσιμη (Ha et al., 2014).

Το στίγμα μπορεί να αφορά στην άτυπη συμπεριφορά που εκδηλώνει το άτομο κατηγορώντας τον γονέα για κακές πρακτικές ανατροφής ή κακομάθεια του παιδιού (Heys et al., 2017), ή μπορεί να αφορά άμεσα στη διαγνωστική ταμπέλα του αυτισμού. Στην Ινδία, η υψηλή κληρονομικότητα της ΔΑΦ στιγματίζει τα μέλη της οικογένειας μειώνοντας τις προοπτικές γάμου λόγω «γενετικής κηλίδας», ενώ στη Νότια Κορέα οι πεποιθήσεις για γενετικές αιτίες του αυτισμού συνδέονται με αυξημένο στιγματισμό από τον γενικό πληθυσμό (Park et al., 2018; Daley et al., 2013; Divan et al., 2012; Grinker et al., 2012).

Φροντιστές από την Αιθιοπία που ερμήνευσαν τα συμπτώματα της διαταραχής ως πνευματικά και αναζήτησαν βοήθεια από πνευματικά ιδρύματα, βίωσαν μεγαλύτερα ποσοστά στίγματος. Επομένως διαπιστώθηκε, ότι το στίγμα είναι άμεσα συνυφασμένο με τον τύπο των αιτιωδών εξηγήσεων που παρέχονται (Tilahun et al., 2016). Σε μετανάλυση των Ooi et al. (2016), ο κοινωνικός αποκλεισμός και η αρνητική κριτική ακόμη και από μέλη της ευρύτερης οικογένειας συναποτελούσαν κοινή αναφορά φροντιστών από όλον τον κόσμο.

Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν, ότι η αυξημένη γνώση και εκπαίδευση σχετικά με τη ΔΑΦ οδηγεί σε μείωση των στιγματιστικών πεποιθήσεων ή στάσεων (Milačić- Vidojević et al., 2014; Obeid et al., 2015). Επιπλέον, ο εφοδιασμός με επαρκείς ιατρικές γνώσεις αποτελεί παράγοντα προστασίας των γονέων παιδιών με ΔΑΦ απέναντι στο αισθητό στίγμα (Farrugia, 2009). Επιπρόσθετα, η κουλτούρα δεν παραμένει στάσιμη, καθώς τα χαρακτηριστικά της αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου (Kirmayer & Swartz, 2013). Ενδεικτικά, οι νέες γενιές της κορεατικής κοινότητας της Νέας Υόρκης παρουσιάζουν διαφορές με τις παλαιότερες. Ορισμένες οικογένειες είναι ικανές να συζητούν ανοιχτά για τον αυτισμό, ενώ άλλες παραμένουν απρόθυμες να μιλήσουν για τη διαταραχή και τείνουν να την κρύβουν (Kang-Yi et al., 2018). Καταλήγοντας, οι αισθητές ή εκδηλούμενες εμπειρίες στιγματισμού μπορεί να οδηγήσουν τους φροντιστές να προτιμήσουν εναλλακτικές ερμηνείες της άτυπης συμπεριφοράς του παιδιού τους και να προβούν ή να καθυστερήσουν την αναζήτηση βοήθειας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abubakar, A., Ssewanyana, D., de Vries, P. J., & Newton, C. R. (2016). Autism spectrum disorders in sub-Saharan Africa. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 800.
- Adams, R., Bukowski, W., & Bagwell, C. (2005). Stability of aggression during early adolescence as moderated by reciprocated friendship status and friend's aggression. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 139–145.
- Adnams, C. M. (2010). Perspectives of intellectual disability in South Africa: Epidemiology, policy, services for children and adults. *Current opinion in psychiatry*, 23(5), 436-440.
- Alnemary, F. M., Aldhalaan, H. M., Simon-Cereijido, G., & Alnemary, F. M. (2017). Services for children with autism in the Kingdom of Saudi Arabia. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 21(5), 592–602.
- Alvord, L. A., & Van Pelt, E. C. (2000). *The scalpel and the silver bear: The first Navajo woman surgeon combines western medicine and traditional healing*. New York City: Bantam.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 5–25). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Apperly, I. A., & Butterfill, S. A. (2009). Do humans have two systems to track beliefs and belief-like states?. *Psychological review*, 116(4), 953.
- 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.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter [autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (in German) 117, 76–136.
- Ashton-James, C. E., Kushlev, K., & Dunn, E. W. (2013). Parents reap what they sow: Child-centrism and parental well-being. *Social Psychological and Personality Science*, 4(6), 635–642.
- Attwood, A. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

Aubé, B., Follenfant, A., Goudeau, S., & Derguy, C. (2021). Public stigma of autism spectrum disorder at school: Implicit attitudes matter. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1584-1597.

Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years- autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010.

Bagatell, N. (2010). From cure to community: Transforming notions of autism. *Ethos*, 38(1), 33-55.

Baghdadli, A., Picot, M. C., Pascal, C., Pry, R., & Aussilloux, C. (2003). Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(3), 122–127.

Bagwell, C. L. (2004). Friendships, peer networks, and antisocial behavior. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention* (pp. 37–57). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baines, E., & Blatchford, P. (2009). Sex differences in the structure and stability of children's playground social networks and their overlap with friendship relations. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(3), 743-760.

Barnhill, G. P., & Myles, B. S. (2001). Attributional style and depression in adolescents with Asperger syndrome. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3(3), 175-182.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.

Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months?: The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 839-843.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2003). The Friendship Questionnaire: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 509-517.

Baroody, A. J., & Dowker, A. (Eds.). (2013). *The development of arithmetic concepts and skills: Constructive adaptive expertise*. Routledge.

Bartlett, F. C. (1995). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge university press.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.

Bauminger N, Kasari C (2000) Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development* 71: 447–456.

Bauminger N, Shulman C (2003) The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism: maternal perception. *Autism, the International Journal of Research and Practice* 7: 81–97.

Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2004). The link between perceptions of self and of social relationships in high-functioning children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16, 193–214.

Bauminger N, Solomon M, Aviezer A, et al. (2008a) Friendship in high-functioning children with autism spectrum disorder: Mixed and non-mixed dyads. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38: 1211–1229.

Bauminger N, Solomon M, Aviezer A, et al. (2008b) Children with autism and their friends: A multidimensional study of friendship in high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36: 135–150.

Bazzano, A., Zeldin, A., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2012). Vaccine-related beliefs and practices of parents of children with autism spectrum disorders. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(3), 233–242.

Bello-Mojeed, M. A., Omigbodun, O. O., Bakare, M. O., & Adewuya, A. O. (2017). Pattern of impairments and late diagnosis of autism spectrum disorder among a sub-Saharan African clinical population of children in Nigeria. *Global Mental Health*, 4, e5.

Bennett, T. A., Szatmari, P., Bryson, S., Duku, E., Vaccarella, L., and Tuff, L. (2013). Theory of mind, language and adaptive functioning in ASD: a neuroconstructivist perspective. *Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 22, 13–19.

Berenguer, C., Miranda, A., Colomer, C., Baixauli, I., and Roselló, B. (2018). Contribution of Theory of Mind, executive functioning and pragmatics to socialization behaviors of children with high-functioning autism. *J. Autism Dev. Disord.* 48, 430–441.

Berger, K. S. (2007). Update on bullying at school: Science forgotten?. *Developmental review*, 27(1), 90–126.

Berkovits, L., Eisenhower, A., & Blacher, J. (2017). Emotion regulation in young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 68–79.

Bernardin, C. J., Lewis, T., Bell, D., & Kanne, S. (2021). Associations between social camouflaging and internalizing symptoms in autistic and non-autistic adolescents. *Autism*, 25(6), 1580–1591.

Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., & Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: Diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 175, 444–451.

Bieberich, A. A., & Morgan, S. B. (2004). Self-regulation and affective expression during play in children with autism or Down syndrome: A short-term longitudinal study. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 34, 439–448.

Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: population-based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of autism and developmental disorders*, 35, 351–360.

Bishop-Fitzpatrick, L., & Kind, A. J. H. (2017). A scoping review of health disparities in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(11), 3380–3391.

Blacher, J., Cohen, S. R., & Azad, G. (2014). In the eye of the beholder: Reports of autism symptoms by Anglo and Latino mothers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(12), 1648–1656.

Boggs, K. M., Gross, A. M., & Gohm, C. L. (2006). Validity of the Asperger syndrome diagnostic scale. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18, 163–182.

Booth, R., Charlton, R., Hughes, C., & Happé, F. (2003). Disentangling weak coherence and executive dysfunction: planning drawing in autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1430), 387–392.

Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting, Science and Practice*, 12(2–3), 212–221.

Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 10, 80.

Brownlow, C., Bertilsdotter Rosqvist, H., & O'Dell, L. (2015). Exploring the potential for social networking among people with autism: Challenging dominant ideas of 'friendship'. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(2), 188-193.

Bruckner, T. A., Scheffler, R. M., Shen, G., Yoon, J., Chisholm, D., Morris, J., ... Saxena, S. (2011). The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: A needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3), 184–194.

Bruni, T. P. (2014). Test review: Social responsiveness scale–Second edition (SRS-2). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(4), 365-369.

Bukowski, W. M., Hoza, B., & Boivin, M. (1994). Measuring friendship quality during pre- and early adolescence: The development and psychometric properties of the friendship qualities scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(3), 471–484.

Burton, T., Ratcliffe, B., Collison, J., Dossetor, D., & Wong, M. (2020). Self-reported emotion regulation in children with autism spectrum disorder, without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101599.

Cai, R. Y., Richdale, A. L., Dissanayake, C., & Uljarevic, M. (2018). Brief report: Inter-relationship between emotion regulation, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(1), 316–325.

Cai, R. Y., Richdale, A. L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A. C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*, 11(7), 962-978.

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.

Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 53–72.

Capps, L., Sigman, M., & Yirmiya, N. (1995). Self-competence and emotional understanding in high-functioning children with autism. *Development and Psychopathology*, 7(1), 137-149.

Card, N. A., & Hodges, E. V. (2007). Victimization within mutually antipathetic peer relationships. *Social Development*, 16(3), 479-496.

Carrington, S., Templeton, E., & Papinczak, T. (2003). Adolescents with Asperger syndrome and perceptions of friendship. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 18(4), 211-218.

Carter, J. A., Lees, J. A., Murira, G. M., Gona, J., Neville, B. G., & Newton, C. R. (2005). Issues in the development of cross-cultural assessments of speech and language for children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(4), 385–401.

Casanova, M. F., Frye, R. E., Gillberg, C., & Casanova, E. L. (2020). Comorbidity and autism spectrum disorder. *Frontiers in psychiatry*, 11, 617395.

Caspi, A. (1998). Personality Development across the Life Course. In W. Damon, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, Vol. 3 (5th ed., pp. 311-388). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55.

Chaidez, V., Fernandez, Y., Garcia, E., Wang, L. W., Angkustsiri, K., Krakowiak, P., ... Hansen, R. L. (2018). Comparison of maternal beliefs about causes of autism spectrum disorder and association with utilization of services and treatments. *Child: Care, Health and Development*, 44(6), 916–925.

Chan, D. V., Doran, J. D., & Galobardi, O. D. (2023). Beyond friendship: The spectrum of social participation of autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 424-437.

Chang, Y. C., & Dean, M. (2022). Friendship interventions and measurements in children with ASD: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 93, 101947.

Chao, R. (1995). Chinese and European-American cultural models of the self reflected in mothers' child-rearing beliefs. *Ethos*, 23, 328–354.

Chen, Y.-W., Bundy, A. C., Cordier, R., Chien, Y.-L., & Einfeld, S. L. (2017). A cross-cultural exploration of the everyday social participation of individuals with autism spectrum disorders in Australia and Taiwan: An experience sampling study. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 2, 231–241.

Christon, L. M., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2010). Use of complementary and alternative medicine (CAM) treatments by parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 249-259.

Chua, A. (2011). *Battle hymn of the tiger mom*. New York, NY: Penguin Press.

Cibralic, S., Kohlhoff, J., Wallace, N., McMahon, C., & Eapen, V. (2019). A systematic review of emotion regulation in children with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 68, 101422.

Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). *Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation* (pp. 15-48). New York: Cambridge University Press.

Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental psychology*, 18(4), 557.

Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 73-100.

Connor-Smith, J.K., Compas, B.E., Wadsworth, M.E., Thomsen, A.H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976–992.

Constantino, J. N., & Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: a twin study. *Archives of general psychiatry*, 60(5), 524-530.

Constantino, J. N., Davis, S. A., Todd, R. D., Schindler, M. K., Gross, M. M., Brophy, S. L., ... & Reich, W. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview- revised. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 427-433.

Constantino, J. N., & Scale, G. S. R. (2012). (SRS-2). *Los Angeles, CA: Western Psychological Services*.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.

Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A. R., Palumbi, R., De Giambattista, C., & Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1191-1202.

Cresswell, L., Hinch, R., & Cage, E. (2019). The experiences of peer relationships amongst autistic adolescents: A systematic review of the qualitative evidence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 61, 45–60.

Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710-722.

Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys' world: Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 1261-1274.

Croen, L.A., Najjar, D.V., Ray, G.T., Lotspeich, L., & Bernal, P. (2006). A comparison of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in a large group-model health plan. *Pediatrics*, 118, 1203–1211.

Croen, L.A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19, 814–823.

Crothers, L. M., Field, J. E., & Kolbert, J. B. (2005). Navigating power, control, and being nice: Aggression in adolescent girls' friendships. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 349-354.

Cummings, L. (2013). "Clinical pragmatics and theory of mind," in *Perspectives on Linguistic Pragmatics. Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology, vol 2*, eds A. Capone, F. Lo Piparo, and M. Carapezza (Switzerland: Springer).

Dai, Y. G., Porto, K. S., Skapek, M., Barton, M. L., Dumont-Mathieu, T., Fein, D. A., & Robins, D. L. (2021). Comparison of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F) positive predictive value by race. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 855-867.

Daley, T. (2002). The need for cross-cultural research on pervasive developmental disorders. *Transcultural Psychiatry*, 39(4), 531–550.

Daley, T. C., Singhal, N., & Krishnamurthy, V. (2013). Ethical considerations in conducting research on autism spectrum disorders in low and middle income countries. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2002–2014.

Daniel, L. S., & Billingsley, B. S. (2010). What boys with an autism spectrum disorder say about establishing and maintaining friendships. *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, 25(4), 220-229.

Dash, B., Junius, A. M. M., & Dash, V. B. (1997). *Handbook of ayurveda*. New Delhi: India Loftus Press.

Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and psychopathology*, 20(3), 775-803.

Dawson, G., Hill, D., Spencer, A., Galpert, L., & Watson, L. (1990). Affective exchanges between young autistic children and their mothers. *Journal of abnormal child psychology*, 18, 335-345.

Dawson, G., Meltzoff, A. N., Osterling, J., Rinaldi, J., & Brown, E. (1998). Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. *Journal of autism and developmental disorders*, 28, 479-485.

Decoteau, C. L. (2017). The “Western disease”: Autism and Somali parents’ embodied health movements. *Social Science & Medicine* (1982, 177, 169–176.

Dean, M., Harwood, R., & Kasari, C. (2017). The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(6), 678-689.

Desjarlais, M., & Joseph, J. J. (2017). Socially interactive and passive technologies enhance friendship quality: An investigation of the mediating roles of online and offline self-disclosure. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(5), 286-291.

Dibble, J. L., Levine, T. R., & Park, H. S. (2012). The Unidimensional Relationship Closeness Scale (URCS): reliability and validity evidence for a new measure of relationship closeness. *Psychological assessment*, 24(3), 565.

Divan, G., Vajaratkar, V., Desai, M. U., Strik-Lievers, L., & Patel, V. (2012). Challenges, coping strategies, and unmet needs of families with a child with autism spectrum disorder in Goa, India. *Autism Research*, 5(3), 190–200.

Doody, J. P., & Bull, P. (2011). Asperger’s syndrome and the decoding of boredom, interest, and disagreement from body posture. *Journal of nonverbal behavior*, 35, 87-100.

Douvan, E., & Adelson, J. *The adolescent experience*. New York: Wiley, 1966.

Dunlop, A. W., Knott, F., & MacKay, T. (2007). Developing Social Interaction and Understanding in High-Functioning. *Autism: An integrated view from neurocognitive, clinical, and intervention research*, 260.

Dunn, J. (1993). Social interaction, relationships, and the development of causal discourse and conflict management. *European Journal of Psychology of Education*, 8, 391– 401.

Dunn, J. (2004). *Children's friendships: The beginnings of intimacy*. London, UK: Malden Blackwell Publishing.

Durkin MS, Maenner MJ, Baio J, et al. Autism spectrum disorder among US children (2002–2010): socioeconomic, racial, and ethnic disparities. *Am J Public Health* 2017;107:1818–26.

Durkin, M. S., Elsabbagh, M., Barbaro, J., Gladstone, M., Happe, F., Hoekstra, R. A., ... Shih, A. (2015). Autism screening and diagnosis in low resource settings: Challenges and opportunities to enhance research and services worldwide. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 8(5), 473–476.

Edwards, C. P. (2000). Children's play in cross-cultural perspective: A new look at the six cultures study. *Cross-Cultural Research*, 34(4), 318–338.

Eggertson, L. (2010). Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. *Canadian Medical Association Journal*, 182(4), E199–E200.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of personality and social psychology*, 78(1), 136.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Karbon, M., Murphy, B. C., Wosinski, M., Polazzi, L., ... & Juhnke, C. (1996). The relations of children's dispositional prosocial behavior to emotionality, regulation, and social functioning. *Child development*, 67(3), 974-992.

Eisenberg, N., & Sulik, M. J. (2012). Emotion-related self-regulation in children. *Teaching of Psychology*, 39(1), 77-83.

Elfenbein, H. A., Beaupré, M., Lévesque, M., & Hess, U. (2007). Toward a dialect theory: Cultural differences in the expression and recognition of posed facial expressions. *Emotion*, 7(1), 131.

Elfenbein, H. A. (2013). Nonverbal dialects and accents in facial expressions of emotion. *Emotion Review*, 5(1), 90–96

Elmose, M. (2020). Understanding loneliness and social relationships in autism: The reflections of autistic adults. *Nordic Psychology*, 72(1), 3-22.

Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31 (7), 1011–1027.

Filipe, M. G., Veloso, A., Frota, S., & Vicente, S. G. (2020). Executive functions and pragmatics in children with high-functioning autism. *Reading and Writing*, 33, 859-875.

Folstein, S.E. (2012). Commentary on Kerns and Kendall. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 356–357.

Fombonne, E., Siddons, F., Achard, S., Frith, U., and Happé, F. (1994). Adaptive behaviour and theory of mind in autism. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 3, 176–186.

Fortenberry, C. L., Grist, C. L., & McCord, D. M. (2011). Personality Trait Differences between Typically Developing Children and Those Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Individual Differences Research*, 9, 73-8

Frankel, F., Myatt, R., Sugar, C., Whitham, C., Gorospe, C. M., & Laugeson, E. (2010). A randomized controlled study of parent-assisted children's friendship training with children having autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40, 827-842.

Frankel, F., & Mintz, J. (2011). Maternal reports of play dates of clinic referred and community children. *Journal of child and family studies*, 20, 623-630.

Frankel, F. D., & Myatt, R. J. (2013). *Children's friendship training*. Routledge.

Frankel, F., & Whitham, C. (2011). Parent-assisted group treatment for friendship problems of children with autism spectrum disorders. *Brain Research*, 1380, 240-245.

Frazier TW, et al. Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(1):28–40. e3.

Freeman, L. M., Locke, J., Rotheram-Fuller, E., & Mandell, D. (2017). Brief report: Examining executive and social functioning in elementary-aged children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 47, 1890-1895.

Frith, U., & Happé, F. (1994). Autism: Beyond “theory of mind”. *Cognition*, 50(1-3), 115-132.

- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma*. Blackwell publishing.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2008). Implicit and explicit processes in social cognition. *Neuron*, 60(3), 503-510.
- Frith, C. D., and Frith, U. (2012). Mechanisms of social cognition. *Annu. Rev. Psychol.* 63, 287–313.
- Fugita, S. S., Wexley, K. N., & Hillery, J. M. (1974). Black-White differences in nonverbal behavior in an interview setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 4(4), 343–350.
- Furnham, A., & Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 84–98.
- Galanti, G. A. (2004). *Caring for patients from different cultures*. University of Pennsylvania Press.
- Garner, P. W., & Hinton, T. S. (2010). Emotional display rules and emotion self-regulation: Associations with bullying and victimization in community-based after school programs. *Journal of community & applied social psychology*, 20(6), 480-496.
- Gerstein, E. D., Arbona, y, Crnic, A. P., Ryu, K. A., Baker, E., B. L., & Blacher, J. (2011). Developmental risk and young children's regulatory strategies: Predicting behavior problems at age five. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 351–364.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of autism and developmental disorders*, 32, 299-306.
- Gielen, U. P., & Roopnarine, J. L. (Eds.). (2016). *Childhood and adolescence: Cross-cultural perspectives and applications*. Bloomsbury Publishing USA.
- Gillberg, C., Allely, C., Bourgeron, T., Coleman, M., Fernell, E., Hadjikhani, N., & Sarovic, D. (2019). The neurobiology of autism. *Autism and pervasive developmental disorders*, 129-157.
- Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam autism rating scale: Examiner's manual*. Pro-ed.
- Gilliam, J. E. (2001). *Gilliam Asperger's disorder scale: Examiner's manual*. Pro-Ed.
- Gilotty, L., Kenworthy, L., Sirian, L., Black, D. O., & Wagner, A. E. (2002). Adaptive skills and executive function in autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 8(4), 241-248.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). Test review behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235-238.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.

Goh, H. S. E., Roslan, S., Baguri, E. M., Ong, S. Y., & Li, S. Y. (2020). The effects of children's friendship training on social skills and quality of play among children with Autism Spectrum Disorder. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 19(7), 225-245.

Goldsmith, S. F., & Kelley, E. (2018). Associations between emotion regulation and social impairment in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 48, 2164-2173.

Gona, J. K., Newton, C. R., Rimba, K., Mapenzi, R., Kihara, M., Van de Vijver, F. J., & Abubakar, A. (2015). Parents' and professionals' perceptions on causes and treatment options for autism spectrum disorders (ASD) in a multicultural context on the Kenyan coast. *PloS one*, 10(8), e0132729.

Goodwin, M. H. (2008). *The hidden life of girls: Games of stance, status, and exclusion*. John Wiley & Sons.

Gotham, K., Brunwasser, S.M., & Lord, C. (2015). Depression and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 369–376.

Gotham, K., Risi, S., Pickles, A., & Lord, C. (2007). The Autism Diagnostic Observation Schedule: revised algorithms for improved diagnostic validity. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 613-627.

Gould, J., & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice (GAP)*, 12(1), 34-41.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *The Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System: Rating Scales*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.

Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J., & Cook, C. R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27.

Grinker, R. R., Chambers, N., Njongwe, N., Lagman, A. E., Guthrie, W., Stronach, S., ... & Wetherby, A. M. (2012). "Communities" in Community Engagement: Lessons Learned From Autism Research in South Korea and South Africa. *Autism Research*, 5(3), 201-210.

Grinker, R. R., & Cho, K. (2013). Border children: Interpreting autism spectrum disorder in South Korea. *Ethos*, 41(1), 46-74.

Groce, N. E., & Zola, I. K. (1993). Multiculturalism, chronic illness, and disability. *Pediatrics*, 91(5), 1048–1055.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 567–574.

Gulsrud, A. C., Jahromi, L. B., & Kasari, C. (2010). The co-regulation of emotions between mothers and their children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 227–237.

Gureje, O., Nortje, G., Makanjuola, V., Oladeji, B. D., Seedat, S., & Jenkins, R. (2015). The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *The Lancet Psychiatry*, 2(2), 168-177.

Gurung, R. (2006). *Health psychology: A cultural approach*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.

Ha, V. S., Whittaker, A., Whittaker, M., & Rodger, S. (2014). Living with autism spectrum disorder in Hanoi, Vietnam. *Social Science & Medicine*, 120, 278–285.

Hadidi, M. S., & Khateeb, J. M. A. (2015). Special education in Arab countries: Current challenges. *International Journal of Disability, Development and Education*, 62(5), 518–530.

Haendel, A. D., Barrington, A., Magnus, B., Arias, A. A., McVey, A., Pleiss, S., ... & Van Hecke, A. V. (2021). Changes in electroencephalogram coherence in adolescents with autism spectrum disorder after a social skills intervention. *Autism Research*, 14(4), 787-803.

Hailemichael, Y., Hailemariam, D., Tirfessa, K., Docrat, S., Alem, A., Medhin, G., ... Hanlon, C. (2019). Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: A comparative study in rural Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, 39.

Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., ... & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular autism*, 6, 1-5.

Happé, F. (1999). Autism: cognitive deficit or cognitive style?. *Trends in cognitive sciences*, 3(6), 216-222.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36, 5-25.

Harrison, A. J., Long, K. A., Tommet, D. C., & Jones, R. N. (2017). Examining the role of race, ethnicity, and gender on social and behavioral ratings within the Autism Diagnostic Observation Schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2770-2782.

Harter, S. (1985). Manual for the social support scale for children. *University of Denver*.

Hartup, W. W. (1993). Adolescents and their friends. In B. Laursen (Ed.), *Close friendships in adolescence* (pp. 3–22). San Francisco, CA: JosseyBass.

Hartup, W. W., & Stevens, N. (1997). Friendships and adaptation in the life course. *Psychological Bulletin*, 121, 355–370.

Harvey, G., Edmonds, G., & Beardon, L. (2008). Social relationships for people with Asperger syndrome: how to help people understand. *Asperger syndrome and social relationships: Adults speak out about Asperger syndrome*, 41, 48.

Heavey, L., Pring, L., & Hermelin, B. (1999). A date to remember: The nature of memory in savant calendrical calculators. *Psychological Medicine*, 29(1), 145-160.

Hebron, J., & Humphrey, N. (2014). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: A multi-informant analysis of risk and protective factors. *Autism*, 18(6), 618-630.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.

Heys, M., Alexander, A., Medeiros, E., Tumbahangphe, K. M., Gibbons, F., Shrestha, R., ... Pellicano, E. (2017). Understanding parents' and professionals' knowledge and awareness of autism in Nepal. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 21(4), 436-449.

Hill, E. L. (2004a). Executive dysfunction in autism. *Trends in cognitive sciences*, 8(1), 26-32.

Hill, E. L. (2004b). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental review*, 24(2), 189-233.

Hill, E. L. (2008). Executive functioning in autism spectrum disorder. *Autism: An integrated view from neurocognitive, clinical, and intervention research*, 145-165.

Hiller, R. M., Young, R. L., & Weber, N. (2014). Sex differences in autism spectrum disorder based on DSM-5 criteria: evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 1381-1393.

Hippler, K., & Klicpera, C. (2003). A retrospective analysis of the clinical case records of 'autistic psychopaths' diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children's Hospital, Vienna. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences* 358(1430), 291-301.

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55.

Hoekstra, R. A., Bayouh, F. G., Gebru, B. T., Kinfu, M., Mihretu, A., Adamu, W., & Hanlon, C. (2018, May). The face of autism in Ethiopia: The expression, recognition, reporting and interpretation of autism symptoms in the Ethiopian context. In *Oral Presentation at: Annual Meeting of the International Society for Autism Research (INSAR)*.

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., ... & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC psychiatry*, 9, 1-9.

Horowitz, J. A., Vessey, J. A., Carlson, K. L., Bradley, J. F., Montoya, C., McCullough, B., & David, J. (2004). Teasing and bullying experiences of middle school students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(4), 165-172.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(2), 212-229.

Hsu, Y., Tsai, S., Hsieh, M., Jenks, M. S., Tsai, C., & Hsu, M. (2017). On my own: A qualitative phenomenological study of mothers of young children with autism spectrum disorder in Taiwan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 147–156.

Hughes, P. J., Edmonds, G., & Beardon, L. (2008). Making friends is not easy. *Asperger Syndrome and social relationships: Adults speak out about Asperger Syndrome*, 125, 134.

Humphrey, N., & Hebron, J. (2015). Bullying of children and adolescents with autism spectrum conditions: A 'state of the field' review. *International Journal of Inclusive Education*, 19(8), 845-862.

Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism*, 15(4), 397-419.

Hwang, Y. I. J., Foley, K. R., & Trollor, J. N. (2017). Aging well on the autism spectrum: The perspectives of autistic adults and carers. *International Psychogeriatrics*, 29(12), 2033-2046.

Irrarrazaval, M., García, R., Riesle, S., Moyano, A., Cabezas, M., Rattazzi, A., ... Rosoli, A. (2017). 5.17 Access to services, priorities, and challenges in caregivers of persons with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), S259.

Jack, R. E., Garrod, O. G., Yu, H., Caldara, R., & Schyns, P. G. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(19), 7241–7244.

Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: An analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27 (4), 288–300.

Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1250-1258.

Jahromi, L. B., Bryce, C. I., & Swanson, J. (2013). The importance of self-regulation for the school and peer engagement of children with high-functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), 235-246.

Jokiranta-Olkonieni, E., Cheslack-Postava, K., Sucksdorff, D., Suominen, A., Gyllenberg, D., Chudal, R., ... & Sourander, A. (2016). Risk of psychiatric and neurodevelopmental disorders among siblings of probands with autism spectrum disorders. *JAMA psychiatry*, 73(6), 622-629.

Jones, W., & Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2–6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504(7480), 427-431.

Joseph, R. M., & Tager-Flusberg, H. E. L. E. N. (2004). The relationship of theory of mind and executive functions to symptom type and severity in children with autism. *Development and psychopathology*, 16(1), 137-155.

Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology review*, 17, 213-233.

Kagan, J., & Coles, R. (Eds.). Twelve to sixteen: early adolescence. New York: Norton, 1972.

Kai, J., Loudon, R., & Beavan, J. (2006). The nature of culture-valuing diversity and the individual. *Valuing Diversity*, 97-118.

Kang, E., Gioia, A., Pugliese, C. E., Islam, N. Y., Martinez-Pedraza, F. D. L., Girard, R. M., ... & Lerner, M. D. (2021). Alliance-outcome associations in a community-based social skills intervention for youth with autism spectrum disorder. *Behavior therapy*, 52(2), 324-337.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child* 2, 217–250.

Kang-Yi, C. D., Grinker, R. R., Beidas, R., Agha, A., Russell, R., Shah, S. B., ... & Mandell, D. S. (2018). Influence of community-level cultural beliefs about autism on families' and professionals' care for children. *Transcultural psychiatry*, 55(5), 623-647.

Kaptchuk, T. J. (2000). *The web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*. Chicago: Contemporary Books.

Karren, B. C. (2017). A test review: Gilliam, JE (2014). Gilliam Autism rating scale—third edition (GARS-3).

Kasari, C., Dean, M., Kretzmann, M., Shih, W., Orlich, F., Whitney, R., ... & King, B. (2016). Children with autism spectrum disorder and social skills groups at school: A randomized trial

comparing intervention approach and peer composition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(2), 171-179.

Kasari, C., Locke, J., Gulsrud, A., & Rotheram-Fuller, E. (2011). Social networks and friendships at school: Comparing children with and without ASD. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 41, 533–544.

Kasari, C., Rotheram-Fuller, E., Locke, J., & Gulsrud, A. (2012). Making the connection: Randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(4), 431-439.

Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1990). Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. *Journal of autism and developmental disorders*, 20(1), 87-100.

Kerres Malecki, C., & Kilpatrick Demary, M. (2002). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (CASSS). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18.

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, 117–132.

King MD, Bearman PS. 2011. Socioeconomic status and the increased prevalence of autism in California. *Am. Sociol. Rev.* 76:320–46.

Kirkovski, M., Enticott, P. G., & Fitzgerald, P. B. (2013). A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 2584-2603.

Kirmayer, L. J., & Swartz, L. (2013). Culture and global mental health. *Global mental health: Principles and practice*, 41-62.

Klinger, L. G., & Dawson, G. (2001). Prototype formation in autism. *Development and psychopathology*, 13(1), 111-124.

Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Parker, J. D., & Craig, W. M. (2014). Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 244-254.

Kobayashi, C. (2018). Reviving pragmatic theory of theory of mind. *AIMS Neuroscience* 5, 116–131.

Konstantareas, M. M., & Stewart, K. (2006). Affect regulation and temperament in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 36, 143-154.

Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. *Developmental psychology*, 18(2), 199.

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25(3), 343.

Kretzmann, M. (2008). ENGAGE social skills groups. *Unpublished manual*, UCLA.

Kretzmann, M., Shih, W., & Kasari, C. (2015). Improving peer engagement of children with autism on the school playground: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(1), 20-28.

Kuo, M. H., Orsmond, G. I., Cohn, E. S., & Coster, W. J. (2013). Friendship characteristics and activity patterns of adolescents with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4), 481-500.

Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... & Moilanen, I. (2008). Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1697-1709.

Lainhart, J. E. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*, 11(4), 278-298.

Lancy, D. F. (2007). Accounting for variability in mother-child play. *American Anthropologist*, 109(2), 273-284.

Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2011). Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders: The PEERS treatment manual. Routledge.

Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 1025-1036.

Laurent, A. C., & Rubin, E. (2004). Challenges in emotional regulation in asperger syndrome and high-functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24(4), 286-297.

Le Couteur, A., Haden, G., Hammal, D., & McConachie, H. (2008). Diagnosing autism spectrum disorders in pre-school children using two standardised assessment instruments: the ADI-R and the ADOS. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 362-372.

Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & Levine, K. (2011). Socio-dramatic affective-relational intervention for adolescents with Asperger syndrome & high functioning autism: Pilot study. *Autism, 15*(1), 21-42.

Lerner, M. D., & Mikami, A. Y. (2012). A preliminary randomized controlled trial of two social skills interventions for youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 27*(3), 147-157.

Lerner, M. D., White, S. W., & McPartland, J. C. (2012a). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*, 307–318.

Lerner, M. D., Calhoun, C. D., Mikami, A. Y., & De Los Reyes, A. (2012b). Understanding parent–child social informant discrepancy in youth with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 42*, 2680-2692.

Leung, R. C., Vogan, V. M., Powell, T. L., Anagnostou, E., & Taylor, M. J. (2016). The role of executive functions in social impairment in Autism Spectrum Disorder. *Child Neuropsychology, 22*(3), 336-344.

Levesque, R. J. (Ed.). (2011). *Encyclopedia of adolescence*. Springer Science & Business Media.

Lieb, R. W., & Bohnert, A. M. (2017). Relations between executive functions, social impairment, and friendship quality on adjustment among high functioning youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*, 2861-2872.

Lin, L. Y., Yu, S. N., & Yu, Y. T. (2012). A study of activities of daily living and employment in adults with autism spectrum disorders in Taiwan. *International Journal of Rehabilitation Research, 35*(2), 109-115.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(6), 466-474.

Lopez, B. R., Lincoln, A. J., Ozonoff, S., & Lai, Z. (2005). Examining the relationship between executive functions and restricted, repetitive symptoms of autistic disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 35*, 445-460.

Lord, C. (1993). The complexity of social behaviour in autism. *Understanding other minds: Perspectives from autism, 292-316*.

Lord, C., & Jones, R. M. (2012). Annual Research Review: Re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 490-509.

Lord, C., Luyster, R., Guthrie, W., & Pickles, A. (2012). Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 477.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Lenventhal, B. L., DiLavore, P. S., et al. (2000). The autism diagnostic observation schedule —generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J. Autism Dev. Disord.* 30, 205–223.

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24(5), 659–685.

Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of autism and developmental disorders*, 19(2), 185-212.

Loveland, K. A., Tunali-Kotoski, B., Pearson, D. A., Brelsford, K. A., Ortegón, J., & Chen, R. (1994). Imitation and expression of facial affect in autism. *Development and Psychopathology*, 6(3), 433-444.

Lugnegard, T., Hallerbäck, M.U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910–1917.

Luyster, R., Gotham, K., Guthrie, W., Coffing, M., Petrak, R., Pierce, K., ... & Lord, C. (2009). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 1305-1320.

Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., ... & Newschaffer, C. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual review of public health*, 38(1), 81-102.

Mackintosh, V. H., Goin-Kochel, R. P., & Myers, B. J. (2006). Sources of information and support used by parents of children with autism spectrum disorders. *Journal on Developmental Disabilities*, 12(1), 41–51.

Maenner, M. J. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69.

Magnusson, D. M., Minkovitz, C. S., Kuhlthau, K. A., Caballero, T. M., & Mistry, K. B. (2017). Beliefs regarding development and early intervention among low-income African American and Hispanic mothers. *Pediatrics*, 140(5).

Maiano, C., Normand, C. L., Salvas, M. C., Moullec, G., & Aime, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism research*, 9(6), 601-615.

Maljaars, J., Noens, I., Scholte, E., & van Berckelaer-Onnes, I. (2012). Evaluation of the criterion and convergent validity of the diagnostic interview for social and communication disorders in young and low-functioning children. *Autism* 16(5), 487–497.

Mandell, D. S., & Novak, M. (2005). The role of culture in families' treatment decisions for children with autism spectrum disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(2), 110–115.

Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 42, 1304-1313.

Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., & Marzolf, D. (1995). Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child development*, 66(6), 1817-1828.

Manor-Binyamini, I., & Shoshana, A. (2018). Listening to Bedouin mothers of children with autism. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42, 401-418.

Mar, R. A. (2011). The neural basis of social cognition and story comprehension. *Ann. Rev. Psychol.* 62, 103–134.

Martončík, M., & Lokša, J. (2016). Do World of Warcraft (MMORPG) players experience less loneliness and social anxiety in online world (virtual environment) than in real world 19 (offline)? *Computers in Human Behavior*, 56(1), 127-134.

Matson, J. L., Matheis, M., Burns, C. O., Esposito, G., Venuti, P., Pisula, E., ... Goldin, R. L. (2017). Examining cross-cultural differences in autism spectrum disorder: A multinational comparison from Greece, Italy, Japan, Poland, and the United States. *European Psychiatry*, 42, 70–76.

Matsumoto, D. (2001). *The handbook of culture and psychology*. London: Oxford University Press.

Matthews, N. L., Orr, B. C., Warriner, K., DeCarlo, M., Sorensen, M., Laflin, J., & Smith, C. J. (2018). Exploring the effectiveness of a peer-mediated model of the PEERS curriculum: A pilot randomized control trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 2458-2475.

Matthews, N. L., Laflin, J., Orr, B. C., Warriner, K., DeCarlo, M., & Smith, C. J. (2020). Brief report: Effectiveness of an accelerated version of the PEERS® social skills intervention for adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 2201-2207.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., Morrow, J. D., Yurich, K. K., Mahr, F., ... & Petersen, C. (2009). Comparison of scores on the Checklist for Autism Spectrum Disorder, Childhood Autism Rating Scale, and Gilliam Asperger's Disorder Scale for children with low functioning autism, high functioning autism, Asperger's disorder, ADHD, and typical development. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 1682-1693.

Mazefsky, C. A., Borue, X., Day, T. N., & Minshew, N. J. (2014). Emotion regulation patterns in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: comparison to typically developing adolescents and association with psychiatric symptoms. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 7(3), 344–354.

Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688.

Mazefsky, C. A., Pelphrey, K. A., & Dahl, R. E. (2012). The need for a broader approach to emotion regulation research in autism. *Child development perspectives*, 6(1), 92-97.

Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(1), 15-24.

Mazurek, M. O. (2013). Social media use among adults with autism spectrum disorders. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1709–1714.

Mazurek, M. O. (2014). Loneliness, friendship, and well-being in adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 223-232.

Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome and high functioning autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11, 16.

McCarthy, A., Lee, K., Itakura, S., & Muir, D. W. (2006). Cultural display rules drive eye gaze during thinking. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(6), 717–722.

McDonald, S. (2013). Impairments in social cognition following severe traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(3), 231-246.

McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(4):368–383.

Medina, C., Jones, D., & Miller, S. (1998). Traditional versus contemporary Navajo views of special education. In coming together: Preparing for rural special education in the 21st century (pp. 179–185). Conference proceedings of the American council of rural special education, Charleston, SC.

Mendelson, J. L., Gates, J. A., & Lerner, M. D. (2016). Friendship in school-age boys with autism spectrum disorders: A meta-analytic summary and developmental, process-based model. *Psychological Bulletin*, 142(6), 601.

Menezes, M., Robinson, L., Sanchez, M. J., & Cook, B. (2018). Depression in youth with autism spectrum disorders: A systematic review of studies published between 2012 and 2016. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5(4), 370–389.

Mervielde, I., De Clercq, B., De Fruyt, F., & Van Leeuwen, K. (2005). Temperament, Personality, and Developmental Psychopathology as Childhood Antecedents of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 171-201.

Milačić-Vidojević, I., Gligorović, M., & Dragojević, N. (2014). Tendency towards stigmatization of families of a person with autistic spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 63-70.

Minhas, A., Vajaratkar, V., Divan, G., Hamdani, S. U., Leadbitter, K., Taylor, C., ... Rahman, A. (2015). Parents' perspectives on care of children with autistic spectrum disorder in South Asia—Views from Pakistan and India. *International Review of Psychiatry*, 27(3), 247–256.

Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. L., & Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(6), 559–570.

Mitter, N., Ali, A., & Scior, K. (2019). Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 89, 10–21.

Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular autism*, 8, 1-16.

Moody, E. J., Reyes, N., Ledbetter, C., Wiggins, L., DiGuseppi, C., Alexander, A., ... & Rosenberg, S. A. (2017). Screening for autism with the SRS and SCQ: Variations across demographic, developmental and behavioral factors in preschool children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 3550-3561.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.

Morrison, K. E., DeBrabander, K. M., Jones, D. R., Faso, D. J., Ackerman, R. A., & Sasson, N. J. (2020). Outcomes of real-world social interaction for autistic adults paired with autistic compared to typically developing partners. *Autism*, 24(5), 1067-1080.

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 387–393.

Mutluer, T., Aslan Genç, H., Özcan Morey, A., Yapici Eser, H., Ertinmaz, B., Can, M., & Munir, K. (2022). Population-based psychiatric comorbidity in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 856208.

Nader-Grosbois, N., & Mazzone, S. (2014). Emotion regulation, personality and social adjustment in children with autism spectrum disorders. *Psychology*, 5(15), 1750.

Nader-Grosbois, N., & Mazzone, S. (2015). Validation de la version francophone de l'Emotion Regulation Checklist (ERC-vf). *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 29-41.

Narayan, M. C. (2002). Six steps towards cultural competence: A clinician's guide. *Home Health Care Management & Practice*, 14(5), 378–386.

Navon, D. (1977). Forest before trees: The precedence of global features in visual perception. *Cognitive psychology*, 9(3), 353-383.

Obeid, R., Daou, N., DeNigris, D., Shane-Simpson, C., Brooks, P. J., & Gillespie-Lynch, K. (2015). A cross-cultural comparison of knowledge and stigma associated with autism spectrum disorder among college students in Lebanon and the United States. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3520–3536.

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242-249.

O'Connor, R. A. G., van den Bedem, N., Blijd-Hoogewys, E. M. A., Stockmann, L., & Rieffe, C. (2022). Friendship quality among autistic and non-autistic (pre-) adolescents: Protective or risk factor for mental health? *Autism*, 26(8), 2041–2051.

O'Keeffe, G. S., & Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800-804.

Olumula, C. I., & Wairungu, G. M. (2024). Cognitive Theories in Autism Spectrum Disorder: Why Individuals with Autism Behave the Way They Do. *European Journal of Science, Innovation and Technology*, 4(1), 422-433.

Ong, S. Y., Roslan, S., Ahmad, N. A., Ayub, A. F. M., Chen, L. P., & Taresh, S. M. (2021). Parents' experience in children's friendship training programme for their children with autism spectrum disorder: A qualitative inquiry. *Children*, 8(9), 763.

Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745–762.

Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., & Ergaz, Z. (2015). Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reproductive toxicology*, 56, 155-169.

Orsmond, G. I., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 34, 245-256.

Orsmond G. I., Kuo H (2011) The daily lives of adolescents with an autism spectrum disorder: discretionary time use and activity partners. *Autism* 15: 1–21.

Ousley, O., & Cermak, T. (2014). Autism spectrum disorder: defining dimensions and subgroups. *Current developmental disorders reports*, 1, 20-28.

Ozonoff, S., Coon, H., Dawson, G., Joseph, R., Klin, A., McMahon, W. M., & Wrathall, W. (2004). Performance on CANTAB subtests sensitive to frontal lobe function in people with autistic

disorder: Evidence from the CPEA Network. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 139-150.

Ozonoff, S., & Miller, J. N. (1995). Teaching theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 25(4), 415-433.

Ozonoff, S., & Strayer, D. L. (1997). Inhibitory function in nonretarded children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 27, 59-77.

Ozonoff, S., Strayer, D. L., McMahon, W. M., & Filloux, F. (1994). Executive function abilities in autism and Tourette syndrome: An information processing approach. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 35(6), 1015-1032.

Panerai, S., Tasca, D., Ferri, R., Genitori D'Arrigo, V., & Elia, M. (2014). Executive functions and adaptive behaviour in autism spectrum disorders with and without intellectual disability. *Psychiatry journal*, 2014(1), 941809.

Park, S., Lee, Y., & Kim, C. E. (2018). Korean adults' beliefs about and social distance toward attention-deficit hyperactivity disorder, Tourette syndrome, and autism spectrum disorder. *Psychiatry Research*, 269, 633–639.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29, 611– 621.

Parr, J., & Le-Couteur, A. S. (2021). Broader autism phenotype. In *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 756-759). Cham: Springer International Publishing.

Perner, J., Frith, U., Leslie, A. M., & Leekam, S. R. (1989). Exploration of the autistic child's theory of mind: Knowledge, belief, and communication. *Child development*, 689-700.

Perrotta, G. (2019). Executive functions: definition, contexts and neuropsychological profiles. *J Neurosci Neurol Surg*, 4, 1-4.

Perry, D. W., Marston, G. M., Hinder, S. A. J., Munden, A. C., & Roy, A. (2001). The phenomenology of depressive illness in people with a learning disability and autism. *Autism*, 5(3), 265-275.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171.

Peterson, C. C., Slaughter, V. P., and Paynter, J. (2007). Social maturity and theory of mind in typically developing children and those on the autism spectrum. *J. Child Psychol. Psychiatry* 48, 1243–1250.

Petrina, N., Carter, M., & Stephenson, J. (2015). Parental perception of the importance of friendship and other outcome priorities in children with autism spectrum disorder. *European journal of special needs education*, 30(1), 61-74.

Piers, E. V. (1984). *Piers-Harris children's self-concept scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Piven, J., Palmer, P., Jacobi, D., Childress, D., & Arndt, S. (1997). Broader autism phenotype: evidence from a family history study of multiple-incidence autism families. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 185-190.

Plaisted, K. C. (2001). Reduced generalization in autism: An alternative to weak central coherence.

Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadow, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning, and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(4), 549-556.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.

Prinstein, M. J., Boergers, J., & Vernberg, E. M. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 479-491.

Prior, M. R., Dahlstrom, B., and Squires, T. L. (1990). Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in other people. *J. Child Psychol. Psychiatry* 31, 587–601.

Pugliese, C. E., & White, S. W. (2014). Brief report: Problem solving therapy in college students with autism spectrum disorders: Feasibility and preliminary efficacy. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 719-729.

Radley, K. C., McHugh, M. B., Taber, T., Battaglia, A. A., & Ford, W. B. (2017). School-based social skills training for children with autism spectrum disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 32(4), 256-268.

Ramaswami, G., & Geschwind, D. H. (2018). Genetics of autism spectrum disorder. *Handbook of clinical neurology*, 147, 321-329.

Rankin, J. A., Weber, R. J., Kang, E., & Lerner, M. D. (2015). Parent- and self-reported social skills importance in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1–14.

Ravindran, N. (2008). Perspectives of parents from India on autism spectrum disorders (Master's thesis). Virginia Commonwealth University, Richmond VA.

Ravindran, N., & Myers, B. J. (2012). Cultural influences on perceptions of health, illness, and disability: A review and focus on autism. *Journal of child and family studies*, 21, 311-319.

Reaven, J., & Wainer, A. L. (2015). Children and adolescents with ASD and co-occurring psychiatric conditions: Current trends in intervention. *International review of research in developmental disabilities*, 49, 45-90.

Reed, T., & Peterson, C. (1990). A comparative study of autistic subjects' performance at two levels of visual and cognitive perspective taking. *Journal of autism and developmental disorders*, 20(4), 555-567.

Reyes, N. M., Factor, R., & Scarpa, A. (2020). Emotion regulation, emotionality, and expression of emotions: A link between social skills, behavior, and emotion problems in children with ASD and their peers. *Research in Developmental Disabilities*, 106, 103770.

Richdale, A.L., Baker, E., Short, M., & Gradisar, M. (2014). The role of insomnia, pre-sleep arousal and psychopathology symptoms in daytime impairment in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder. *Sleep Medicine*, 15, 1082–1088.

Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M.M., Mootz, S., van Leeuwen, E., & Stockmann, L. (2011). Emotion regulation and internalizing symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 15, 655–670.

Rincover, A., & Koegel, R. L. (1975). Setting generality and stimulus control in autistic children. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 8, 235–246.

Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Moss, S. A., Brereton, A. V., & Tonge, B. J. (2001). A deficit in shifting attention present in high-functioning autism but not Asperger's disorder. *Autism*, 5(1), 67-80.

Robins DL, Fein D, & Barton M (2009). The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F).

Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, 133(1), 37–45.

Rogers-Adkinson, D., Ochoa, T., & Delgado, B. (2003). Developing cross-cultural competence: Serving families of children with significant developmental needs. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 18(1), 4–8.

Rogler, L. H. (1993). Culturally sensitizing psychiatric diagnosis. A framework for research. The Journal of Nervous and Mental Disease, 181(7), 401–408.

Ronemus, M., Iossifov, I., Levy, D., & Wigler, M. (2014). The role of de novo mutations in the genetics of autism spectrum disorders. *Nature Reviews Genetics*, 15(2), 133-141.

Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological bulletin*, 132(1), 98.

Rosello, B., Berenguer, C., Baixauli, I., García, R., & Miranda, A. (2020). Theory of mind profiles in children with autism spectrum disorder: Adaptive/social skills and pragmatic competence. *Frontiers in psychology*, 11, 567401.

Rosti, R. O., Sadek, A. A., Vaux, K. K., & Gleeson, J. G. (2014). The genetic landscape of autism spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(1), 12-18.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), Social, Emotional, and Personality Development: Vol. 3. Handbook of Child Psychology (pp. 105-176). New-York: Wiley.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (Social, emotional, and personality development 6th ed., Vol. 3, pp. 99–166). Hoboken, NJ: Wiley.

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 46(6), 1313.

Rutter, M. (2003). Social communication questionnaire. (*No Title*).

Ryan, C., Coughlan, M., Maher, J., Vicario, P., & Garvey, A. (2021). Perceptions of friendship among girls with Autism Spectrum Disorders. *European journal of special needs education*, 36(3), 393-407.

Saarni, C. (1999). The development of emotional competence. Guilford press.

Saarni, C. (2000). Emotional competence: a developmental perspective. Teoksessa R. Baron & J. Parker (toim.) The handbook of emotional intelligence. Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace.

Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(1), 9–18.

Samson, A. C., Phillips, J. M., Parker, K. J., Shah, S., Gross, J. J., & Hardan, A. Y. (2014). Emotion dysregulation and the core features of autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1766–1772.

Sandin, S., Hultman, C. M., Kolevzon, A., Gross, R., MacCabe, J. H., & Reichenberg, A. (2012). Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 477-486.

Santosh, P. J., Mandy, W. P., Puura, K., Kaartinen, M., Warrington, R., & Skuse, D. H. (2009). The construction and validation of a short form of the developmental, diagnostic and dimensional interview. *European child & adolescent psychiatry*, 18, 521-524.

Sarlak, D. (2024). Friendships and Mental Health in Autistic and Non- Autistic Adolescents (Doctoral dissertation).

Sato, A., Kotajima-Murakami, H., Tanaka, M., Katoh, Y., & Ikeda, K. (2022). Influence of prenatal drug exposure, maternal inflammation, and parental aging on the development of autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 821455.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 10(1), 91–103.

Schopler, E., Bourgonien, M., Wellman, G., & Love, S. (2010) The Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS-2). Western Psychological Services.

Schriber, R. A., Robins, R. W., & Solomon, M. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of personality and social psychology*, 106(1), 112.

Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., & Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 1520-1534.

Sedgewick F., Hill V., Yates R., Pickering L., Pellicano E. (2016). Gender differences in the social motivation and friendship experiences of autistic and non-autistic adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1297–1306.

Sedgewick, F., Hill, V., & Pellicano, E. (2019a). ‘It’s different for girls’: Gender differences in the friendships and conflict of autistic and neurotypical adolescents. *Autism*, 23(5), 1119-1132.

Sedgewick, F., Leppanen, J., & Tchanturia, K. (2019b). The Friendship Questionnaire, autism, and gender differences: a study revisited. *Molecular Autism*, 10, 1-12.

Sell, N. K., Giarelli, E., Blum, N., Hanlon, A. L., & Levy, S. E. (2012). A comparison of autism spectrum disorder DSM-IV criteria and associated features among African American and white children in Philadelphia County. *Disability and Health Journal*, 5(1), 9-17.

Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 10(4), 234-247.

Shaked, M., & Bilu, Y. (2006). Grappling with affliction: Autism in the Jewish ultraorthodox community in Israel. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(1), 1–27.

Sharma, S. R., Gonda, X., & Tarazi, F. I. (2018). Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*, 190, 91-104.

Shelton, J. F., Tancredi, D. J., & Hertz-Picciotto, I. (2010). Independent and dependent contributions of advanced maternal and paternal ages to autism risk. *Autism Research*, 3(1), 30-39.

Shih, W., Dean, M., Kretzmann, M., Locke, J., Senturk, D., Mandell, D. S., ... & Kasari, C. (2019). Remaking recess intervention for improving peer interactions at school for children with autism spectrum disorder: Multisite randomized trial. *School Psychology Review*, 48(2), 133-144.

Shiri, V., Hoseyni, S. A., Pishyareh, E., Nejati, V., Emami, M., & Shiri, E. (2018). Is there any correlation between executive dysfunction and behavioral symptoms in autistic children? A systematic review. *Archives of Neuroscience*, 5(2).

Siegel, R. S., La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(8), 1096–1109.

Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, 6(4), 397–409.

Skuse, D., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W., & Place, M. (2004). The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): A novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43(5), 548–558.

Smeeth, L., Cook, C., Fombonne, E., Heavey, L., Rodrigues, L. C., Smith, P. G., & Hall, A. J. (2004). MMR vaccination and pervasive developmental disorders: A case-control study. *Lancet* (London, England), 364(9438), 963–969.

Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R. F., & Liefhoghe, A. P. (2002). Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences, in a Fourteen–Country international comparison. *Child development*, 73(4), 1119–1133.

Smith, L., Malcolm-Smith, S., & Vries, P. J. d. (2017). Translation and cultural appropriateness of the autism diagnostic observation schedule-2 in Afrikaans. *Autism*, 21(5), 552–563.

Smoyak, S. A. (1984). Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 22(6), 40–41.

Solish A, Perry A, Minnes P (2010) Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 23: 226–236.

Solomon M, Buaminger N, Rogers S (2011) Abstract reasoning and friendship in high functioning preadolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41: 32–43.

Solomon, M., Ozonoff, S. J., Cummings, N., & Carter, C. S. (2008). Cognitive control in autism spectrum disorders. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 26(2), 239–247.

Song, J., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Cheon, K. A., Hong, H. J., Kim, Y. K., ... Kim, Y. S. (2017). Cross-cultural aspect of behavior assessment system for children-2, parent rating scale-child: Standardization in Korean children. *Yonsei Medical Journal*, 58(2), 439–448.

Sosnowy, C., Silverman, C., & Shattuck, P. (2018). Parents' and young adults' perspectives on transition outcomes for young adults with autism. *Autism*, 22(1), 29-39.

Sparrow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales (American Guidance Service, Circle Pines, MN).

Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., & Greenson, J. (2008). Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1011-1018.

Street, R. L., O'Malley, K. J., Cooper, L. A., & Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family Medicine*, 6(3), 198–205.

Styles, M., Alsharshani, D., Samara, M., Alsharshani, M., Khattab, A., Qoronfleh, M. W., & Al-Dewik, N. I. (2020). Risk factors, diagnosis, prognosis and treatment of autism. *Frontiers in Bioscience*, 25(9), 1682-1717.

Sullivan, H. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. New York, NY: W. W. Norton & Co.

Sun, X., Allison, C., Auyeung, B., Matthews, F. E., Baron Cohen, S., & Brayne, C. (2013). Service provision for autism in mainland China: Preliminary mapping of service pathways. *Social Science & Medicine*, 98, 87–94.

Sundberg, M. (2018). Online gaming, loneliness and friendships among adolescents and adults with ASD. *Computers in Human Behavior*, 79, 105-110.

Sunita, & Bilszta, J. L. (2013). Early identification of autism: a comparison of the Checklist for Autism in Toddlers and the Modified Checklist for Autism in Toddlers. *Journal of paediatrics and child health*, 49(6), 438-444.

Symes, W., & Humphrey, N. (2012). Including pupils with autistic spectrum disorders in the classroom: The role of teaching assistants. *European Journal of Special Needs Education*, 27(4), 517-532.

Tait, K., Fung, F., Hu, A., Sweller, N., & Wang, W. (2016). Understanding Hong Kong Chinese families' experiences of an autism/ASD diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1164–1183.

Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.

Tantam, D. (2003). The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12(1), 143-163.

Tassini, S. C. V., Melo, M. C., Bueno, O. F. A., & de Mello, C. B. (2022). Weak central coherence in adults with ASD: evidence from eye-tracking and thematic content analysis of social scenes. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-12.

Tekola, B., Baheretibeb, Y., Roth, I., Tilahun, D., Fekadu, A., Hanlon, C., & Hoekstra, R. (2016). Challenges and opportunities to improve autism services in low-income countries: lessons from a situational analysis in Ethiopia. *Global mental health*, 3, e21.

Teunisse, J. P., Cools, A. R., van Spaendonck, K. P., Aerts, F. H., & Berger, H. J. (2001). Cognitive styles in high-functioning adolescents with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 55-66.

Thomaidis, L., Mavroeidi, N., Richardson, C., Choleva, A., Damianos, G., Bolias, K., & 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), 2163.

Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. In N. Fox (Ed.), *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 59 (pp. 25-52). University of Chicago Press.

Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3(1), 53–61.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.

Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73-83.

Tilahun, D., Hanlon, C., Fekadu, A., Tekola, B., Baheretibeb, Y., & Hoekstra, R. A. (2016). Stigma, explanatory models and unmet needs of caregivers of children with developmental disorders in a low-income African country: A crosssectional facility-based survey. *BMC Health Services Research*, 16, 152.

Ting, V., & Weiss, J. A. (2017). Emotion regulation and parent coregulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 680–689.

Torske, T., Nærlund, T., Øie, M. G., Stenberg, N., & Andreassen, O. A. (2018). Metacognitive aspects of executive function are highly associated with social functioning on parent-rated measures in children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 258.

Totsika, V., Hastings, R.P., Emerson, E., Lancaster, G.A., & Berridge, D.M. (2011). A population based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: Associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 91–99.

Treffert, D. A. (1970). Epidemiology of infantile autism. *Archives of general psychiatry*, 22(5), 431-438.

Tupak, S. V., Dresler, T., Guhn, A., Ehli, A. C., Fallgatter, A. J., Pauli, P., & Herrmann, M. J. (2014). Implicit emotion regulation in the presence of threat: neural and autonomic correlates. *Neuroimage*, 85, 372-379.

UNESCO Institute for Statistics. (2017). Literacy rates continue to rise from one generation to the next. Factsheet no. 45. Montreal, Canada: UNESCO Institute for Statistics.

Van Tilburg, M. A., Unterberg, M. L., & Vingerhoets, A. J. (2002). Crying during adolescence: The role of gender, menarche, and empathy. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(1), 77-87.

Vaughn, B. E., Kopp, C. B., & Krakow, J. B. (1984). The emergence and consolidation of self-control from eighteen to thirty months of age: Normative trends and individual differences. *Child Development*, 990–1004.

Vllasaliu, L., Jensen, K., Hoss, S., Landenberger, M., Menze, M., Schütz, M., Ufniaz, K., Kieser, M., & Freitag, C. M. (2016). Diagnostic instruments for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: a meta-analysis. *Medicine*, 96(18), e6696.

Wazana, A., Bresnahan, M., & Kline, J. (2007). The autism epidemic: fact or artifact?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 721-730.

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115–130.

Weiss, J. A. (2014). Transdiagnostic case conceptualization of emotional problems in youth with ASD: An emotion regulation approach. *Clinical Psychology Science and Practice*, 21, 331–350.

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework.

Werner, S., & Shulman, C. (2015). Does type of disability make a difference in affiliate stigma among family caregivers of individuals with autism, intellectual disability or physical disability? *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(3), 272–283.

Westra, E., and Carruthers, P. (2017). Pragmatic development explains the theory-of-mind scale. *Cognition* 158, 165–176.

White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A., & Ollendick, T. H. (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: Understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 22–36.

White, S.W., & Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1006–1013.

White, S. W., & Schry, A. R. (2011). Social anxiety in adolescents on the autism spectrum.

Wing, L. (1981). Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatry research*, 5(2), 129-137.

Wing, L., Leekam, S. R., Libby, S. J., Gould, J., & Larcombe, M. (2002). The diagnostic interview for social and communication disorders: Background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43(3), 307-325.

Witt, E. A., Massman, A. J., & Jackson, L. A. (2011). Trends in youth's videogame playing, overall computer use, and communication technology use: The impact of self-esteem and the Big Five personality factors. *Computers in Human Behavior*, 27(2), 763-769.

World Bank. (2015). World development indicators. Washington, DC: Author.

World Health Organization [WHO]. (2005). Technical briefs for policy-makers: Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Number 2.

WHO. (1948, 2010). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June–22 July 1946; Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100.

World Health Organization [WHO]. (2013). Meeting report: Autism spectrum disorders and other developmental disorders. From raising awareness to building capacity. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization [WHO]. (2018). ICD-11 international classification of diseases for mortality and morbidity statistics, Eleventh Revision. Author. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wu, S., Wu, F., Ding, Y., Hou, J., Bi, J., & Zhang, Z. (2017). Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 29-41.

Xie, S., Karlsson, H., Dalman, C., Widman, L., Rai, D., Gardner, R. M., ... & Lee, B. K. (2020). The familial risk of autism spectrum disorder with and without intellectual disability. *Autism Research*, 13(12), 2242-2250.

Yeh, M., Hough, R. L., McCabe, K., Lau, A., & Garland, A. (2004). Parental beliefs about the causes of child problems: Exploring racial/ethnic patterns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 605–612.

Young, R. L., & Rodi, M. L. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 44, 758-765.

Yuki, M., Maddux, W. W., & Masuda, T. (2007). Are the windows to the soul the same in the East and West? Cultural differences in using the eyes and mouth as cues to recognize emotions in Japan and the United States. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(2), 303–311.

Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C. M., & Law, P. (2014). Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(4), 419-427.

Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., & Blumberg, S. J. (2015). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey.

Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135–158). New York, NY: Guilford Press

Zhang, J., Wheeler, J., & Richey, D. (2006). Cultural validity in assessment instruments for children with autism from a Chinese cultural perspective. *International Journal of Special Education*, 21, 109–114.

Zhou, P., Zhan, L., and Ma, H. (2019). Understanding others' minds: social inference in preschool children with autism spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 49, 4523–4534.

Zuckerman, K. E., Lindly, O. J., & Sinche, B. (2016). Parent beliefs about the causes of learning and developmental problems among children with autism spectrum disorder: Results from a national survey. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(5), 432–447.

Zwaigenbaum, L., Brian, J. A., & Ip, A. (2019). Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 424-432.

Zweers, I., Scholte, R., & Didden, R. (2017). Bullying among youth with autism spectrum disorders. *Handbook of social skills and autism spectrum disorder: Assessment, curricula, and intervention*, 45-61.

Πηγές από το Διαδίκτυο

ASHA: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/autism/> (ανακτήθηκε 03/07/2024).

Autism Speaks: <https://www.autismspeaks.org/autism-diagnostic-criteria-dsm-5> (ανακτήθηκε 16/07/2024).

Lenhart, A. (2015). *Teens, Technology and Friendships*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/internet/2015/08/06/teens-technology-and-friendships/> (ανακτήθηκε 22/09/2024).

Πρακτικά Συνεδρίου

Νότας, Σ. & Νικολαΐδου, Μ. (Επιμ.). (2006). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ολιστική Διεπιστημονική Προσέγγιση: Σεπτέμβριος 29-30, 2006, Αθήνα, Ελλάδα*. Εκδόσεις Βήτα. <file:///C:/Users/30694/Desktop/%CE%A0%CE%A4%CE%A5%CE%A7%CE%99%CE%91%CE%9A%CE%97/autism.pdf>

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γερμανά, Ειρ. & Παντελοπούλου, Ειρ. (2021). *Κατακτώντας τις πραγματολογικές δεξιότητες: Η κοινωνική χρήση του λόγου Πρακτικός οδηγός για γονείς και ειδικούς*. Κωνσταντάρας.