



Πανεπιστήμιο Μακεδονίας  
Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

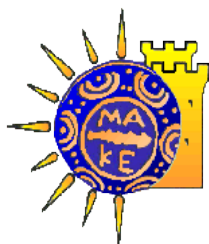
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Δια Βίου Μάθηση και Ειδική Αγωγή»  
Κατεύθυνση «Ειδική Αγωγή»

Διπλωματική εργασία

# Απόψεις εκπαιδευτικών για το άγχος σε παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Δημητρακίδου Βασιλική  
LLS18003

*Θεσσαλονίκη, 2019-2020*



Πανεπιστήμιο Μακεδονίας  
Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Δια Βίου Μάθηση και Ειδική Αγωγή»  
Κατεύθυνση «Ειδική Αγωγή»

**Απόψεις εκπαιδευτικών για το άγχος σε παιδιά με  
Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος  
“Teachers’ views on Anxiety in Students with Autism  
Spectrum Disorder.”**

Δημητρακίδου Βασιλική  
LLS18003

Συριοπούλου -Δελλή Χριστίνα  
Καρτασιδου Λευκοθέα  
Σίμος Γρηγόρης

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο της παρούσας εργασίας είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

## Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή .....	5
Αυτισμός.....	7
Ορισμός και χαρακτηριστικά διαταραχής .....	7
<i>Γλωσσική ανάπτυξη</i> .....	8
<i>Νοητική ανάπτυξη</i> .....	9
<i>Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη</i> .....	10
Άγχος: Γενικά χαρακτηριστικά .....	11
Τύποι Διαταραχών Άγχους.....	13
<i>Κλίμακες καταμέτρησης άγχους</i> .....	16
Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους.....	18
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους .....	21
Άγχος στην Τυπική Ανάπτυξη.....	22
Διαταραχές άγχους στο τυπικό πληθυσμό.....	22
Άγχος και Αυτισμός .....	23
Διαταραχές άγχους στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	23
<i>Ποσοστά διαταραχών άγχους στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος</i> .....	32
<i>Νευρολογικά μοντέλα</i> .....	34
<i>Μεταβλητές που επηρεάζουν</i> .....	38
1. <i>Ηλικία</i> .....	39
2. <i>Δείκτης Νοημοσύνης</i> .....	41
3. <i>Τύπος Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος</i> .....	42
4. <i>Φύλο</i> .....	43
5. <i>Μέθοδοι αξιολόγησης</i> .....	43
Προσεγγίσεις.....	45
<i>Γνωστική-συμπεριφορική Θεραπεία</i> .....	45
<i>Φαρμακευτική αγωγή</i> .....	48
<i>Άλλες Προσεγγίσεις</i> .....	50
<i>Τα videogames ως μία νέα επιλογή. Το videogame Mindlight</i> .....	57
Σκοπός έρευνας.....	62
Μεθοδολογία έρευνας.....	64
Αποτελέσματα .....	70

Δεδομένα απαντήσεων εκπαιδευτικών στο ερωτηματολόγιο SAS- TR .....	74
Παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος στα παιδιά με Αυτισμό .....	80
Συζήτηση-Συμπεράσματα .....	90
Περιορισμοί έρευνας.....	95
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	96
Παράρτημα .....	97
Βιβλιογραφία.....	100

## Εισαγωγή

Το άγχος έχει εισχωρήσει σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα, όπως αυτή του αυτισμού. Τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα της αυτιστικής διαταραχής, εκτός από τα επικοινωνιακά, γλωσσικά και άλλα ελλείμματα, έχουν να αντιμετωπίσουν και έναν άλλο παράγοντα, το άγχος, ως συνοσηρή κατάσταση ή διαταραχή και μάλιστα όχι ως ένα απλό φυσιολογικό σύμπτωμα εφήμερης διάρκειας.

Η δυσκολία αποκωδικοποίησης του περιβάλλοντος και των μηνυμάτων που λαμβάνουν, η αδυναμία επικοινωνίας αναγκών και επιθυμιών, αλλά και η αντίληψη της «διαφορετικότητας» πολλές φορές από τα ίδια τα άτομα, ως αποτέλεσμα οδηγεί στο να ταλανίζονται από άγχος, ένταση και ανησυχία που συχνά, υπεργενικεύονται σε μορφή κλινικού άγχους και αγχώδεις διαταραχές. Ως απόρροια, αναπόφευκτη είναι η ανάπτυξη διαταραχών άγχους, καθ' όλη τη διάρκεια της καθημερινότητάς τους, με έκταση από τη σχολική έως την ενήλικη ζωή, σε σύγκριση με άτομα τυπικής ανάπτυξης. Ειδικότερα τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να παρουσιάζουν παρόμοια επίπεδα άγχους με κλινικές περιπτώσεις.

Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να διαγιγνώσκεται μια πιθανή αγχώδη διαταραχή, όσο το δυνατόν νωρίτερα με πολυποίκιλες μεθόδους και αξιολογήσεις, διότι η δυσκολία διαχωρισμού συμπτωματολογίας αυτισμού και διαταραχών άγχους είναι μεγάλη, διότι υπάρχει αλληλοεπικάλυψη. Σκοπός θα πρέπει να είναι ένα σαφές, δομημένο περιβάλλον και η δυνατότητα της επιτυχημένης αμφίδρομης επικοινωνίας.

Στην παρούσα έρευνα αρχικά θα αναλυθούν οι βασικές έννοιες του αυτισμού, του άγχους και των διαταραχών του, παράγοντες που το προκαλούν και πιθανές ερμηνείες, ενώ καταγράφονται εκπαιδευτικές και εναλλακτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή του. Έπειτα, διερευνώνται οι απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής και γενικής αγωγής για την ύπαρξη ή όχι σχολικού άγχους τόσο στα παιδιά με ΔΑΦ όσο και στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και συγκρίνονται για το ποια πληθυσμιακή ομάδα έχει περισσότερο άγχος. Τέλος γίνονται και ερμηνεύονται οι συγκρίσεις με μεταβλητές που επηρεάζουν ή όχι την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους.

**Λέξεις-κλειδιά:** Εκπαιδευτικοί, απόψεις, άγχος, διαταραχή αυτιστικού φάσματος, τοπική ανάπτυξη.

## Αυτισμός

### Ορισμός και χαρακτηριστικά διαταραχής

Η ετυμολογική προέλευση του όρου «αυτισμός» προήλθε από την ελληνική λέξη «εαυτός» σύμφωνα με τους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2006) και υποδηλώνει την αποξένωση του ατόμου και την αποκλειστική εσωστρέφεια σε αυτόν. Βέβαια, η διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) ορίστηκε για πρώτη φορά από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugene Bleuler, το 1912 στην προσπάθειά του να καταγράψει συστηματικώς τη συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας και διάφορων κατηγοριών της (Συριοπούλου, 2016) και για να περιγράψει ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και «έχασαν την επαφή με την πραγματικότητα» (Bleuler, 1991, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με τη Συριοπούλου, ο Bleuler, σημείωσε την εξής συμπτωματολογία που διαφαίνεται να περιγράφει το αυτιστικό φάσμα και συγκεκριμένα «την απώλεια επικοινωνίας, την αποξένωση και την αδιαφορία προς το εξωτερικό περιβάλλον, τη διαταραχή στην ένταση και έκταση της προσοχής, την έλλειψη πρωτοβουλίας, τη διαταραχή στην αίσθηση του χρόνου κλπ.» (Συριοπούλου, 2016).

Όπως είναι ευρέως γνωστό όμως, τελικά ο ψυχίατρος Leonard Kanner, ήταν εκείνος που όρισε τελικά τον αυτισμό (Συριοπούλου, 2016), μελετώντας 11 παιδιά που ανήκαν στην κατηγορία ψυχωσικών παιδιών, αλλά διέφεραν από τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης κατηγορίας και εκδήλωναν κοινά αυτιστικά χαρακτηριστικά, τα οποία συνέτασσαν ένα «μοναδικό σύνδρομο» αυτό του αυτισμού (Kanner, 1943). Συγκεκριμένα τα παιδιά, όπως καταγράφει ο Kanner στα συμπεράσματά του (Kanner, 1943), εμφάνιζαν ανικανότητα συσχέτισης με τον εαυτό τους, υπερβολική (ε)αυτιστική συμπεριφορά, αδυναμία αλλαγής στάσης σώματος (ακαμψία), ικανότητα ομιλίας (όχι όλες οι περιπτώσεις), εξαιρετη μνήμη ρουτινών, καθυστερούμενη ηχολαλία, κυριολεκτικότητα στην ομιλία τους, μη χρήση προσωπικών αντωνυμιών ή χρήση τους όπως τις άκουσαν επακριβώς χωρίς καμία προσαρμογή ή επεξεργασία, ήχοι ή κινούμενα αντικείμενα που λειτουργούν ως ερεθίσματα άγχους και φόβου, με αποτέλεσμα την αντίδραση με τρόμο,

παραγωγή ήχων και κινήσεων που χαρακτηρίζονται από μονοτονία, περιορισμένο εύρος αυθόρμητων δραστηριοτήτων (επαναλαμβανόμενες πράξεις και δραστηριότητες), συσχέτιση με αντικείμενα, συσχέτιση με άτομα (διαφορετική για κάθε παιδί ξεχωριστά), ευερεθιστότητα με στόχο την ικανοποίηση, ύπαρξη γνωστικών ικανοτήτων, ενώ διαφαίνεται η εντύπωση μιας σοβαρότητας ή νοοτροπίας «serious mindedness» και τέλος, η εκδήλωση άγχους και έντασης που βιώνουν.

Τα χαρακτηριστικά του φάσματος είναι γνωστά και αφορούν κυρίως την κοινωνική αλληλεπίδραση και τις δεξιότητες επικοινωνίας όπως αναφέρουν οι Κάκουρος, Μανιαδάκη (2006). Γενικότερα, όμως, επηρεάζονται και πολλοί τομείς που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση και την ανάπτυξη του ατόμου (γλωσσικός, νοητικός, συναισθηματικός). Το άτομο απομονώνεται έχοντας χτίσει ένα κόσμο δικό του που συνήθως, δεν περιλαμβάνει άλλα άτομα, αφού οποιοδήποτε άλλο άτομο είναι αδιάφορο για αυτά, ενώ εστιάζουν μόνο σε αντικείμενα εμμονής από τα οποία αντλούν ευχαρίστηση (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

### Γλωσσική ανάπτυξη

Ο λόγος των παιδιών με αυτισμό είναι ιδιαίτερος και τις περισσότερες φορές μη λειτουργικός και παρουσιάζεται σημαντική καθυστέρηση στην εμφάνιση του λόγου, ενώ το 50% των παιδιών δεν αναπτύσσει καθόλου (Rutter, 1978, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Είναι σημαντικό να σημειωθεί, πως ακόμα και όταν υπάρχει λόγος αυτό δε σημαίνει πως η χρήση του είναι λειτουργική, κριτήριο που είναι περισσότερο ουσιώδες από την περιορισμένη χρήση του λόγου. Μία τέτοια συγκυρία δεν είναι καθόλου τυχαία, διότι τα άτομα αυτά αποφεύγουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση και σπάνια αποτελεί σκοπιμότητα η χρήση του λόγου για επικοινωνία (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Παράλληλα, θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν μπορούν να κατανοήσουν τις προθέσεις του συνομιλητή τους σε μία συζήτηση (Eales, 1993, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006), ενώ η μη λειτουργικότητα του λόγου τους φαίνεται καθαρά στην εμμονή για πολύωρες συζητήσεις για συγκεκριμένα θέματα χωρίς να λαμβάνουν



υπ' όψιν τους συνομιλητές τους (Tager- Flusberg, 1989, οπ. αναφ. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Οι ιδιομορφίες του λόγου που υφίστανται είναι η καθυστερημένη ηχολαλία (Kanner, 1943) (η επανάληψη λέξεων ή φράσεων χωρίς καμία λειτουργικότητα), η αντίστροφη χρήση αντωνυμιών, η προσωδία (ασυνήθιστη ένταση και ρυθμός) και η τονικότητα (ρομποτική ομιλία) (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Επιπλέον, δεν είναι δυνατή η κατανόηση αφηρημένων εννοιών αλλά και η χρήση τους έστω και κυριολεκτικά σε διαφορετικά πλαίσια (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Γενικότερα, οι Tager και Flusberg, σύμφωνα με όσα παραθέτουν οι Κάκουρος και Μανιαδάκη, υποστηρίζουν ότι «το κοινό στοιχείο όλων των ελλειμμάτων στην επικοινωνία που παρουσιάζουν τα αυτιστικά παιδιά είναι μια γενική αδυναμία να κατανοήσουν ότι ο λόγος είναι ένα μέσο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να πληροφορήσει και να επηρεάσει τους ανθρώπους» (Tager- Flusberg, 1989, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

### Νοητική ανάπτυξη

Η πιο διαδεδομένη προσέγγιση για την ερμηνεία των ελλειμμάτων είναι αυτή της «θεωρίας του Νου» (Wellman, 1993, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Σύμφωνα με τον Wellman, η θεωρία του Νου δηλώνει ότι «δεν είναι ικανά να αντιληφθούν ότι άλλοι άνθρωποι έχουν επιθυμίες, ιδέες και προθέσεις οι οποίες είναι διαφορετικές από τις δικές τους» (Wellman, 1993, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006), ενώ οι Baron-Cohen, τονίζουν πως η ενσυναίσθηση εκλείπει από το σύνολο αφού, αφενός δεν μπορούν να αντιληφθούν και να κατανοήσουν σκέψεις και συναισθήματα τρίτων παρότι αφετέρου υπάρχουν ενδείξεις (Baron- Cohen, Campbell, Karmiloff, Smith, Grant, & Walker, 1995 οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Εάν φανταστεί κανείς τον εαυτό του σε μία κατάσταση όπου δεν μπορεί να ερμηνεύσει ούτε τις προθέσεις, τις κινήσεις, τη συμπεριφορά και τις σκέψεις των τρίτων ή να αποκωδικοποιήσει την κατάσταση όπου βρίσκεται τη

δεδομένη στιγμή, η αίσθηση είναι αν όχι τρομακτική το λιγότερο αγχωτική και χαώδης.

Επιπροσθέτως, εφόσον οι λειτουργίες του εκτελεστικού ελέγχου έχει υποστηριχθεί ότι δεν λειτουργούν σωστά, ώστε να εκτελούνται οι γνωστικές ενέργειες τα παιδιά με διαταραχή αυτισμού, έχουν μειωμένες επιδόσεις σε τέτοιο είδος δραστηριοτήτων, που αφορούν «την επίλυση ενός προβλήματος, ενός στόχου, όπως ο προγραμματισμός, η μνήμη εργασίας, η αναστολή των ακατάλληλων αντιδράσεων, η αυτοκαθοδήγηση κ.λπ.» (Ozonoff & McEvoy, 1994; Bryson, Landry, & Wainwright, 1997, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

### **Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη**

Τα ελλείμματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με διαταραχή αυτισμού είναι σοβαρά και αφορούν τις κοινωνικές δεξιότητες ήδη από τη βρεφική ηλικία. Αρχικά, αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στη δημιουργία συναισθηματικών σχέσεων με άλλα άτομα είτε είναι άγνωστα είτε ανήκουν στο κοινωνικό περίγυρο, ενώ έχει παρατηρηθεί σύμφωνα με τους Phillips και συν. (Phillips, Gómez, Baron-Cohen, Laá, & Rivière, 1995, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006) ότι «έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους ως αντικείμενα και όχι πρόσωπα για επικοινωνία», αφού προσκολλώνται μόνο σε ένα χαρακτηριστικό του προσώπου για παράδειγμα τα μάτια και το παρατηρούν έντονα αντί να επικεντρωθούν στο πρόσωπο ως ολότητα (Boucher & Lewis, 1992, οπ. αναφ. Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Η συνδυαστική προσοχή, το κοινωνικό χαμόγελο και η κοινωνική μίμηση είναι άλλες τρεις δεξιότητες που χωλαίνουν στον αυτισμό. Συγκεκριμένα, το παιδί δεν χρησιμοποιεί βλέμμα ή χειρονομίες για να δείξει ή να τραβήξει την προσοχή του ενήλικα σε κάποιο ερέθισμα που το ενδιαφέρει, ενώ δεν συνδυάζεται με το κοινωνικό χαμόγελο όπως στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν κοινωνικό

χαμόγελο, όμως η χρήση του δεν σημαίνει ότι είναι λειτουργική με σκοπό την επικοινωνία. Τέλος, απουσιάζει και η κοινωνική μίμηση στις κινήσεις (μητέρα με βρέφος) και αργότερα στον τομέα της κοινωνικοποίησης (παιδί με φίλους), που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη συμβολικού παιχνιδιού (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

### **Άγχος: Γενικά χαρακτηριστικά**

Το άγχος αναφέρεται ως ένα είδος δυσάρεστης συγκίνησης εκ των πολλών που υπάρχουν, όπως είναι η θλίψη και ο θυμός (Σίμος, 2001). Η διαφορά όμως με τα τελευταία έγκειται στο ότι το άγχος διακρίνεται ξεκάθαρα από αυτά καθώς συσχετίζεται άμεσα και πάντα με έναν ή περισσότερους επικείμενους κινδύνους. Σύμφωνα με τον Tantom «το άγχος μπορεί να καταντά μια ψυχοφθόρα και εξουθενωτική κατάσταση, συχνά συσχετιζόμενη με υπερβολική ανησυχία, φόβο, απομόνωση, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονικές τάσεις και άλλους τύπους ψυχοπαθολογίας» (Tantom, 2000, οπ. αναφ., Bellini, 2006).

Για παράδειγμα ένας λογικός φόβος που θα προξενούσε άγχος και ένταση στον καθένα είναι μια ληστεία στο σπίτι, κατά τη διάρκεια του οποίου το άτομο σκέφτεται ότι κινδυνεύει η ζωή του, δηλαδή κάτι άμεσο και λογικό. Αντιθέτως, σε άλλες περιπτώσεις ο κίνδυνος δεν είναι τόσο εμφανής ή αποτελεί σαφή υπερβολή, όπως για παράδειγμα, άγχος που βιώνει ένα άτομο πως θα του συμβεί κάτι κακό και θα μείνει αβοήθητος ή θα επέλθει ο θάνατος εάν χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής μεταφοράς. (Σίμος, διαλέξεις μαθήματος εισαγωγή στη θεραπευτική του αγχώδους φοβικού παιδιού, 2017)

Το άγχος ορίζεται σύμφωνα με την American Psychiatric Association (A.P.A.) από τον Parekh (2017), ως εξής:

«Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες και μπορεί να είναι ωφέλιμο σε ορισμένες περιπτώσεις. Μπορεί να μας ειδοποιήσει για τους κινδύνους και να

μας βοηθήσει να προετοιμαστούμε και να επικεντρώσουμε την προσοχή μας. Οι διαταραχές άγχους διαφέρουν από τα συνήθη συναισθήματα νευρικότητας ή αγωνίας και συνεπάγονται υπερβολικό φόβο ή άγχος». Επίσης, «αναφέρεται στην πρόβλεψη μιας μελλοντικής ανησυχίας και σχετίζεται περισσότερο με σφίξιμο ή πόνο στους μύς του σώματος και της αποφυγής», δηλαδή μία κατάσταση ετοιμότητας και εγρήγορσης του σώματος για κάτι επικείμενο. (Parekh, χ. σελ. 2017).

Υπάρχει μια μεγάλη κατηγορία αρνητικών συναισθημάτων σύμφωνα με τον Σίμο, (2001) που προκαλούν ενόχληση, δυσφορία, ένταση και άλλες συναισθηματικές επιπτώσεις που περιλαμβάνουν το άγχος, το φόβο και τον πανικό. Στη συνέχεια, παρουσιάζει την ετυμολογική προέλευση της λέξης άγχος από το ρήμα «άγχω» που σημαίνει σφίγγω το λαιμό (Σίμος, 2001).

Γενικότερα, αφενός, είναι ένα αρκετά σύνηθες φαινόμενο της υποκειμενικής εμπειρίας του άγχους, ενώ αφετέρου τονίζεται η αντικειμενικότητα των σωματικών συμπτωμάτων, δηλαδή «της διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως δύσπνοια, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμο» ενώ «οι ψυχολογικές εκδηλώσεις του άγχους ... περιλαμβάνουν δυσφορικό συναίσθημα επικείμενου κινδύνου, υπερβολική επίγνωση αδυναμίας, αδυναμία αντίληψης του μη πραγματικού της απειλής, διαρκές συναίσθημα τάσης και εξαντλητική ετοιμότητα για τον αναμενόμενο κίνδυνο» (Σίμος, 2001). Είναι ευκόλως αντιληπτό το πόσο ψυχοφθόρα είναι η κατάσταση που βιώνουν τα άτομα που καταβάλλονται από άγχος σε κλινικό βαθμό.

Βέβαια, τα παραπάνω δεν ισχύουν για τις διαταραχές άγχους, που αποτελούν μια άλλη διάσταση του φόβου και του άγχους που βιώνει το άτομο, καθώς προσπαθεί να αποφεύγει καταστάσεις που πυροδοτούν αυτή την αίσθηση, με αποτέλεσμα να αποδιοργανώνεται η καθημερινή του ρουτίνα. Αποτελούν την πιο κοινή διαταραχή στον πληθυσμό (ποσοστό 30% σε μια χρονική στιγμή στη ζωή των ατόμων (Parekh, 2017), όμως είναι θεραπεύσιμη, αντιμετωπίσιμη αρκεί, όμως το άτομο να

αποφασίσει να προβεί σε θεραπεία, ενώ είναι δυνατόν να επαναφέρει το άτομο σε φυσιολογικούς ρυθμούς.

## Τύποι Διαταραχών Άγχους

Οι διαταραχές άγχους είναι έξι και ορίζονται παρακάτω σύμφωνα με την American Psychiatric Association (Parekh, 2017,):

### **1. Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (generalized anxiety disorder)**

«Η διαταραχή γενικευμένου άγχους συνεπάγεται επίμονη και υπερβολική ανησυχία που παρεμβαίνει στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτή η συνεχιζόμενη ανησυχία και ένταση μπορεί να συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως ανησυχία, αίσθημα υψηλής έντασης ή εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, μυϊκή ένταση ή προβλήματα ύπνου. Συχνά, οι ανησυχίες επικεντρώνονται σε καθημερινά πράγματα όπως είναι οι εργασιακές ευθύνες, η οικογενειακή υγεία ή τα δευτερεύοντα θέματα, όπως είναι οι δουλειές του σπιτιού, οι επισκευές αυτοκινήτων ή ραντεβού». (Parekh, χ. σελ. 2017)

### **2. Διαταραχή Πανικού (panic disorder)**

«Το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής πανικού είναι επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού, ένας συντριπτικός συνδυασμός σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας. Κατά τη διάρκεια μιας επίθεσης, πολλά από αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται σε συνδυασμό (αυξημένοι παλμοί ή ταχυπαλμία, εφίδρωση, τρόμος ή τρέμουλο, αίσθημα δύσπνοιας ή πνιγμού, πόνος στο στήθος, ζαλάδα ή λιποθυμία/αίσθηση ατονίας και αστάθειας, αίσθημα πνιγμού, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα, ρίγος ή εξάψεις, ναυτία ή κοιλιακοί πόνοι, αίσθημα αποσύνδεσης/ αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση, φόβος της απώλειας ελέγχου, φόβος θανάτου).» (Parekh, χ. σελ., 2017)

«Επειδή τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά, πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κρίση πανικού μπορεί να πιστεύουν ότι παθαίνουν καρδιακή προσβολή ή άλλη απειλητική για τη ζωή ασθένεια και μπορεί να οδηγηθεί στο νοσοκομείο. Οι

επιθέσεις πανικού μπορεί να αναμένονται, όπως μια απάντηση σε ένα φοβικό αντικείμενο ή απροσδόκητα, κάτι που προφανώς συμβαίνει χωρίς λόγο. Η μέση ηλικία για την έναρξη της διαταραχής πανικού είναι 22-23 ετών. Οι κρίσεις πανικού μπορεί να εμφανιστούν με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη ή η Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες». (Parekh, χ. σελ., 2017)

### **3. Φοβίες, Συγκεκριμένη φοβία (phobias, specific phobia)**

«Μια συγκεκριμένη φοβία είναι ένας υπερβολικός και επίμονος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, κατάσταση ή δραστηριότητα που γενικά δεν είναι επιβλαβής. Οι ασθενείς γνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός, αλλά δεν μπορούν να τον ξεπεράσουν. Αυτοί οι φόβοι προκαλούν μια τέτοια αγωνία, που μερικοί άνθρωποι φτάνουν σε ακραίες συνθήκες για να αποφύγουν αυτό που φοβούνται. Παραδείγματα τέτοιων φοβιών είναι ο φόβος της πτήσης ή ο φόβος των αραχνών». (Parekh, χ. σελ., 2017)

### **4. Αγοραφοβία (Agoraphobia)**

Η αγοραφοβία «είναι ο φόβος να βρίσκεται κανείς σε καταστάσεις, όπου η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή ντροπιαστική ή μπορεί να μην είναι διαθέσιμη η βοήθεια σε περίπτωση συμπτωμάτων πανικού. Ο φόβος δεν είναι ανάλογος με την πραγματική κατάσταση και διαρκεί γενικά έξι μήνες ή περισσότερο και προκαλεί προβλήματα στη λειτουργικότητα του ατόμου. Ένα άτομο με αγοραφοβία βιώνει αυτόν τον φόβο σε δύο ή περισσότερες από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής μεταφοράς
- Όντας σε ανοιχτούς χώρους
- Όντας σε κλειστούς χώρους
- Όντας στη γραμμή προτεραιότητας ή μέσα σε πλήθος
- Παρεβρισκόμενος μόνος έξω από το σπίτι του» (Parekh, χ. σελ., 2017)

Συγκεκριμένα, «το άτομο αποφεύγει ενεργά την κατάσταση, απαιτεί σύντροφο ή υποφέρει με έντονο φόβο ή άγχος. Η αγοραφοβία μπορεί να γίνει τόσο σοβαρή που

ένα άτομο μπορεί να αδυνατεί να φύγει από το σπίτι. Ένα άτομο μπορεί να διαγνωσθεί μόνο με αγοραφοβία, εάν ο φόβος εκδηλώνεται έντονα ή αν παρεμποδίζει σημαντικά τις καθημερινές συνήθειες δραστηριότητες». (Parekh, χ. σελ., 2017)

### **5. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (social anxiety disorder)**

«Ένα άτομο με διαταραχή κοινωνικού άγχους έχει σημαντικό άγχος και δυσφορία όταν νιώσει αμηχανία, πιστεύει ότι θα ταπεινωθεί, θα απορριφθεί ή θα αποφεύγει το βλέμμα σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή θα προσπαθήσουν να αποφύγουν την κατάσταση ή να την υπομείνουν με μεγάλο κόπο. Συνηθισμένα παραδείγματα είναι ο ακραίος φόβος δημόσιας ομιλίας, συνάντησης νέων ανθρώπων ή κατανάλωσης φαγητού ή ποτού σε δημόσιο χώρο. Ο φόβος ή το άγχος προκαλεί προβλήματα καθημερινής λειτουργίας και διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες». (Parekh, χ. σελ., 2017)

### **6. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (Separation anxiety disorder)**

«Ένα άτομο με διαταραχή άγχους αποχωρισμού είναι υπερβολικά φοβισμένο ή ανήσυχο για το αποχωρισμό από εκείνους με τους οποίους είναι συνδεδεμένος. Το αίσθημα δεν είναι λογικό και κατάλληλο για την ηλικία του ατόμου, επιμένει (τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες σε παιδιά και έξι μήνες σε ενήλικες) και προκαλεί προβλήματα στη λειτουργία. Ένα άτομο με διαταραχή ανησυχίας αποχωρισμού μπορεί να ανησυχεί διαρκώς για την απώλεια του πλησιέστερου σε αυτόν προσώπου, μπορεί να είναι απρόθυμο ή να αρνηθεί να βγει ή να κοιμηθεί μακριά από το σπίτι χωρίς αυτό το άτομο ή μπορεί να αντιμετωπίσει εφιάλτες για το αποχωρισμό. Τα φυσικά συμπτώματα της δυσφορίας συχνά αναπτύσσονται στην παιδική ηλικία, αλλά τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν και σε ενήλικες». (Parekh, χ. σελ., 2017)

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας, αποτελεί η διερεύνηση της εμφάνισης των διαταραχών κοινωνικού άγχους και γενικευμένου άγχους σε παιδιά με διαταραχή αυτισμού και τοπικής ανάπτυξης, τα οποία αναλύονται σε παρακάτω κεφάλαια.

## Κλίμακες καταμέτρησης άγχους

Υπάρχουν πάρα πολλές μορφές σταθμισμένων κλιμάκων για την καταμέτρηση άγχους σε παιδιά και νέους με αγχώδεις διαταραχές που έχουν χρησιμοποιήσει κατά καιρούς οι ερευνητές στις μελέτες τους. Διευκρινιστικά, υπάρχουν πολύ περισσότερες κλίμακες, αλλά αναφορικά, θα παρουσιαστούν κάποιες από αυτές εδώ (βλ. πίνακα 1).

**Πίνακας 1 Κλίμακες καταμέτρησης άγχους**

<b>i.SAS-A:</b>	<b>Κοινωνική Κλίμακα Άγχους για Εφήβους</b> (Social Anxiety Scale for Adolescents)
<b>ii. SAS -TR:</b>	<b>Κοινωνική Κλίμακα Άγχους-Αξιολόγηση από Εκπαιδευτικούς</b> (Social Anxiety Scale Teachers Review)
<b>iii. SWQ:</b>	<b>Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Ανησυχιών, έκδοση γονέα και παιδιού</b> (Social Worries Questionnaire, parent & pupil version)
<b>iv. LQ:</b>	<b>Ερωτηματολόγιο Μοναξιάς (απομόνωση παιδιού)</b> (Loneliness Questionnaire)
<b>v. SSRS:</b>	<b>Σύστημα Αξιολόγησης Κοινωνικών Δεξιοτήτων</b> (Social Skills Rating System)
<b>vi. MASC:</b>	<b>Πολυδιάστατη Κλίμακα Άγχους για παιδιά</b> (Multidimensional Anxiety Scale for Children)
<b>vii. SCI:</b>	<b>Καταγραφή Κοινωνικής Επάρκειας</b> (Social Competence Inventory)
<b>viii. SCQ:</b>	<b>Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής</b>



	<b>Επικοινωνίας</b> (Social Communication Questionnaire)
<b>ix. CATS:</b>	<b>Κλίμακα Αυτόματων Σκέψεων</b> <b>Παιδιών</b> (Children's Automatic Thoughts Scale)
<b>x. RCMAS:</b>	<b>Αναθεωρημένη Κλίμακα Εκδήλωσης</b> <b>Άγχους Παιδιών</b> (Revised Children's Manifest Anxiety Scale)
<b>xi. SDQ:</b>	<b>Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και</b> <b>Δυσκολιών, αναφορά γονέων και</b> <b>εκπαιδευτικών</b> (Strengths and Difficulties Questionnaire, parent and teacher report)
<b>xii. SASC-R:</b>	<b>Κλίμακα Άγχους για Παιδιά-</b> <b>Αναθεωρημένη Έκδοση</b> (Social Anxiety Scale for Children Revised)
<b>xiii. SPAI:</b>	<b>Καταγραφή Κοινωνικής Φοβίας και</b> <b>Άγχους</b> (Social Phobia and Anxiety Inventory)
<b>xiv. PBS:</b>	<b>Παιδιατρική κλίμακα συμπεριφοράς</b> (Pediatric Behavioral Scale)
<b>xv. CBCL:</b>	<b>Λίστα Συμπεριφοράς Παιδιού</b> (Child Behavior CheckList)
<b>xvi. ACI-PL:</b>	<b>Συνέντευξη Συνοσηρότητας Αυτισμού</b> <b>- 2 εκδόσεις (τώρα και</b> <b>μακροπρόθεσμα)</b> (Autism Comorbidity Interview-Present and Lifetime Version)

xvii. CAPA:	<b>Ψυχιατρική Αξιολόγηση Παιδιου και Εφήβου</b> (Child and Adolescent Psychiatric Assessment, parent version)
xviii. DISC:	<b>Διαγνωστική Συνέντευξη για Παιδιά, γονεϊκή έκδοση</b> (Diagnostic Interview Schedule for Children, parent version)
xix. CBCL (TRF):	<b>Λίστα Συμπεριφοράς Παιδιού, φόρμα αναφοράς για τους εκπαιδευτικούς</b> (Child Behavior Checklist, Teacher Report Form)
xx. BASC-2:	<b>Σύστημα Αξιολόγησης Συμπεριφοράς για Παιδιά- 2</b> (Behavioral Assessment System for Children- 2)

(Van Steensel, Bögels & Perrin, 2011)

## Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Ο επίσημος όρος της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους (social anxiety or social phobia disorder), διατυπώνεται ως εξής σύμφωνα πάντα με το DSM-V (2013), όπως αναφέρονται από το Social Anxiety Institute (Richards, χ.χ.) :

1. «Ένας επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων απόδοσης στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστους ανθρώπους ή σε πιθανό έλεγχο από άλλους. Ο ατομικός φόβος ότι θα ενεργήσει

με έναν τρόπο (ή θα δείξει συμπτώματα άγχους), θα είναι κάτι ενοχλητικό και ταπεινωτικό.

2. Η έκθεση στην ανησυχητική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντα άγχος, η οποία μπορεί να λάβει τη μορφή μιας επιθετικής κατάστασης ή κατάστασης προκαθορισμένης επίθεσης πανικού.
3. Το πρόσωπο αναγνωρίζει ότι αυτός ο φόβος είναι παράλογος ή υπερβολικός.
4. Αποφεύγονται οι φοβερές καταστάσεις ή τα άτομα υποφέρουν από έντονο άγχος και αγωνία.
5. Η αποφυγή, η αγωνία πρόβλεψης ή η αγωνία στην φοβερή κοινωνική κατάσταση ή στις καταστάσεις αποδόσεων παρεμποδίζει σημαντικά τη φυσιολογική ρουτίνα, την επαγγελματική (ακαδημαϊκή) λειτουργία του ατόμου ή τις κοινωνικές δραστηριότητες ή τις σχέσεις ή υπάρχει έντονη δυσφορία για τη φοβία.
6. Ο φόβος, η ανησυχία ή η αποφυγή είναι επίμονη, τυπικά διαρκεί 6 ή περισσότερους μήνες.
7. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται σε άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. φάρμακα) ή σε μια γενική ιατρική κατάσταση που δεν οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή.» (Richards, χ.χ.)

«Το ουσιαστικό χαρακτηριστικό του κοινωνικού άγχους σύμφωνα με τους ερευνητές είναι ο έντονος φόβος των κοινωνικών καταστάσεων ή διεκπεραίωση μιας δράσης σε κατάσταση, όπου το αίσθημα της ντροπής μπορεί να προκύψει ανά πάσα στιγμή.» (Heimberg, Holt, Schneier & Leibowitz, 1993; Kessler, Stein & Berglund, 1998; Turner, Beidel & TownLey, 1992, οπ. αναφ. Bellini, 2006). Ουσιαστικά, υπάρχουν δυο τύποι ατόμων: αυτοί που φοβούνται τη διεκπεραίωση μια δράσης όπως για παράδειγμα ομιλία σε ακροατήριο και αυτοί που διακατέχονται από ευρύτερο φάσμα φόβων διεκπεραίωσης και κοινωνικούς αλληλεπιδραστικούς φόβους (Bellini, 2006).

Παρακάτω παραθέεται ένα παράδειγμα κοινωνικού άγχους από την οπτική του ατόμου που πάσχει από αυτήν όπως αναφέρεται από το National Institute of Mental Health (National Institute of Mental Health, χ.χ):

*«Στο σχολείο, πάντα φοβόμουν να παίρνω το λόγο, ακόμα και όταν ήξερα τις απαντήσεις. Δεν ήθελα οι άνθρωποι να πιστεύουν ότι ήμουν ηλίθιος ή βαρετός. Η καρδιά μου θα πέθαινε κι εγώ αισθανόμουν ζάλη και άρρωστος. Όταν πήρα δουλειά, μου άρεσε να συναντώμαι με τον προϊστάμενό μου ή να μιλήσω σε μια συνάντηση. Δεν μπόρεσα να παρακολουθήσω τη δεξίωση του καλύτερου φίλου μου, επειδή φοβόμουν να συναντήσω νέους ανθρώπους. Προσπάθησα να ηρεμήσω πίνοντας πολλά ποτήρια κρασιού πριν από ένα γεγονός και στη συνέχεια άρχισα να πίνω κάθε μέρα για να προσπαθήσω να αντιμετωπίσω αυτό που έπρεπε να κάνω ".*

*"Τελικά μίλησα με τον γιατρό μου επειδή κουράστηκα να νιώθω με αυτόν τον τρόπο και ανησυχούσα ότι θα χάσω τη δουλειά μου. Τώρα παίρνω φάρμακα και συναντώ έναν σύμβουλο για να μιλήσω για τρόπους αντιμετώπισης των φόβων μου. Αρνούμαι να χρησιμοποιήσω αλκοόλ για να ξεφύγω από τους φόβους μου και είμαι στο δρόμο μου για να αισθάνομαι καλύτερα ».* (National Institute of Mental Health, χ.χ.)

Είναι σημαντικό να τονίσουμε, πως πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή, η οποία παρεμβαίνει ανυπερθέτως στην καθημερινότητα του ατόμου εμποδίζοντάς τον να επιτελέσει από απλές δραστηριότητες όπως να πάει στη δουλειά του, να κάνει τα ψώνια του, να χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικής μεταφοράς, μέχρι και πιο ουσιώδεις ενασχολήσεις, όπως να αλληλεπιδράσει με ομήλικους του, να συζητήσει, να κάνει καινούργιες γνωριμίες αλλά και να τις διατηρήσει (National Institute of Mental Health, χ.χ.).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη, «βασικό χαρακτηριστικό... είναι ο έντονος και επίμονος φόβος που διακατέχει το άτομο σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις ... το άτομο φοβάται ότι θα περιέλθει σε κατάσταση αμηχανίας και ντροπής» και « η έκθεση του με την παρουσία του σε μια κοινωνική κατάσταση συχνά του προκαλεί βιώματα έντονου άγχους, το οποίο ενδέχεται να

οδηγήσει στην εκδήλωση αντίδρασης πανικού» (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Είναι ενόητο πως τα άτομα με την παραπάνω διαταραχή αποφεύγουν ή υπομένουν υπό πίεση ανάλογες καταστάσεις.

## Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους

Ο ορισμός της διαταραχής γενικευμένου άγχους (generalized anxiety disorders) σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη είναι ο εξής:

«Τα άτομα ... χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και ανεξέλεγκτο άγχος, το οποίο προκαλείται από μια σειρά γεγονότων και δραστηριοτήτων τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών» (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006). Στη συνέχεια, τονίζεται πως για τη διάγνωση της διαταραχής είναι απαραίτητο η εμφάνιση τουλάχιστον τριών από τα έξι κριτήρια, τα οποία είναι:

- I. «Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα
- II. Εύκολη κόπωση
- III. Δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο
- IV. Ευερεθιστότητα
- V. Μυϊκή τάση
- VI. Διαταραχή ύπνου» (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με το National Institute of Mental Health, (2018) υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες που ευθύνονται για την εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής. Για παράδειγμα, η υπερδραστηριότητα έχει παρατηρηθεί σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την συμπεριφορά και τα συναισθήματα, πιθανή αστάθεια ουσιών που ρυθμίζουν και ελέγχουν τη διάθεση του ατόμου (σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη), τα γονίδια που κληρονομεί το άτομο από τους γονείς του, πιθανή εμπειρία από περιστατικά βιαιότητας στο οικογενειακό ή σε άλλα περιβάλλοντα, η αρθρίτιδα και ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ (National Institute of Mental Health, 2018).

## Άγχος στην Τυπική Ανάπτυξη

### Διαταραχές άγχους στο τυπικό πληθυσμό

Η διαταραχή γενικευμένου άγχους ταλανίζει παιδιά τυπικής ανάπτυξης, καθώς είναι περισσότερο σύνηθες να εμφανίζεται μόνο στους ενήλικες και όχι σε παιδιά. Τα παιδιά αλλά και οι έφηβοι τυπικής ανάπτυξης που έχουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά της σε όλους τους τομείς της καθημερινότητάς του θεωρούνται από όλους ότι είναι μοναχικά, δειλά, συνεσταλμένα και χωρίς φίλους ή κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Συχνό φαινόμενο είναι η αποφυγή συμμετοχής σε ομαδική δραστηριότητα ή παιχνίδι, μιας ενδεχόμενης εκδρομής ή προβολής εαυτού όπως για παράδειγμα να κάνουν μία ερώτηση, να ζητήσουν βοήθεια ή να πουν ένα αστείο (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2006).

Έχουν βρεθεί πολλές έρευνες (MacNeil, Lopes, & Minnes, 2009) που υποστηρίζουν με δεδομένα ότι οι διαταραχές άγχους μπορεί να εμφανιστούν ανάλογα την έναρξη της ηλικίας, την αναπτυξιακή πορεία και την πρόγνωση και διαφέρουν ανάμεσα στους διάφορους τύπους του άγχους όσον αφορά τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Η Hurley (Hurley, 2018) αναφέρει ότι σύμφωνα με έρευνα του *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* υπολογίζεται ότι περίπου δυο εκατομμύρια παιδιά και νέοι στην Αμερική πάσχουν από μία διαγνώσιμη διαταραχή άγχους.

Οι Mackneil και συν. (Mackneil et al., 2009) χαρακτηριστικά υπογραμμίζουν ότι έχει ζωτική σημασία το πώς εκφράζονται τα συμπτώματα μέσα από την αναπτυξιακή πορεία των παιδιών αναφέροντας μια έρευνα των Weems & Costa (2005), ότι στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, η διαταραχή του αποχωρισμού είναι πιο σύνηθες να εμφανιστεί σε παιδιά ηλικίας έξι με εννέα ετών, οι φοβίες για θάνατο και γενικώς κίνδυνο σε παιδιά ηλικίας δέκα με δεκατρία ετών, ενώ η διαταραχή κοινωνικού άγχους σε παιδιά ηλικίας δεκατέσσερα με δεκαεφτά ετών.

Τέλος, οι Hallett, Ronald, Colvert, Ames, Woodhouse, Lietz, & Bolton, αναφέρουν πως σε πολλές έρευνες υπογραμμίζονται χαρακτηριστικά πολλές αναφορές έντονων χαρακτηριστικών σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης με διαταραχές άγχους που υπαινίσσονται πως ομοιάζουν με αυτιστικά χαρακτηριστικά, αμφίδρομη συσχέτιση ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και στον αυτιστικό σύνδρομο (Pine, Guyer, Goldwin, Towbin, & Leibenluft, 2008· Ivarsson and Melin, 2008, οπ. αναφ. Hallet et al. 2013), συσχέτιση που υποδηλώνεται ανάμεσα στο κοινωνικό άγχος και στον αυτισμό (Hallett, Lecavalier, Sukhodolsky, Cipriano, Aman, McCracken, & Sikich, 2013a).

## **Άγχος και Αυτισμός**

### **Διαταραχές άγχους στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος**

Ο Kanner (Kanner, 1943) κάνει λόγο για την ύπαρξη υπερβολικών ανησυχιών/σκέψεων σε άρθρο του το 1943. Συγκεκριμένα, μέσα από τη μελέτη 11 παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, διακρίνονται πάρα πολλά στοιχεία άγχους που βιώνουν τα παιδιά με αυτισμό σε συγκεκριμένες καταστάσεις και με αντικείμενα, γεγονός που κάνει φανερή την ύπαρξη άγχους στο φάσμα ήδη από την αρχή μελέτης του φαινομένου.

Η έννοια των «worries» αναφέρεται στην ανησυχία και το προνοητικό άγχος «τι θα συμβεί εάν» και είναι βασικό διαγνωστικό στοιχείο του κοινωνικού άγχους (A.P.A., 1994, οπ. αναφ. Bellini, 2006), με ποσοστά 3% με 13% του τυπικού πληθυσμού, σύμφωνα με στοιχεία A.P.A. το 1994., Stein, Togrud & Walken, 2000, Bellini, 2006) και 49% στα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος (κλινικώς αυξημένο σκορ κοινωνικού άγχους σε αυτοαναφορά (Bellini, 2004, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Επιπρόσθετα, καταγράφει στην όγδοη περίπτωση ενός παιδιού με το όνομα Alfred (Kanner, 1943), τις ανησυχίες και το άγχος που βίωνε από αντικείμενα και καταστάσεις που είναι απλοϊκά και συνηθισμένα. Ειδικότερα, ο Alfred βίωνε άγχος κάθε φορά που έβλεπε το ψωμί να φρυγανίζεται, διότι φοβόταν ότι θα καεί και θα πληγωθεί, εκδήλωνε ανησυχία όταν έδυε ο ήλιος αλλά και όταν το φεγγάρι δεν

φαινόταν τη νύχτα στον ουρανό (πιθανότατα άγχος και φόβος για το σκοτάδι), ενώ πανικοβαλλόταν όταν κάποιος τυχαία του κάλυπτε το πρόσωπο. Επιπλέον, διαφαίνεται από τις σημειώσεις του Kanner ότι ο Alfred διακατεχόταν και από το φόβο για επικείμενο τραυματισμό, φόβο για ήχους μηχανημάτων (σκοούπα, αμάξια, τρένα κ.λπ.) και φόβο για το γαύγισμα.

Σύμφωνα με τον Kanner όπως αναφέρεται σε άρθρο των Gillott, Furniss, & Walter, (2001) θεωρούσε ότι «η συμπεριφορά του παιδιού ελέγχεται από μια αγχωτική εμμονική επιθυμία για διατήρηση της μη αλλαγής» (Kanner 1943, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001), δηλαδή η προσπάθεια του παιδιού να μην αλλάξει τίποτα τριγύρω του, η διατήρηση της ρουτίνας και ίσως κατά συνέπεια η διατήρηση της ασφάλειας του γνωστού περιβάλλοντος, όπως καταγράφουν οι Groden, Cautela, Prince, & Berryman, ακόμα και οι πιο ασήμαντες αλλαγές ενδέχεται να προκαλέσουν άγχος και δυσφορία (Groden et al. 1994, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001).

Παράλληλα, ακόμα και η στερεοτυπική συμπεριφορά και χαρακτηριστικά όπως ηχολαλία και φτερουγίσματα και άλλα, συχνά αυξάνονται κυρίως, όταν τα παιδιά βρίσκονται σε ένταση ή άγχος και λειτουργούν ως κατασταλτικά, ώστε να επέλθει η κανονικότητα και η ηρεμία σύμφωνα με τους Thomas, Barratt, Clewley, Joy, Potter, & Whitaker, (Thomas et al., 1998, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001).

Ταυτοχρόνως, υπάρχει μεγάλη συζήτηση υποθέσεων, καθώς οι Wood and Gadow, θεωρούν ότι τα ελλείμματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό είναι ικανά να τους δημιουργούν άγχος και στρες (Wood and Gadow, 2010, Kerns and Kendal, 2012, οπ. αναφ. Magiati, Goh, Lim, Gan, Leong, Allison & Chong, 2015), με επακόλουθο σύμφωνα με τους Hallet και συν. και Ozsvadjian και συν. μη μπορώντας να διαχειριστούν αλλιώς αυτές τις σωματικές καταστάσεις, στερεοτυπών με περίπλοκες συμπεριφορές με σκοπό να μειώσουν το αυξημένο άγχος τους (Hallet et al., 2013b, Ozsvadjian,, Hibberd, & Hollocks, 2014, οπ. αναφ Magiati et al., 2015).

Είναι πολύ σημαντικό, βέβαια, να αντιστρέψουμε το ζήτημα, διότι ακόμα και σήμερα υπάρχει διαφωνία, σύμφωνα με την Syriopoulou-Delli και συν.: εάν



προκαλείται το άγχος από τη διαταραχή φάσματος ή κάποια συμπτώματα της διαταραχής είναι απλά απόρροια αντιδράσεων στο στρες; (Syriopoulou-Delli, Polychronopoulou, Kolaitis, & Antonίου, 2018). Σύμφωνα με τους Hallet και συν. (2013a), συμπτώματα κοινωνικού άγχους, γενικευμένου άγχους και άγχους αποχωρισμού ίσως είναι «κλινικώς ανεξάρτητα από τα συμπτώματα της διαταραχής αυτισμού» και πιθανώς να συσχετίζονται περισσότερο με το δείκτη νοημοσύνης και τις λεκτικές ικανότητες των ατόμων, ενώ «η συσχέτιση μεταξύ γνωστικών και προσαρμοστικών λειτουργιών έχει εξετασθεί, ώστε προκύπτει η παραπάνω διαφωνία» (Hallet et al., 2013a, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Για την καλύτερη κατανόηση αυτής της διαφωνίας, οι Syriopoulou-Delli και συν. αναφέρουν τις απόψεις του Despert, ότι δηλαδή η στερεοτυπική συμπεριφορά και οι ψυχαναγκαστικές αντιδράσεις τους αποτελούν μια προσπάθεια να αμυνθούν στο υπερβολικό άγχος (ως αυτό-εφησυχασμός σε μια δύσκολη κατάσταση (Despert, 1965, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) και οι Howlin και Moore τονίζουν ότι αυτές οι εμμονές τους διατηρούν το άγχος και τον φόβο (Howlin and Moore, 1997, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) ενώ στη συνέχεια υπογραμμίζεται, ότι σε περίπτωση διακοπής ή έστω παρεμπόδισης αυτών των εμμονικών συμπεριφορών μπορεί να προκληθεί σοβαρής σημασίας άγχος και «διαφωνούν» στο ότι, εξαιτίας «της φύσης των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχή αυτισμού, υπολείπονται της ικανότητας να διαχειριστούν το άγχος ή να αξιολογήσουν λογικά καταστάσεις και αντιλαμβάνονται το άγχος ως περίπλοκο συναίσθημα» σύμφωνα με τα λεγόμενα των Howlin και Moore, Howlin και Groden και συν. (Howlin and Moore, 1997· Howlin, 1998· Groden et al. 2001, 2002, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Επίσης, μια άλλη εναλλακτική, ζωτικής σημασίας για την λειτουργικότητα της καθημερινής ζωής, που παρουσιάζεται είναι η υπερβολή στην εκδήλωση άγχους για καταστάσεις και αντικείμενα που είναι απολύτως ασφαλή, ενώ εκδηλώνουν πλήρη αδιαφορία για καταστάσεις πραγματικού κινδύνου (Muris, van Brakel, Arntz, & Schouten, 2011, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018), δηλαδή δεν ερμηνεύουν σωστά καταστάσεις γιατί πολύ απλά δεν τις κατανοούν. Αυτή η έλλειψη κρίσης ίσως

οφείλεται στα γνωστικά ελλείμματα (Weisbrot, Gadow, DeVincent, & Pomeroy, 2005, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018), στη λάθος ερμηνεία κοινωνικών καταστάσεων (Frith, 1989, Spiker, Hebbeler, & Barton, 2011, Pickard, Rijdsdijk, Harpé, & Mandy, 2017, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) ή σε άλλα ελλείμματα.

Οι Caamaño, Boada, Merchán-Naranjo, Moreno, Llorente, Moreno, & Parellada, (2013) μελέτησαν τη ψυχοπαθολογία ατόμων με αυτισμό χωρίς νοητική αναπηρία και οι αναφορές τους είναι εξαιρετικά σημαντικές. Συγκεκριμένα, οι Belinchón, Hernández, & Sotillo, (2008), οι Ghazziuddin και Zafar και Mattila, Hurtig, Haapsamo, Jussila, Kuusikko-Gauffin, Kielinen & Pauls, (2010), τονίζουν πως τα παιδιά που βρίσκονται στη διαταραχή του αυτισμού χωρίς νοητική αναπηρία είναι πολύ εύκολο και σύνηθες να αναπτύξουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, συγκυρία που υποστηρίζεται από στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και επεξηγείται από το γεγονός ότι όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης νοημοσύνης κατά το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης (Belichon et al., 2008, οι Ghazziuddin, Zafar 2008, Mattila et al., 2010, οπ. αναφ. Caamano et al., 2013).

Οι Caamano και συν. όμως προσθέτουν σε αυτήν την επεξηγηματική δήλωση των παραπάνω ερευνητών, υπογραμμίζοντας πως ο λόγος εν μέρει για τον οποίο είναι πολύ εύκολη η εμφάνιση και ο εντοπισμός άγχους στα παιδιά με αυτισμό χωρίς νοητική αναπηρία, αναφέρεται στο ότι είναι ικανά να κατανοούν και να επικοινωνούν τα συναισθήματά τους, σε αντίθεση με τα παιδιά χαμηλής λειτουργικότητας. Αυτή η συνειδητοποιημένη κατανόηση όμως, τείνει να τους κάνει περισσότερο ευάλωτους, ενώ είναι πιθανή μια εσωτερική σύγκριση τους με συνομήλικους τους, αλλά και μια εσωτερική αντίληψη των δυσκολιών τους, να εξοικειωθούν με ένα περιβάλλον που δεν κατανοούν, γεγονός που οδηγεί σε άγχος αλλά ακόμα και σε «σχολική άρνηση» λόγω δύσκολης προσαρμοστικότητας ή *bullying* (Caamano et al., 2013).

Τέλος, την ίδια άποψη φαίνεται να εκφράζουν και οι Loveland and Tunali - Kotoski ισχυριζόμενοι πως το άγχος μπορεί να μην παίζει σημαντικό ρόλο στις

δυσκολίες των ατόμων με αυτισμό αλλά, τουναντίον αποτελεί έναν δευτερεύων παράγων της αυτό-αντίληψης των παιδιών στην αδυναμία τους στα κοινωνικά ελλείμματα (Loveland and Tunali -Kotoski, 1997, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001) και συμπληρωματικά είναι περισσότερο αναμενόμενο το άγχος να επικεντρώνεται περισσότερο σε κοινωνικές καταστάσεις (Gillot et al. 2001).

Στην ίδια πορεία σκέψης, πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν μεγάλο εύρος συμπτωματολογίας άγχους όπως «φυσιολογική διέγερση/ένταση, πανικό, άγχος αποχωρισμού και κοινωνικό άγχος» (Bellini, 2004· Gillott, Furniss & Walter, 2001· Green, Gilchrist, Burton & Cox, 2000· Kim, Szatmari, Bryson, Steiner & Wilson, 2000, οπ. αναφ. Bellini, 2006). «Για άτομα με διαταραχές αυτισμού με υπερβολικές ανησυχίες και άγχος σχετικά με το κοινωνικό περιβάλλον, ενδέχεται να λειτουργούν ως εμπόδια στην εδραίωση σημαντικών κοινωνικών σχέσεων» (Bellini, 2006) και απόρροια αυτών των εμποδίων είναι ένας κόσμος χωρίς συντρόφους και φίλους (Koning & Magill-Evans, 2001, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Σύμφωνα με τις παραπάνω απόψεις προσθέτουν και οι Hallet et al. υποστηρίζοντας στην έρευνά τους ότι παιδιά αυτισμού με υψηλές τιμές άγχους, έλαβαν και υψηλά σκορ στη βαθμολόγηση από τους γονείς τους για τη σοβαρότητα του αυτισμού συγκριτικά με τα παιδιά που είχαν λιγότερο άγχος, δεδομένο που οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι ίσως (το παρόν δείγμα) να μπορεί να αντικατοπτρίζει τις γενικές διαταραχές της συμπεριφοράς ή να ενισχύονται άλλα προβλήματα της συμπεριφοράς (Hallet et al., 2013a).

Τέλος, υπογραμμίζεται, ότι είτε τα συμπτώματα που αντιλαμβάνονται τα άτομα του περιβάλλοντος από τα αυτιστικά παιδιά είναι συνοσηρά με τον αυτισμό είτε όχι, το μόνο σίγουρο είναι ότι παρεμβαίνουν στα λειτουργικά ελλείμματα των ατόμων με αρνητικές συνέπειες (Van Steensel et al., 2011).

Οι Gillot και συν. βρήκαν ότι τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας εκδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε σχέση με παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή και τυπικής ανάπτυξης (Gillot et al. 2001). Όμως, όταν συγκρίθηκαν με κλινικές περιπτώσεις παιδιών (με διάγνωση μιας

διαταραχής άγχους), όπως χρησιμοποίησε και ο Spence (Spence, 1997a, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001), τα παιδιά στο φάσμα αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας κατείχαν χαμηλότερα σκορ, εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις που θεωρήθηκαν ότι είναι κλινικές (Gillot et al. 2001).

Παράλληλα, οι επικρατούσες διαταραχές που έχουν βρεθεί από έρευνες είναι η διαταραχή γενικευμένου άγχους, το άγχος αποχωρισμού και το κοινωνικό άγχος, σύμφωνα με τους King και Ollendick (King και Ollendick, 1997, οπ. αναφ. Gillot et al. 2001). Παρ' όλα αυτά, οι Gillot και συν. τονίζουν έντονα ότι τα παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν διαταραχές άγχους, αλλά είναι διαφορετικές ως προς την εκδήλωσή τους, από αυτές των συνομήλικών τους της τοπικής ανάπτυξης (Gillot et al. 2001).

Εν τέλει, το ενδιαφέρον της έρευνας των Gillot et al, είναι ότι όχι μόνο τα παιδιά με αυτισμό στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς Social Worries Questionnaire (Spence, 1995), έδωσαν υψηλές τιμές, αλλά οι γονείς των παιδιών του ίδιου δείγματος, που συμπλήρωσαν την εκδοχή των γονέων, σημείωσαν ακόμα υψηλότερα σκορ. Αυτό το γεγονός ενδεχομένως αντικατοπτρίζεται από την πιθανότητα του συμπεράσματος ότι οι γονείς κατέχουν σφαιρικότερη οπτική των κοινωνικών ανησυχιών και άγχους των παιδιών τους (Gillot et al. 2001). Συνεπώς, βρέθηκε ότι παιδιά υψηλής λειτουργικότητας διακατέχονται από περισσότερες ανησυχίες/σκέψεις (worries) και σκέψεις που ανακυκλώνονται συνεχώς στο μυαλό τους (ruminations) (Gillot et al. 2001).

Οι Steffenburg, Gillberg & Steffenburg τονίζουν αφενός, ότι το άγχος δεν είναι απλώς και μόνο μια συχνή δυσκολία για τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας, αφετέρου όμως υπάρχουν δεδομένα που αποδεικνύουν ότι οι δυσκολίες του άγχους τείνουν να εμφανίζονται πολύ συχνότερα σε παιδιά με αυτισμό σε σύγκριση με άλλους πληθυσμούς παιδιών με σοβαρή νοητική αναπηρία ή /και επιληψία, (Steffenburg, Gillberg & Steffenburg, 1996, οπ. αναφ. Chalfant, Rapee & Carroll, 2007), ενώ οι Gillot και συν. όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνουν και παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή (Gillot et al. 2001, οπ. αναφ. Chalfant et al. 2007).

Επίσης, η Bellini φαίνεται να συμφωνεί, καθώς σε έρευνές της βρήκε ότι πάλι τα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τον τυπικό πληθυσμό, ενώ συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες και στο κοινωνικό άγχος, (Bellini, 2004, οπ. αναφ. Bellini, 2006). Ταυτόχρονα τονίζεται, πως οι Beidel και Morris προτείνουν ότι η συμπεριφοριστική αναχαίτιση είναι η μετάβαση στο αναπτυξιακό μονοπάτι, σύμφωνα με το ανάλογο μοντέλο των αναπτυξιακών μονοπατιών (βλ. εικόνα 2), που οδηγεί στην επισύναψη ανασφαλών δεσμών, στη σταδιακή απόσυρση του ατόμου και εν τέλει στις αρνητικές συναναστροφές με υπέρτατη συνέπεια το άγχος (Beidel and Morris, 1995, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Από την άλλη πλευρά του ζητήματος όμως, οι Van Steensel και συν. επιφυλάσσουν για μία σημαντική παράμετρο, την περίπτωση της συνοσηρότητας των διαταραχών, αυτή της επικάλυψης, που την αναλύουν λεπτομερώς (Van Steensel et al., 2011) και ο Tsai θεωρεί ότι η αξιολόγηση του άγχους στους πληθυσμούς με αυτισμό, είναι ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία, καθώς ο κίνδυνος που εγκυμονείται είναι είτε να μην διαγνωσθεί καθόλου είτε να δοθεί λάθος διάγνωση ή ονομασία (Tsai, 2006, οπ. αναφ. οι MacNeil et al. 2009).

Αρχικά, τονίζουν πως οι τιμές συνύπαρξης άγχους και διαταραχής αυτισμού, που έχουν παρατηρηθεί ενδέχεται να προκύπτουν από τη «διαγνωστική συγκάλυψη», αλλά και από το ότι δεν υπήρξε μέριμνα χρήσης μέσων μέτρησης άγχους σε πληθυσμούς με διαταραχή αυτισμού, ώστε να υπάρχει αξιόπιστη διάγνωση (Van Steensel et al., 2011). Με αυτήν την άποψη φαίνεται να συμφωνούν και οι Mason & Scior που τονίζουν, ότι υπάρχει η τάση γενικότερα να επισκιάζονται ή να παραβλέπονται κάποιες συνοσηρές διαταραχές εξαιτίας της παρουσίας μιας αναπηρίας (βλ. εικόνα 1) (Mason & Scior, 2004, οπ. αναφ. MacNeil et al., 2009).

Ένας παρόμοιος προβληματισμός είναι εμφανής και στο άρθρο των Hallet και συν. όπου θεωρούν ότι παραμένει ασαφές το ζήτημα, εάν οι δυσκολίες του άγχους συνιστούν μία ξεχωριστή κατάσταση ή εάν υπάγονται στο φάσμα ασχέτως από την επικράτηση του άγχους στον αυτισμό ούτως ή άλλως, θέτοντας ως παράδειγμα την

ομοιότητα του συμπτώματος της κοινωνικής αποφυγής στη διαταραχή του κοινωνικού άγχους, αλλά και στον αυτισμό (Hallet et al., 2013a).

Η διαγνωστική επικάλυψη μπορεί να προκύψει σύμφωνα με ερευνητές με δύο τρόπους: α) οι Levitan & Reiss, εάν αποδίδουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας στα εξέχοντα γνωρίσματα της αναπηρίας (Levitan & Reiss, 1983, οπ. αναφ. MacNeil et al., 2009) και β) σύμφωνα με τους Mason & Scior, αγνοώντας τα συνοσηρά προβλήματα ψυχικής υγείας, διότι δεν θεωρούνται σημαντικά σε σχέση με τις επιδράσεις της αναπηρίας (Mason & Scior, 2004, οπ. αναφ., MacNeil et al. 2009).

Συγκεκριμένα, εφόσον υποστηρίζουν τη διαγνωστική συγκάλυψη ανάμεσα στους υποτύπους διαταραχών άγχους και κριτηρίων διαταραχής αυτισμού, ειδικά ανάμεσα σε αυτισμό και διαταραχή κοινωνικού άγχους, παρουσιάζουν τρεις παράγοντες διάκρισης φάσματος αυτισμού και διαταραχής κοινωνικού άγχους τα οποία παραθέτονται παρακάτω (Van Steensel et al., 2011).

Πρώτος παράγοντας διάκρισης μπορεί να αποτελέσουν οι συμπεριφορικές και μη λεκτικές/φωνοποιημένες ανωμαλίες, που παρατηρούνται αφενός και στις δυο διαταραχές. Για παράδειγμα «η κοινωνική απόσυρση, η προτίμηση μοναξιάς, το να μη μιλά το άτομο σε κοινωνικές καταστάσεις, η αποφυγή βλεμματικής επαφής, το επίμονο βλέμμα και η έλλειψη έκφρασης συναισθημάτων» είναι συμπτώματα αλλά, αφετέρου αυτό που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι ότι δεν είναι απαραίτητη η εμφάνισή τους σε κάθε κατάσταση που αντιμετωπίζει το άτομο και επιπλέον θα επηρεάζονται σε μέγιστο βαθμό από το άγχος των ατόμων με διαταραχή άγχους.

Εικόνα 1 Συνθήκες που συνήθως επικαλύπτονται με το κοινωνικό άγχος (ή κοινωνική φοβία) και μπορεί να λαμβάνονται υπ' όψιν στη διαφοροδιάγνωση ενός ατόμου με διαταραχές άγχους



(Stein & Stein, 2008)

Αντίθετα, μπορεί πιθανώς να ποικίλλουν ή να εμφανίζονται σε λιγότερο βαθμό στα άτομα με αυτισμό (Van Steensel et al., 2011).

Δεύτερος θεμελιώδης παράγοντας των Van Steensel και συν., αποτελεί το γεγονός ότι άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους έχουν ήδη κατακτήσει τις κοινωνικές δεξιότητες και έχουν την ικανότητα να τις χρησιμοποιούν κανονικά και επαρκώς σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια κατανοώντας τον τρόπο εφαρμογής τους. Αντιθέτως, τα άτομα με αυτισμό είναι ευρέως γνωστό ότι έχουν σοβαρά ελλείμματα στον τομέα

της επικοινωνίας και της κοινωνικής συνδιαλλαγής από την αρχή της ζωής τους, οπότε δεν τίθεται θέμα σύγκρισης (APA, 2001, οπ. αναφ., Van Steensel et al., 2011).

Τέλος, ο τρίτος παράγων σύμφωνα με την Bellini, όπως αναφέρουν οι Van Steensel και συν., είναι το ενδιαφέρον που διακρίνει τις δύο κατηγορίες για εμπλοκή σε κοινωνικές καταστάσεις (Bellini, 2000, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011). Σε αντιπαράθεση, τα άτομα με διαταραχή άγχους κατέχουν την δεξιότητα και υπάρχει εσωτερική επιθυμία για κοινωνική εμπλοκή, αλλά διστάζουν, ενώ τα άτομα με αυτισμό ενδιαφέρονται λιγότερο (Van Steensel et al., 2011) έως καθόλου.

Γενικότερα, θα ήταν πολύ ωφέλιμο όπως προτείνουν πολλοί ερευνητές σαν τους Tantam και Sugarman, πως οι ειδικοί κλινικοί ιατροί θα πρέπει να διαχωρίζουν την επάρκεια από την απλή παρουσίαση μιας διαταραχής από μια άλλη, ώστε να είναι σε θέση να καθορίσουν, εάν πρόκειται για συμπτωματολογία άγχους που προέρχεται από τις ψυχιατρικές διαταραχές ή από τα κύρια χαρακτηριστικά του αυτισμού (Tantam, 2000· Sugarman, 1984, οπ. αναφ. MacNeil et al. 2009).

### **Ποσοστά διαταραχών άγχους στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος**

Οι White και Roberson-Nay, αναφέρουν χαρακτηριστικά πως η σχέση μεταξύ διαταραχής αυτισμού και άγχους δεν έχει κατανοηθεί πλήρως, όμως δεν υπάρχει αμφιβολία, εφόσον υπάρχουν δεδομένα ερευνών, ότι τα ζητήματα άγχους επικρατούν στα άτομα με αυτισμό (επικράτηση συνοσηρότητας 11 - 84%) (White, και Roberson- Nay, 2009). Παράλληλα, στα παραπάνω δεδομένα έρχονται να προσθέσουν οι Muris και συν., ότι το 84% των παιδιών υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού και οι οικογένειες τους που εξετάστηκαν, πληρούσαν τα κριτήρια του DSM για μια διαταραχή τουλάχιστον (Muris, Sterneman, Merckelbach, Holdrinet, & Meesters, 1998, οπ.αναφ. Chalfant et al., 2007).

Στην έρευνα των Kim και συν., βρέθηκε ποσοστό 13.6% παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, τα οποία σκόραραν δυο μονάδες παραπάνω από την τυπική απόκλιση, σε μέτρηση για διαταραχή γενικευμένου άγχους (Kim et al., 2000, οπ. αναφ., Bellini, 2006), ενώ πιο πρόσφατα οι Gillot και συν. αναφέρουν ποσοστό 47%



πάλι παιδιών υψηλής λειτουργικότητας, που κατείχαν σημαντικά επίπεδα κλινικού άγχους βασισμένα σε αυτοαναφορά παιδιών (Gillot et al., 2001, οπ. αναφ. Chalfant et al., 2007).

Ταυτόχρονα, σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί ότι αδιαμφισβήτητα τα άτομα με αυτιστική διαταραχή έχουν άγχος 47 με 84% σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης (APA, 1994, οπ. αναφ. Chalfant et al., 2007). Συγκεκριμένα βρέθηκαν ποσοστά για τις παρακάτω διαταραχές:

**Πίνακας 1 Στατιστικά στοιχεία διαταραχών άγχους σε παιδιά με Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού**

<b>Διαταραχή Πανικού (Panic Disorder) (PD)</b>	<b>1.5- 3.5%</b>
<b>Κοινωνικό Άγχος (Social Phobia) (SP)</b>	<b>3- 13%</b>
<b>Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (Generalized Anxiety Disorder) (GAD)</b>	<b>3%</b>
<b>Συγκεκριμένη Φοβία (Special Phobia) (Sp Ps)</b>	<b>11%</b>

(APA, 1994, οπ. αναφ. Chalfant, 2007)

Παράλληλα, στην έρευνα των Van Steensel και συν. χρησιμοποιώντας μεταναλυτικές τεχνικές, μπόρεσαν να συγκεντρώσουν στοιχεία για τα ποσοστά άγχους που επικρατούν στον αυτισμό, βασιζόμενοι σε έρευνες που ήδη έχουν διεξαχθεί (Van Steensel et al., 2011). Συγκεκριμένα, οι Van Steensel και συν. συγκέντρωσαν ποσοστό από το σύνολο των ερευνών που εξέτασαν, 39.6% των ατόμων με διαταραχή αυτισμού, που εμφάνιζαν συνοσηρότητα με τουλάχιστον μία διαταραχή άγχους, ενώ το ποσοστό που βρέθηκε για το κοινωνικό άγχος είναι 16,6% και 15% για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους (Van Steensel et al., 2011).

Τονίζουν όμως, ότι είναι ζωτικής σημασίας να διερευνάται διεξοδικότερα με περισσότερες διαγνώσεις το άγχος που εμφανίζεται στη διαταραχή αυτισμού και να μην προσπερνιέται σαν απλό σύμπτωμά της, ειδικά για διαταραχές όπως αυτή του

αποχωρισμού, του κοινωνικού άγχους και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους (Van Steensel et al., 2011). Είναι φανερό ότι τα ποσοστά άγχους στον αυτισμό είναι αρκετά υψηλά.

### Νευρολογικά μοντέλα

Τα νευρολογικά μοντέλα με τη σειρά τους προσπάθησαν να δώσουν τη δική τους εξήγηση και έτσι πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι πιθανώς η δυσλειτουργία του λεμφικού συστήματος συνδέεται με το άγχος και τα ελλείμματα στη διαταραχή του αυτισμού (Bellini, 2006), ενώ συγκεκριμένα οι Schultz, Romanski, & Tsatsanis, και μεταγενέστερες μελέτες έχουν δείξει μία μείωση λειτουργικότητας νευρώνα στην αμυγδαλή (Schultz et al., 2000 οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Όπως είναι ευρέως γνωστό και σύμφωνα με τον Joseph, η αμυγδαλή είναι ένα μέρος του συστήματος που επηρεάζει άμεσα την κοινωνική και συναισθηματική νοημοσύνη (Joseph, 1996, οπ. αναφ. Bellini, 2006), και η Bellini συνεχίζοντας διατυπώνει, πως εάν υπάρχει επιπλοκή στο σύστημα της αμυγδαλής, ως επακόλουθο, το άτομο δεν θα μπορεί να δεχθεί αισθητηριακά ερεθίσματα, να τα κατανοήσει όπως για παράδειγμα τις διάφορες εκφράσεις προσώπου και άλλα σημεία-κλειδιά του περιβάλλοντος γύρω του, αποτρέποντας τη συναισθηματική και κοινωνική του συσχέτιση με τα ερεθίσματα, αλλά και τα άτομα που το περιτριγυρίζουν (Bellini, 2006).

Επιπροσθέτως, επηρεάζεται σημαντικώς η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, περιοχές που συνήθως έχουν ελλείψεις τα άτομα με αυτισμό. Συμπερασματικά, καταλήγει κανείς δηλαδή, ότι υπάρχει εκτεταμένη δυσλειτουργία του συστήματος της αμυγδαλής (Schultz et al., 2000 οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Συγχρόνως, ο Trepagnier πρότεινε την ύπαρξη μιας ακατάλληλης διέγερσης της ρύθμισης στο σύστημα βρεφών με αυτισμό, ανωμαλία που είναι πολύ πιθανό να τα καθιστά ευαίσθητα στην υπερευαισθησία από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους φροντιστές τους (Trepagnier, 1996, οπ. αναφ., Bellini, 2006), ενώ δεν αποκλείεται η πιθανότητα αυτή η υπέρ-ευερεθιστότητα να οδηγεί τα παιδιά αυτά

στην συμπεριφοριστική συνήθεια του επίμονου κοιτάγματος και τη χρονοβόρα επεξεργασία τυχαίου ερεθίσματος και την κοινωνική απόσυρση (Bellini, 2006). Το μοντέλο του Trepagnier, όσον αφορά τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος, προτείνει ότι «το κοινωνικό άγχος... είναι απόρροια του αναπτυξιακού μονοπατιού που ξεκινά από το χαρακτήρα που σηματοδοτείται από υψηλό βαθμό φυσιολογικής έντασης (Trepagnier, 1996, οπ. αναφ., Bellini,, 2006) και έχει ως πλεονέκτημα πολλές εφαρμογές από τους κλινικούς ιατρούς και τις ομάδες τους σε άτομα με αυτισμό. (Bellini, 2006).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με την Bellini, τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας αλλά και τα νευρολογικά ελλείμματα, μπορεί να καταστήσουν τα άτομα με διαταραχή φάσματος κοινωνικώς ανεπαρκή και περισσότερο επιρρεπή στο άγχος (Bellini, 2006).

Ομοίως, τις παραπάνω απόψεις, ερευνητές θέλοντας να μελετήσουν καλύτερα το άγχος του πληθυσμού με αυτισμό και τους αιτιολογικούς παράγοντες, παρουσίασαν ένα μοντέλο (βλ. εικόνα 2), που το ονόμασαν «μοντέλο των αναπτυξιακών μονοπατιών κοινωνικού άγχους» (developmental pathways of social anxiety) (Bellini, 2006).

Αναλυτικότερα, οι Vasey και Dadds, κατέληξαν στην θεωρία ότι το άγχος δεν είναι τίποτα παραπάνω από ένα «ποικιλόμορφο αποτέλεσμα αναπτυξιακών μονοπατιών» που αποτελείται από παράγοντες προδιάθεσης και προστασίας που θεωρούνται απαραίτητα για την ανάπτυξη, διατήρηση και αποκατάσταση του άγχους σε παιδιά και νέους (Vasey και Dadds, 2001, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Οι Rubin και Burgess θεώρησαν ότι «η κοινωνική απόσυρση είναι η αναπτυξιακή πύλη/ είσοδος που οδηγεί τελικά στο κοινωνικό άγχος» (Rubin and Burgess, 2001, οπ. αναφ. Bellini, 2006), ενώ ίσως θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα φοβικού και ανασφαλούς χαρακτήρα που απομακρύνει το άτομο από οποιαδήποτε κοινωνική κατάσταση και αλληλεπίδραση (Bellini, 2006).

Ως άμεσο αποτέλεσμα αυτής της εαυτιστικής απομόνωσης, θεωρείται η δημιουργία ή η ενίσχυση των ελλειμμάτων στον κοινωνικό τομέα. Η ύστατη κατάσταση, εν τέλει

που βιώνουν τα άτομα είναι οι αρνητικές εμπειρίες με συνομηλίκους τους, αφού δεν ξέρουν πώς να αντιμετωπίσουν κοινωνικές καταστάσεις, σύγχυση που οδηγεί σε άγχος (Bellini, 2006). Είναι ουσιώδες, να γίνει αντιληπτό πως, εάν το άγχος οδηγήσει σε αυξανόμενα περιστατικά απομόνωσης και απόσυρσης, τότε ο φαύλος κύκλος επαναλαμβάνεται (Bellini, 2006).

Στη συνέχεια, παραλληλισμοί και με άλλους πληθυσμούς παιδιών ήταν αναμενόμενο να γίνουν, καθ' ότι το πρόβλημα του άγχους, οι αιτίες και η φυσιολογία του (εάν είναι διαταραχή ή όχι), δεν έχει ξεκαθαρίσει ακόμα. Έχοντας αυτό το μοντέλο που προαναφέρθηκε παραπάνω, οι ερευνητές κάνουν τις αντίστοιχες υποθέσεις για τον πληθυσμό με διαταραχή φάσματος αυτισμού. Ο Attwood, υπέθεσε όπως και πολλοί άλλοι ερευνητές, ότι η συχνή απόρριψη συνομηλίκων και η αποτυχία κοινωνικοποίησης οδηγεί ως απόρροια στο άγχος που αφορά τις κοινωνικές συναναστροφές (Attwood, 1998, οπ. αναφ. Bellini, 2006), και ο Tantam, πιστεύει ότι τα άτομα στερούνται ευκαιριών να δημιουργήσουν δεσμούς φιλίας λόγω λειτουργικότητας (Tantam, 2000, οπ. αναφ. Bellini, 2006), καθορίζοντας πέντε αιτίες που τα άτομα με αυτισμό βιώνουν.

Πρώτον, υπάρχει υψηλή συχνότητα δύσκολων περιστατικών στην καθημερινή ζωή, δεύτερον υφίστανται θυματοποίηση, όπου λογικά εννοείται ότι υφίσταται κακομεταχείριση και γελοιοποίηση, τρίτον, συνειδητοποίηση των διαφορών με ομήλικους, τέταρτον, σκέψεις μηρυκασμού (δηλαδή αρνητικές σκέψεις που ανακυκλώνονται δημιουργώντας ανασφάλειες και άγχος) και πέμπτον, δυσκολίες στη σύναψη σχέσεων (Tantam, 2000, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

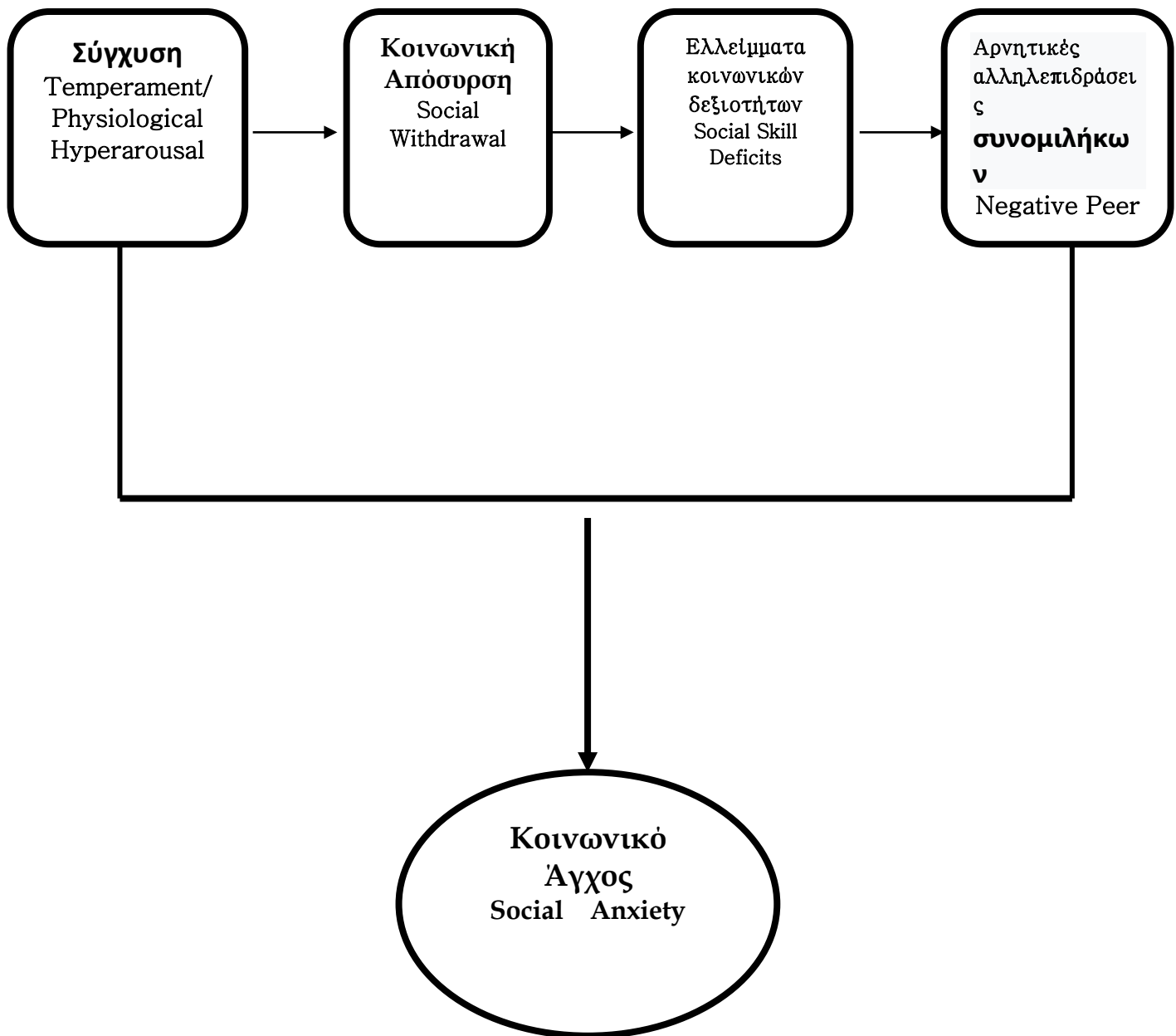
Οι παραπάνω αιτίες που διατύπωσε ο Tantam, σύμφωνα με την Bellini, ουσιαστικά αναφέρονται στα κοινωνικά ελλείμματα και τη φυσιολογική διέγερση/ένταση. Εν συντομία, το παραπάνω μοντέλο πρόκειται για έναν φαύλο κύκλο, όπου το κοινωνικό άγχος είναι το αποτέλεσμα τεσσάρων παραγόντων. Το άτομο, έχοντας ένα χαρακτήρα που διακρίνεται από φόβο και ένταση, προτιμά αντί να συγχρωτίζεται με άλλους, να μένει μόνο του από φόβο και διστακτικότητα. Αμέσως, οδηγείται στο δεύτερο «μονοπάτι» αυτό της κοινωνικής απόσυρσης και εφόσον δεν αποκτά εμπειρίες σε αυτόν τον τομέα, εισέρχεται στο τρίτο μονοπάτι αυτό των

ελλειμμάτων της κοινωνικής λειτουργικότητας (Tantam, 2000, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

Εν τέλει, μην έχοντας αποκτήσει ούτε την εμπειρία, ούτε τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες, οι μόνες εμπειρίες με τους συνομηλίκους του θα είναι αρνητικές και αποτυχημένες, καθώς δεν θα μπορεί να διαχειριστεί κοινωνικές καταστάσεις. Σαν αποτέλεσμα, οδηγείται ξανά στην αρχή του κύκλου, όπου επικρατεί η ένταση και ο φόβος (βλ. εικόνα 2).

Η Bellini διερεύνησε και βρήκε θετική συσχέτιση όπως και άλλοι ερευνητές με παρόμοια αποτελέσματα, ανάμεσα στο χαρακτήρα, τη φυσική διέγερση και τα κοινωνικά ελλείμματα με το άγχος (Bellini, 2006). Είναι πολύ σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι αρχικά, οι Biederman, Rosenbaum, Chaloff, & Kagan, ανέφεραν ότι εφόσον τα άτομα δεν κατέχουν την ικανότητα της αυτορρύθμισης, να ρυθμίζουν αυτήν την ένταση ή διέγερση που νιώθουν, είναι περισσότερο λογικό να προσβάλλονται από στρεσογόνες καταστάσεις ή γεγονότα, ενώ η αυξημένη ένταση είναι αναμενόμενο να οδηγήσει σε αναπόφευκτες καταστάσεις (Biederman et al., 1995, οπ. αναφ. Bellini, 2006) και πιθανότερο να αναπτυχθούν κοινωνικοί φόβοι και σκέψεις ή ανησυχίες σε σύγκριση με τα άτομα που εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα στην φυσική διέγερση ή ένταση (physiological arousal). Οι παραπάνω προβληματισμοί και απόψεις ισχύουν και για τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του Αυτισμού (Bellini, 2006).

Εικόνα 2 The model of Developmental Pathways of Social Anxiety. Τα 4 μονοπάτια που οδηγούν στο κοινωνικό άγχος και πως ο φαύλος κύκλος αρχίζει ξανά



(Trepagnier, 1996, οπ. αναφ. Bellini, 2006).

### Μεταβλητές που επηρεάζουν

Γενικότερα, σε πολλές έρευνες γίνεται λόγος για τις μεταβλητές που επηρεάζουν τα τελικά αποτελέσματα και υπάρχει συζήτηση γύρω από το αν οι συσχετίσεις είναι ή όχι σημαντικές, θετικές ή αρνητικές. Οι μεταβλητές που αναφέρονται στις έρευνες είναι η ηλικία, το φύλο, ο τύπος διαταραχής αυτισμού, ο τύπος διαταραχής άγχους,

οι μέθοδοι αξιολόγησης, η λειτουργία προσαρμοστικότητας και ο δείκτης νοημοσύνης.

Στη συνέχεια, οι White et al. υπογραμμίζουν πως είναι πολύ πιθανό διάφορες μεταβλητές να επηρεάζουν τον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων του άγχους όπως για παράδειγμα «η εξειδικευμένη διάγνωση του τύπου διαταραχής αυτισμού, το επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας και ο βαθμός του κοινωνικού ελλείμματος» (White, και Roberson-Nay, 2009).

Οι Magiati και συν. παραθέτουν ότι βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα στην έρευνά τους με αυτές των Rieske και συν. και των Hollocks και συν. δηλαδή ότι «τα κοινωνικά ελλείμματα και η κοινωνική επίγνωση, αντιστοίχως δεν συσχετίζονται με το γενικό άγχος» (Rieske et al. 2011, Hollocks et al. 2014b, οπ. αναφ. Magiati et al. 2015).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω δεδομένα, όπως όπως έρευνες βρήκαν ότι παιδιά που βρίσκονταν ή όχι στο φάσμα του αυτισμού με πιο μειωμένη επικοινωνία ή κοινωνικά ελλείμματα βιώνουν άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό (i.e. Beitchman et al., 2001· Bellini, 2004· Chang et al., 2012· Davis III, Hess, Moree, Fodstad, Dempsey, Jenkins, & Matson, 2011· Eussen et al., 2013, οπ. αναφ. Magiati et al. 2015).

## **1. Ηλικία**

Όπως είναι οι έρευνες που διαφωνούν στη συσχέτιση όπως ηλικίας με την εμφάνιση άγχους, η οποία είτε είναι αρνητική είτε θετική είτε εντελώς αδιάφορη. Οι Van Steensel στο άρθρο όπως καταγράφουν πως στα ευρήματα όπως υπάρχει συσχέτιση ηλικίας και εμφάνισης άγχους στα παιδιά με διαταραχή αυτισμού, καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία εμφανίζεται και άγχος, ενώ υπάρχουν και αντιφατικά αποτελέσματα ανάμεσα στη σχέση ηλικίας, άγχους και αυτισμού (Van Steensel et al., 2011). Συγκεκριμένα, οι Kuusikko, Pollock-Wurman, Jussila, Carter, Mattila, Ebeling & Moilanen, και οι Lecavalier, Wood, Halladay, Jones, Aman, Cook & Sullivan, υποστηρίζουν δεδομένα συσχέτισης ηλικίας και άγχους, δηλαδή παιδιά μεγαλύτερα σε ηλικία είναι πολύ πιθανότερο να εμφανίσουν άγχος, σε

αντίθεση με όπως έρευνες που δεν βρήκαν ηλικιακές διαφορές όπως οι Syriopoulou-Delli και συν. όπως αναφέρει στο άρθρο όπως και όπως έρευνες όπως Kuusiko και συν. (2008), των Lecavalier και συν. (2014) και των Mayes, Calhoun, Murray, Ahuja & Smith, (2011), (Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Επιπλέον, υπάρχει πιθανότητα να υπόκεινται σημαντικότητα όταν μελετώνται οι τύποι διαταραχών γιατί έχει υπάρξει αναφορά δεδομένων όπου υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε ηλικία και τύπο διαταραχής. Ειδικότερα, οι Van Steensel και συν. αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι υπάρχουν ευρήματα που δηλώνουν ότι υψηλότερες τιμές στην ηλικία συνδέονται με υψηλότερες τιμές στη διαταραχή γενικευμένου άγχους και χαμηλότερες τιμές στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Van Steensel et al., 2011). Αυτό είναι ευρέως γνωστό από αναφορές στην τυπική ανάπτυξη των παιδιών και την εξελικτική πορεία των φόβων (διότι το άγχος αποχωρισμού συνήθως συναντάται σε μικρότερες ηλικίες).

Τρία συμπεράσματα στα οποία καταλήγει το ερευνητικό άρθρο των Van Steensel και συν. είναι τα εξής:

Αρχικά, «οι τιμές των διαταραχών άγχους σε γενικότερα πλαίσια αυξάνονται σε σχέση με την ηλικία» (Ford et al., 2003, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011). Δεύτερον, «οι τιμές διαταραχής γενικευμένου άγχους σε ειδικότερα πλαίσια αυξάνονται σε σχέση με την ηλικία» (Frala, Leen-Feldner, Blumenthal, & Barreto, 2010, Tracey, Chorpita, Douban, & Barlow, 1997, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011). Τρίτον, «οι τιμές για το άγχος αποχωρισμού συσχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στην ηλικία» (Kearney, Sims, Pursell, & Tillotson, 2003, Last, Perrin, Hersen, και Kazdin, 1992, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011).

Αντίθετα, οι Magiati και συν. παρουσιάζουν συναφή αποτελέσματα και με άλλους ερευνητές, ως προς το ότι δεν βρήκαν καμία σύνδεση μεταξύ ηλικίας και τιμών των συμπτωμάτων άγχους αλλά και με τις τιμές των διάφορων τύπων διαταραχών άγχους, αλλά από την άλλη πλευρά οι μεταβλητές της ηλικίας και της προσαρμοστικής λειτουργικότητας ενδεχομένως προσφέρουν μια μικρή επεξήγηση ποικιλότητας γενικότερα στα συμπτώματα άγχους (Magiati et al., 2015).



## **2. Δείκτης Νοημοσύνης**

Μέσα από τις κατηγορίες των υποτύπων της διαταραχής αυτισμού έχει υπάρξει συσχέτιση σε γενικά πλαίσια ανάμεσα σε αυξημένες τιμές διαταραχών άγχους με χαμηλότερες τιμές δείκτη νοημοσύνης (Van Steensel et al., 2011). Αυτά τα αποτελέσματα όμως οδηγούν ξεκάθαρα στην ανάγκη για ειδικότερη και λεπτομερέστερη μελέτη και διερεύνηση αυτής της συσχέτισης. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι στην έρευνα των Van Steensel και συν. παραθέτουν τις έρευνες που αφορούν θετική συσχέτιση άγχους και δείκτη νοημοσύνης, όπως των Sukhodolky και συν., 2008, των Weisbrot και συν., 2005, Witwer and Lecavalier, 2010, ενώ η αρνητική συσχέτιση βρέθηκε στις έρευνες των White and Robertson-Nay, (2009, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011).

Στη συνέχεια, υπογραμμίζεται ο κίνδυνος που ελλοχεύει, εάν ένα άτομο έχοντας διαταραχή αυτισμού και ο δείκτης νοημοσύνης του κυμαίνεται ανάμεσα στις τιμές 70 με 87, είναι η αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει διαταραχές άγχους, εύρημα που εκμαιοτήθηκε μετά από post hoc αναλύσεις (Van Steensel et al., 2011). Τέλος, μόνο σε μία έρευνα των Sukhodolsky et. al. (2008, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011) βρέθηκε ότι υψηλότερη μέση τιμή του δείκτη νοημοσύνης συσχετίστηκε με χαμηλότερες τιμές στη διαταραχή κοινωνικού άγχους, αποτέλεσμα για το οποίο υπάρχουν επιφυλάξεις και χρειάζεται περισσότερη και λεπτομερέστερη έρευνα (Van Steensel et al., 2011).

Παρ' όλα αυτά, οι οπ. αναφ. Van Steensel και συν. πιστεύουν πως θα πρέπει να συνειδητοποιηθεί βαθιά από όλους αρχικά, ότι η σχέση μεταξύ δείκτη νοημοσύνης και άγχους πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή. Ειδικότερα, παρουσιάζουν ως πιθανό ενδεχόμενο, ότι τα παιδιά με διαταραχή στον αυτισμό και λίγο χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης ενδέχεται να δυσκολεύονται στην προσαρμογή τους στα διάφορα κοινωνικά πλαίσια (Van Steensel et al., 2011).

Τέτοια σύγκριση έχει πραγματοποιηθεί με παιδιά που έχουν υψηλότερο δείκτη και έχουν μάθει ουσιαστικά, πώς να συμπεριφέρονται σε κάποιες κοινωνικές καταστάσεις, αντισταθμίζοντας με αυτήν τη στρατηγική τα ελλείμματά τους, σύγκριση που ίσως να αντιλαμβάνονται τα άτομα αυτά και καταλήγουν

«κοινωνικώς αγχώδη» (Van Steensel et al., 2011). Τελικά, δεν γίνεται σαφές, εάν χαμηλός δείκτης νοημοσύνης συνεπάγεται και διαταραχή κοινωνικού άγχους.

Στη συνέχεια, οι Hallet και συν. αναφέρουν ότι άγχος εντοπίστηκε σε όλο το εύρος του δείκτη νοημοσύνης, αφού τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δείκτης νοημοσύνης κατώτερος του 70 σχετίζεται με χαμηλότερες τιμές άγχους (Hallet et al., 2013). Βέβαια, στην ίδια ερευνητική εργασία παρατήρησαν ότι στο εργαλείο που χρησιμοποίησαν, αντικείμενα που απαιτούσαν αρκετά υψηλό γλωσσικό επίπεδο για παράδειγμα το παιδί παραπονιέται για ταχυκαρδίες ή ανησυχεί μήπως λόγω καταστροφής θα αποκοπεί από τους γονείς του, δεν επιλέχθηκαν από γονείς με παιδιά που είχαν νοητική αναπηρία (Hallet et al., 2013). Τέτοια ευρήματα υποστηρίζονται και από άλλους ερευνητές, όπως τους Witner και Lecavalier, ότι παιδιά με αυτισμό και νοητική αναπηρία είναι λιγότερο πιθανό να εκφράσουν ανησυχία (Witner and Lecavalier, 2010).

Οι Hallet και συν. υποστηρίζοντας ότι με άνω του 70 δείκτη νοημοσύνης εκδηλώνονται υψηλότερα ποσοστά άγχους και συμπερασματικά υποδεικνύεται ότι παιδιά υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού, έχοντας επίγνωση των κοινωνικών ελλειμμάτων τους εκδηλώνουν πολύ περισσότερο άγχος από τα παιδιά με χαμηλό δείκτη (Hallet et al., 2013).

### **3. Τύπος Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος**

Οι Van Steensel και συν. στο άρθρο τους στηρίζουν πως είναι ευκολότερο να διαπιστωθεί με διάγνωση άγχος πρώτα σε παιδιά με αποδιοργανωτική διαταραχή-μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, ενώ αμέσως μετά ακολουθούν τα παιδιά με το σύνδρομο αυτιστικής διαταραχής (Van Steensel et al., 2011), το οποίο, επίσης συσχετίστηκε με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, και την ειδική φοβία (υψηλές τιμές) και με διαταραχή γενικευμένου άγχους (χαμηλές τιμές) (Van Steensel et al., 2011).

Μέσα από σύγκριση ερευνών ο Macneil αναφέρει πως το άγχος διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής αυτιστικού συνδρόμου, διότι παιδιά με υψηλής λειτουργικότητας αυτιστικά στοιχεία θα υποστηρίξουν περισσότερο άγχος (Macneil

et al., 2009, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011), ενώ αντίθετα έρευνες των Kim και συν. 2000, Pearson και συν., Gadow και συν., DeVincent, Pomeroy, και Azizian, και Sukhodolksy και συν., τα αποτελέσματα δεν έδειξαν διαφορές ή συσχετίσεις ανάμεσα στους τύπους άγχους και τους τύπους αυτιστικού συνδρόμου (Kim et al. 2000, Pearson et al., 2006· Gadow et al., 2004· Sukhodolksy et al., 2008, οπ. αναφ. Van Steensel et al., 2011). Τέλος, ευρήματα που δεν είναι εντελώς καθοριστικά, υποστηρίζουν ότι το είδος της αγχώδους διαταραχής μπορεί να διαφέρει σε όλη την έκταση των υποτύπων της αυτιστικής διαταραχής Van Steensel et al., 2011).

#### **4. Φύλο**

Η Sygiouroulou-Delli και συν. στην έρευνά τους περί απόψεις εκπαιδευτικών δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση των διαταραχών με το φύλο (Sygiouroulou-Delli et al., 2018), αλλά και οι Magiati και συν. δεν βρήκαν όπως αναφέρουν κάποια σχέση με το φύλο και όχι μόνο με τα συμπτώματα άγχους αλλά και με τους τύπους διαταραχών άγχους (Magiati et al., 2015). Επιπρόσθετα, οι Magiati και συν. αναφέρουν ότι δεν μπόρεσαν να βρουν κάποια συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο λόγω δείγματος ενώ καταδεικνύουν πως γενικότερα σε καμία έρευνα όπως αυτών των Kirkovski, Enticott, & Fitzgerald, δεν έχει βρεθεί κάποιο εύρημα επαναλαμβανόμενα που να υποστηρίζει τη σχέση αυτή (Kirkovski et al., 2013, οπ. αναφ. Magiati et al., 2015).

#### **5. Μέθοδοι αξιολόγησης**

Περισσότερο ολιστικές προσεγγίσεις αξιολόγησης, θεωρούνται πιο φερέγγυες γιατί εξετάζουν τις απόψεις όλων των ατόμων που βρίσκονται στο περιβάλλον του παιδιού, για παράδειγμα ορισμένες έρευνες εξετάζουν μέσα από ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις παιδιού, γονέα, φροντιστή και δασκάλου. Σύμφωνα με τους Kazdin, Kendall & Morris, Ollendick προτείνουν σύμφωνα με την ψυχιατρική βιβλιογραφία πολυτροπικές και πολύπλευρες αξιολογήσεις (Kazdin, 1986· Kendall & Morris, 1991· Ollendick, 1986, οπ. αναφ. Chalfant et al., 2007).

Αυτή η μεταβλητή των μεθόδων αξιολόγησης είναι ζωτικής σημασίας καθώς πρέπει να υπάρξει μεγάλη προσοχή στη χρήση μεθοδολογικών εργαλείων είτε είναι ερωτηματολόγιο είτε είναι συνέντευξη κ.λπ. αλλά και στην ερμηνεία αποτελεσμάτων κάθε μιας μεθόδου. Βάση αυτού, έχει βρεθεί μέσα από ανάλυση ότι αποτελέσματα μια έρευνας συνδέονται κατά αποκλειστικότητα και με τις μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν σε αυτή.

Η καλύτερη και περιεκτική αξιολόγηση σύμφωνα με τους MacNeil et al, θα πρέπει να αποτελείται από τέσσερα είδη αξιολογικών εργαλείων: α) κλινική συνέντευξη β) κλίμακες καταμέτρησης άγχους (αυτό- αναφορά και ενημερωτική έκθεση) γ) παρατήρηση σε φυσικό περιβάλλον και δ) μέσα μέτρησης φυσιολογίας (MacNeil et al. 2009) και θα πρέπει να εξετάζουν βιολογικά και ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των Van Steensel και συν. οι μέθοδοι της αξιολόγησης επηρεάζουν την μεγάλη ποικιλότητα που υπάρχει στις έρευνες οι οποίες αναφέρουν επικράτηση τιμών σχετικές με το άγχος, ενώ υπογραμμίζεται έντονα ότι ερευνητές που τείνουν να χρησιμοποιούν εργαλεία αξιολόγησης βασισμένα σε μορφή συνεντεύξεων (σε γονείς) είναι πιθανότερο να καταλήξουν σε μια διάγνωση διαταραχών άγχους. Παράλληλα, υπάρχει σύμφωνα με τους Van Steensel και συν. διαφορά του στόχου που θέλει ο κάθε ερευνητής να πετύχει. Για παράδειγμα, εάν ο στόχος του ερευνητή είναι η διάγνωση, είναι πολύ πιθανό να χρησιμοποιήσει διαγνωστικές συνεντεύξεις, σε αντίθεση με τον στόχο της απλής ανάλυσης που είναι περισσότερο λογικό να χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο (Van Steensel et al., 2011).

Σε έρευνες που αφορούν τη συσχέτιση των διαταραχών άγχους με τον αυτισμό ή με τα συμπτώματα του απλού άγχους θα πρέπει να υπάρχει προσοχή διότι οι Van Steensel και συν. τονίζουν ότι είναι πολύ πιθανό πως τα ερωτηματολόγια αξιολογούν περισσότερο συμπτώματα κοινωνικού άγχους και διαταραχής γενικευμένου άγχους με υψηλότερες τιμές σε σχέση με έρευνες που χρησιμοποίησαν συνεντεύξεις (Van Steensel et al., 2011).

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα τα παιδιά με αυτισμό να βιώνουν πολλά συμπτώματα της διαταραχής κοινωνικού άγχους και γενικευμένου άγχους, όμως οι Van Steensel και συν. υπογραμμίζουν ότι αυτό δεν σημαίνει πως πληρούν τα κριτήρια μιας αγχώδους διαταραχής και αυτό ίσως οφείλεται είτε στην έλλειψη παρεμβολών στις καθημερινές τους δραστηριότητες, είτε τα συμπτώματα καταλογίζονται καλύτερα στο φάσμα του αυτισμού (Van Steensel et al., 2011).

Εν τέλει, είναι πολύ ουσιώδες, τα ευρήματα των ερευνών να βασίζονται σε πολυποίκιλα και πολυτροπικά μέσα και εργαλεία για την πιο αξιόπιστη κατάληξη συμπερασμάτων για να ξεχωρίσει διακριτά τα συμπτώματα του αυτισμού από τα συμπτώματα των συνοσηρών διαταραχών άγχους (Van Steensel et al., 2011).

## **Προσεγγίσεις**

### **Γνωστική-συμπεριφορική Θεραπεία**

Υπάρχει εκτεταμένη συζήτηση γύρω από το άγχος στη διαταραχή του αυτισμού, για τις αιτίες, τη διαγνωστική συγκάλυψη που ενδέχεται να προκύψει, τις μεταβλητές που επηρεάζουν τα αποτελέσματα ερευνών, αλλά όσον αφορά τη θεραπεία για την εξάλειψη των συμπτωμάτων του άγχους σύμφωνα με τους White και συν. πρόσφατα άρχισαν οι εφαρμογές και το ενδιαφέρον διερεύνησης σε αυτόν τον τομέα (White et al., 2009, οπ. αναφ. Wijnhoven, Creemers, Engels, & Granic, 2015).

Πολλές έρευνες, ωστόσο, έχουν καταδείξει την εφαρμογή αρχών της γνωστική-συμπεριφορικής θεραπείας ως προσαρμοσμένες εκδοχές (CBT· McNally et al., 2013, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015), ή εντελώς πιλοτικές εφαρμογές στους πληθυσμούς με αυτισμό (White, Ollendick, Albano, Oswald, Johnson, Southam-Gerow, & Scahill, 2013, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015), καθ' ότι είναι πολύ λογικό οι αυτούσιες πρακτικές να μην εφάπτονται είτε να μην επαρκούν στις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των πληθυσμών με διαταραχή φάσματος αυτισμού.

Αντιθέτως, οι Van Steensel & Bogels με έρευνά τους υποδεικνύουν, ότι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική αυτούσια και χωρίς καμία αλλαγή στη μείωση άγχους των παιδιών με και χωρίς αυτισμό (Van Steensel & Bogels, 2015, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015).

Η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία αποτελείται από πολλά ποικίλλα στοιχεία παρέμβασης και όταν εφαρμόζεται, συνήθως παραμένει απόφια, χωρίς αλλαγές ή προσαρμογές και προσθήκες για να «έρθει στα μέτρα και τα σταθμά» κάποιων ατόμων με συγκεκριμένες απαιτήσεις (Sze & Wood, 2008· Tarrrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, & Morris, 1998, οπ. αναφ. Lang, 2009). Αφενός, δεν είναι εντελώς απόλυτο να χρησιμοποιείται αυτούσια όμως, αφετέρου δεν είναι και εντελώς ασυνήθιστο να γίνονται αλλαγές για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως του αυτισμού, γεγονός που προκαλεί πολλές ερωτήσεις για ένα πράγμα: επηρεάζονται οι μηχανισμοί της θεραπείας με αυτές τις τροποποιήσεις; (Lang, 2009).

Σύμφωνα με τους παρακάτω ερευνητές «Ο θεμελιώδης μηχανισμός με τον οποίο η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία επηρεάζει τα επίπεδα άγχους συχνά αποδίδεται στην υπόθεση ότι περιλαμβάνει τη διόρθωση των γνωστικών λειτουργιών που είναι δυσλειτουργικές» (Beck, 1993,· Forman, 2007,· Smits, 2008, οπ. αναφ. Lang, 2009), αναφορά, που στη ουσία δηλώνει την άποψη των Anderson και Morris, ότι αυτό το γνωστικό μοντέλο αποτελείται από στοιχεία τα οποία εναποτίθενται ολοκληρωτικώς στη μέθοδο της ενδοσκοπήσης (Anderson & Morris, 2006, οπ. αναφ. Lang, 2009).

Αναλυτικότερα, η ένσταση στις τροποποιήσεις της εν λόγω θεραπείας βρίσκεται στο ότι για τους πληθυσμούς με διαταραχή αυτιστικού φάσματος επικεντρώνεται όχι στην ενδοσκοπήση, αλλά στις πρακτικές δεξιότητες (κοινωνικές ή/και προσαρμοστικές) (Lang, 2009) και επιπρόσθετα, φαίνεται να τονίζεται περισσότερο το συμπεριφοριστικό κομμάτι της θεραπείας και όχι τόσο το γνωστικό, γιατί οι δεξιότητες διδάσκονται σε συγκεκριμένα πλαίσια και παρέχονται και ενισχυτικοί παράγοντες (Lang, 2009).

Επιπλέον, οι Chalfant et al. τονίζουν ότι «η γνωστική -συμπεριφορική θεραπεία είναι κατάλληλη για τη διαταραχή φάσματος αυτισμού, εξαιτίας των ομοιοτήτων,

που φαίνεται να ταιριάζουν με το στυλ επεξεργασίας πληροφοριών των παιδιών με αυτισμό και με αυτό των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Chalfant et al., 2006). Αυτό το γεγονός βασίζεται όπως προείπαν πολλοί ερευνητές στο ότι τα παιδιά με αυτισμό σύμφωνα με τη θεωρία κεντρικής συνοχής επικεντρώνονται σε μικρές λεπτομέρειες υπερ-επιλεκτικά δηλαδή και όχι στο σύνολο ώστε να το σκανάρουν και να καταλήξουν σε κάτι γενικό (Frith, 1989· Harpe, 1994a· Harpe, Briskman & Frith, 2001· Morgan, Maybery & Durkin, 2003· Wing, 1976, 1997, οπ. αναφ. Chalfant et al., 2006).

Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Chalfant και συν. η παρέμβαση που βασίστηκε στη γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία σχεδιάστηκε για παιδιά με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό στο πανεπιστήμιο Macquarie με ονομασία «Cool Kids» (Lyneham, Abbott, Wignall & Rapee, 2003, οπ. αναφ. Chalfant et al., 2006). Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που σχεδιάστηκε να διεξαχθεί σε μορφή ομάδας και επικεντρώθηκε στην αναγνώριση των συναισθημάτων άγχους, τις σωματικές αντιδράσεις που προκαλεί, τη μίμηση ομιλίας, τις γνωστικές ασκήσεις αναδιάρθρωσης και την έκθεση στα φοβικά αντικείμενα χρησιμοποιώντας οπτικά βοηθήματα και δομημένα φυλλάδια εργασίας (Chalfant et al., 2006).

Σε έρευνα που διεξήγαγε ο Wood, ο εμπλουτισμός και η τροποποίηση της γνωστικής- συμπεριφορικής μεθόδου φάνηκε ότι μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμη. Για παράδειγμα, κατά την εφαρμογή της και με την κατάλληλη εκπαίδευση οι γονείς αλλά και οι εκπαιδευτικοί ήταν σε θέση να εφαρμόσουν στρατηγικές διαχείρισης συμπεριφορών, για να ανακατευθύνουν τις μη επιθυμητές συμπεριφορές (όπως στερεοτυπίες και διασπάσεις) και παρείχαν νύξεις για την υπόδειξη και ανάπτυξη πρώτων κοινωνικών και προσαρμοστικής λειτουργικότητας δεξιοτήτων με σκοπό τη εκδήλωσή τους σε γενικά πλαίσια (γενίκευση) και δεύτερον τη μείωση του άγχους, όπως έπραξαν και οι Reaven και Hepburn (Reaven & Hepburn, 2006, οπ. αναφ. Wood, 2009), (εφόσον, υπέδειξαν στα παιδιά τι να πράξουν ανάλογα με το πλαίσιο).

Τα θετικά αποτελέσματα αυτής της προσέγγισης πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψιν, καθώς ο ρόλος του γονέα και του εκπαιδευτικού, αλλά και της εξωτερικής θεραπείας (έξω από το γραφείο του θεραπευτή στο καθημερινό περιβάλλον του

παιδιού), δείχνουν πως για το φάσμα διαταραχής αυτισμού, δεν θα πρέπει να ισχύει ο παραδοσιακός ορισμός της γνωστική- συμπεριφορικής θεραπείας μέσα σε ένα γραφείο. Συγκεκριμένα, δηλαδή καλό θα ήταν να γίνεται γενίκευση της θεραπείας με το περιβάλλον του παιδιού. Τέλος, ο Wood τονίζει ότι θα ήταν πιο ωφέλιμο όχι να γίνει προσπάθεια επίλυσης όλων των προβλημάτων ταυτόχρονα, αλλά να μεριμνηθεί η επικέντρωση σε συγκεκριμένους στόχους κάθε φορά (Wood, 2009). Μια ολιστική προσέγγιση που περικλείει το παιδί, τον εκπαιδευτικό, το γονέα και το θεραπευτή (ίσως και τον φροντιστή του παιδιού), αναμένεται να αποφέρει «καλύτερους καρπούς».

### **Φαρμακευτική αγωγή**

Η παράμετρος της φαρμακευτικής αγωγής δεν θα μπορούσε να λείπει, καθ' ότι τα φάρμακα αποτελούν μια «άμεση» λύση σχεδόν πάντοτε. Σύμφωνα με τη Syriopoulou- Delli και συν. οι Oswald και Sonenklar, καταγράφουν ποσοστό χρήσης φαρμακευτικών ουσιών 45 με 83%, (Oswald and Sonenklar, 2007 οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018), ενώ η ουσία citalopram δεν θεωρείται να έχει κάποιο αποτέλεσμα σύμφωνα με τους King και συν. στην εκδήλωση στερεοτυπίας (King et al, 2009, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Παράλληλα, η Syriopoulou-Delli et al. αναφέρει ότι υπάρχει και άλλο είδος ουσιών όπως για παράδειγμα τα αντιψυχωσικά φάρμακα όπως η risperidone (McCracken, McGough, Shah, Cronin, Hong, Aman & McDougale, 2002, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018), η aripiprazole (McCracken et al., 2002· Shea, Turgay, Carroll, Schulz, Orlik, Smith, & Dunbar, 2004, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) και η riperiprazole (Marcus, Owen, Kamen, Manos, McQuade, Carson, & Aman, 2009· Owen et al., 2009· Stigler, Diener, Kohn, Li, Erickson, Posey, & McDougale, 2009, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) με στόχο τη μείωση της ευερεθιστότητας στα παιδιά με αυτιστική διαταραχή (McCracken et al., 2002, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Δυστυχώς όμως σύμφωνα με τους McDougale, Stigler, Erickson, και Posey, υπάρχουν παρενέργειες όπως ανωμαλίες στο μεταλισμό (McDougale et al., 2008, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018) και είναι σημαντικό να τονισθεί η άποψη της



αξίας της εφαρμογής της φαρμακευτικής θεραπείας (Sukhodosky et al., 2013, οπ. αναφ. Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Βέβαια, προτείνεται ως τελευταία λύση η φαρμακευτική αγωγή στην έρευνα των Vasa, Mazurek, (2015), καθώς προτείνουν πρώτα να γίνεται μια αξιολόγηση και τροποποίηση του ψυχοκοινωνικού τομέα και άλλων συναφών παραγόντων ώστε να βρεθεί κάποια άλλη θεραπεία. Ωστόσο, προτείνεται σε περίπτωση επιμονής των συμπτωμάτων, τότε η φαρμακευτική αγωγή είναι αναπόφευκτη λύση ανάλογα τη σοβαρότητα του άγχους και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων Vasa, Mazurek, (2015).

Λίγες είναι οι έρευνες που αφορούν τη φαρμακευτική ουσία citalopram και δείχνουν ότι μειώνει το άγχος όπως των Couturier Nicolson (2002) και των Namerow, Thomas, Bostic, Prince, & Monuteaux, (2003). Αντιθέτως, δεν έχει βρεθεί κανένα όφελος στην έρευνα των Martin, Koenig, Anderson, & Scahill, (2003) για τη χρήση της ουσίας fluvoxamine, κατά την οποία παρατηρήθηκαν αντίθετα αποτελέσματα από τη μείωση άγχους, όπως εριστικότητα και ακαμψία.

## Άλλες Προσεγγίσεις

Οι Syrioroulou-Delli και συν. προτείνουν στο άρθρο τους προσεγγίσεις που αφορούν:

**Πίνακας 3 Προσεγγίσεις ενίσχυσης επικοινωνίας**

<b>1. Δομημένη Οπτικοποίηση</b>
<b>2. Αναλυτικό Πρόγραμμα</b>
<b>3. Εναλλακτικές Προσεγγίσεις</b>
<b>4. Διδακτικά Αντικείμενα</b>
<b>5. Διδακτικές Προσεγγίσεις</b>
<b>6. Επικοινωνία</b>
<b>7. Κίνητρα</b>
<b>8. Εκπαιδευτικός ως κοινωνικός μεσολαβητής</b>
<b>9. Οικογένεια</b>

(Syrioroulou-Delli et al., 2018).

### *Δομημένη οπτικοποίηση*

Η παραπάνω προσέγγιση που προτείνεται από τη Syrioroulou-Delli και συν. βασίζεται στη θεωρία των ελλειμμάτων των παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Βασιζόμενοι στο δυνατό οπτικό κανάλι αυτών των παιδιών που τους παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για το περιβάλλον τους, γνωρίζοντας την αδύναμη ικανότητα επικοινωνίας και μεταβίβασης νοημάτων, προτείνουν την προσαρμογή των διδακτικών αντικειμένων που κατανοείται καλύτερα από το κάθε παιδί είτε αυτό θα είναι λέξεις προτάσεις, σύμβολα, εικόνες είτε ασπρόμαυρες είτε έγχρωμες, φωτογραφικό υλικό, τρισδιάστατα μοντέλα, ή οτιδήποτε άλλο είναι οικείο και κατανοητό από το παιδί (Syrioroulou-Delli et al., 2018).

Παράλληλα, θα πρέπει να αφαιρεθούν οποιαδήποτε «ξένα» αισθητηριακά ερεθίσματα που ενδέχεται να αποσπούν το παιδί όπως μυρωδιές, και ήχοι, ενώ με σκοπό να αναπτυχθεί η οικειότητα με το φοβικό ερέθισμα ή αντικείμενο μπορεί να προβεί κανείς στην οπτικοποίηση και την κατασκευή του και γενικότερα σε κάποια απτή μορφή του (Sygiouroulou-Delli et al., 2018). Αδιαμφισβήτητα, όμως είναι πολύ σημαντικό σύμφωνα με Sygiouroulou-Delli και συν. να δοθεί μια ξεκάθαρη και σαφής εξήγηση και διάκριση στο παιδί για το τι αποτελεί κίνδυνο και τι όχι, καθώς αναπτύσσει δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους του σε δύσκολες καταστάσεις (Sygiouroulou-Delli et al., 2018). Πέρα από το διδακτικό όμως πλαίσιο θα πρέπει και το περιβάλλον του σχολείου να διαμορφωθεί καταλλήλως με ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, δραστηριότητες, χώρους ώστε να μειωθούν οι εκρήξεις άγχους στα παιδιά με αυτισμό (Sygiouroulou-Delli et al., 2018).

#### *Αναλυτικό πρόγραμμα*

Έμφαση δίνεται και στο αναλυτικό πρόγραμμα από τη Sygiouroulou-Delli και συν. Αναλυτικότερα, οι εκπαιδευτικοί είναι άτομα που απασχολούν τα παιδιά με αυτισμό πάρα πολλές ώρες τη μέρα και είναι απαραίτητο υπάρχει πρόσβαση του αναλυτικού προγράμματος από όλα τα παιδιά. Είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση του προγράμματος των παιδιών ανάλογα, με τα γνωστικά και συναισθηματικά επίπεδα του μαθητή σε ολιστική συνεργασία πάντα με τους γονείς το λογοθεραπευτή του παιδιού και τις υπόλοιπες ειδικότητες (Sygiouroulou-Delli et al., 2018).

Χρήσιμη και ουσιώδης θεωρείται και η ενσωμάτωση κοινωνικών και συναισθηματικών προγραμμάτων για το μαθητή με απώτερο σκοπό να αναγνωρίζει συναισθήματα, και να εκτίθεται σταδιακά προκειμένου να αποκτήσει οικειότητα με φοβικές καταστάσεις και φοβικά αντικείμενα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του. Εν τέλει ο εκπαιδευτικός, δεν θα πρέπει να λησμονεί ότι το πρόγραμμα θα πρέπει πάντοτε να είναι ευέλικτο και να ξεκινά με απλές οδηγώντας το παιδί σταδιακά στην κατάκτηση των πιο σύνθετων εννοιών (Sygiouroulou-Delli et al., 2018).

### *Εναλλακτικές προσεγγίσεις*

Οι εναλλακτικές προσεγγίσεις που προτείνουν οι Syrioroulou-Delli και συν. βασίζονται στα ελλείμματα της επικοινωνίας και προσπαθούν να τα καλύψουν και να την καταστήσουν όσο το δυνατότερο λειτουργική, γνωστά και ως εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας. Είναι πολύ σημαντική αρχικά, η παρατήρηση του παιδιού σε αυτόν το τομέα από τον εκπαιδευτικό που θα προσπαθήσει να κατανοήσει τις επικοινωνιακές νύξεις του παιδιού. Παράλληλα, τα comic strip conversations (κόμικ ιστορία), είναι μια πολύ ωφέλιμη τεχνική ειδικότερα για τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας για την ολιστικότερη κατανόηση δυσονήτων ή και φοβικών καταστάσεων και εννοιών (Syrioroulou-Delli et al. 2018).

Επίσης, αναφέρεται και το «γνωστικό παιχνίδι αντικειμένων», (cognitive object game), όπως περιγράφεται από το πρόγραμμα TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related communication Handicapped Children), μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διδαχθούν αντικείμενα που προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους και φόβου στο παιδί ανάμεσα στη διδασκαλία των υπόλοιπων αντικειμένων του παιχνιδιού είτε σε δομημένο είτε σε ημιδομημένο ή σε εντελώς ελεύθερο πλαίσιο, ενώ οι ρόλοι παιχνιδιού μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης για την έκθεση των παιδιών και την επιδίωξη της οικειότητας με τα φοβικά ερεθίσματα (Syrioroulou-Delli et al. 2018). Παράλληλα, Syrioroulou-Delli και συν. προτείνουν τις εξής διδακτικές στρατηγικές όπως «παρεμπόδιση ενεργειών, σκόπιμο λάθος, παράλειψη και επιλογή ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα της αντιληπτικής επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και να εξασκηθεί το παιδί στο να αντιμετωπίζει καταστάσεις και ερεθίσματα που προκαλούν άγχος, φόβο και στρες» (Syrioroulou-Delli et al. 2018).

### *Διδακτικά αντικείμενα και Διδακτικές προσεγγίσεις*

Τα αντικείμενα διδασκαλίας, προτείνουν οι Syrioroulou-Delli και συν. που θα επιλεγθούν καλό θα ήταν να ληφθεί υπ' όψιν και έννοιες συσχετιζόμενες με κοινωνικές δεξιότητες και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση καθ' όλη τη διάρκεια της σχολική φοίτησης. Οι εκπαιδευτικοί όταν διαπιστώσουν (σε συνεργασία πάντα με

τους γονείς και τους υπόλοιπους συναδέλφους) επίπεδα άγχους το παιδιού, θα ήταν ωφέλιμο να αναδιαμορφώσουν τα διδακτικά αντικείμενα εμπλουτίζοντας με θεματικές που απασχολούν το παιδί φοβικά, ενώ η διδασκαλία μπορεί να γίνει σε ατομικά ή ομαδικά και σε πλαίσια project ή ευέλικτης ζώνης (Syrioroulou-Delli et al. 2018). Μια πολλή καλή τεχνική που προτείνεται είναι ο «κύκλος των φίλων» (circle of friends), οποίος πρέπει να αποτελείται από οικεία πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος του παιδιού (όπως φίλοι, γονείς, αδέρφια, γείτονες) (Syrioroulou-Delli et al. 2018).

Όσον αφορά την γενική εκπαίδευση και τον αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται σύμφωνα με τις προτάσεις των Syrioroulou-Delli και συν. σοβαρά πως η διδασκαλία πρέπει να γίνεται σε ένα ήσυχο περιβάλλον και με έναν-προς- ένα διδασκαλία με τον αντίστοιχο εκπαιδευτικό της παράλληλης στήριξης. Σε αυτό το κλίμα συνεργασίας μαθητή και εκπαιδευτικού είναι δυνατόν να εισαχθεί και η διδασκαλία τυχόν φοβικών αντικειμένων και καταστάσεων που προκαλούν άγχος σε συνεργασίας πάντοτε και με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς και με τη χρήση ομάδων σε δραστηριότητες και παιχνίδια που αφορούν το φοβικό αντικείμενο/κατάσταση (Syrioroulou-Delli et al. 2018).

### *Επικοινωνία και Κίνητρα μαθητή*

Είναι ουσιώδες ένα παιδί με αυτιστική διαταραχή να μπορεί να επικοινωνήσει τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τα άγχη και τις φοβίες του. Για αυτό σύμφωνα με τους Syrioroulou-Delli και συν. είναι αναγκαία η ανάπτυξη της εναλλακτικής επικοινωνίας με όποιο σύστημα κρίνεται περισσότερο ταιριαστό για την κάθε περίπτωση μαθητή είτε αυτό θα είναι Makaton είτε PECS (Picture Exchange Communication System). Όταν ένα άτομο μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον γύρω του μειώνεται η ένταση, η ανησυχία, το άγχος και η ευερεθιστότητα που θα ένιωθε εάν δεν τον κατανοούσε κανείς και θα επιτύχανε την ένταξή του στον κοινωνικό περίγυρο ευκολότερα γνωρίζοντας την ανάλογη συμπεριφορά και στάση που κρατά σε κάθε περίπτωση (Syrioroulou-Delli et al. 2018).

Τα κίνητρα του μαθητή αποτελούν πολύ σημαντική τακτική για τη διεκπεραίωση της διδασκαλίας. Είναι απαραίτητο να δίνονται κίνητρα στο μαθητή που βασίζονται στις προτιμήσεις και τα ενδιαφέροντά του όπως αγαπημένα αντικείμενα, τεχνολογικά εργαλεία (Tablets, I pads) ώστε να προκληθεί το ενδιαφέρον και η προσοχή τους στη διδασκαλία. Η προβολή βίντεο με μοντελοποίηση (βλέπουν ένα άτομο να συμπεριφέρεται ή κάνει κάτι) μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Syriouroulou-Delli et al. 2018).

#### *Εκπαιδευτικός ως κοινωνικός διαμεσολαβητής και Οικογένεια*

Κατά την εφαρμογή όλων των παραπάνω μεθόδων ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι και να παραμένει μεσολαβητής. Όμως κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί αρχικά με την κατάλληλη εκπαίδευση όλων των ενεργών εκπαιδευτικών και τη συνεχή υποστήριξη στο έργο τους ανά πάσα στιγμή που θα χρειαστούν βοήθεια (Syriouroulou-Delli et al. 2018).

Τέλος, η οικογένεια και η εμπλοκή της στη σχολική ζωή του παιδιού παίζει σημαντικό ρόλο η ενεργή παρουσία της στη σχολική ζωή του παιδιού. Είναι πολύ σημαντικό όπως τονίζουν οι Syriouroulou-Delli και συν. οι εκπαιδευτικοί και οι υπόλοιπες ειδικότητες να συνεργάζονται στην αξιολόγηση και τη διαχείριση της αγχώδους συμπτωματολογίας. Το πρόγραμμα που θα διαμορφωθεί για το μαθητή δεν θα ωφελήσει να εφαρμόζεται μόνο στο σχολικό περιβάλλον αλλά να επεκταθεί και στο οικογενειακό, ώστε να γίνει πλήρως κατανοητό τι είναι αυτό που αγχώνει το παιδί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα με την κατάλληλη διδακτική προσέγγιση (γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία) (Syriouroulou-Delli et al., 2018).

Επιπροσθέτως, η Salvatore της Autism Resources and Community (2017) προτείνει 5 προσεγγίσεις για να μπορέσουν οι εκπαιδευτικοί να βοηθήσουν τα άτομα με αυτισμό να αντιμετωπίσουν τα αγχώδη συμπτώματά τους.

**Πίνακας 4 Προσεγγίσεις για την εξάλειψη αγχωτικών καταστάσεων**

1. Εντοπισμός του/των παράγοντα/ων που προκαλεί/ούν άγχος
2. Οπτικοποίηση προγράμματος και μεταβάσεων
3. Δημιουργία ασφαλούς ζώνης
4. Τεχνικές χαλάρωσης
5. Κοινωνικές Ιστορίες

**(Salvatore, 2017)**

Αρχικά, καλό θα ήταν να εντοπίσει ο εκπαιδευτικός τον/τους παράγοντα/ες που προκαλεί/ούν άγχος στο παιδί και εφόσον βρεθεί/ούν, μπορεί να σχεδιαστούν τρόποι αντιμετώπισης του. Επίσης, με ενθάρρυνση των γονέων και του εκπαιδευτικού το παιδί εμπλέκεται άμεσα σε φοβικές καταστάσεις που είναι ασφαλείς για το ίδιο και με επιβράβευση γίνεται προσπάθεια σταδιακής αντιμετώπισής τους. (πίνακας 4, προσέγγιση1) (Salvatore, 2017)

Επιπλέον, η χρήση εικόνων, καρτών και βίντεο του προγράμματος αλλά και των μεταβάσεων από δραστηριότητα σε δραστηριότητα που αφορούν το σχολείο και την καθημερινή ζωή είναι πολύ χρήσιμη και αποτελεσματική στη μείωση άγχους. Το παιδί με αυτό τον τρόπο προετοιμάζεται για την επικείμενη κατάσταση που του προκαλεί άγχος και ξέρει τι επρόκειτο να επακολουθήσει με απόρροια την ομαλή μετάβαση και δεν πυροδοτούνται η συμπτωματολογία άγχους. (πίνακας 4, προσέγγιση 2) (Salvatore, 2017)

Στη συνέχεια, προτείνεται η δημιουργία μιας ασφαλούς ζώνης δηλαδή ενός χώρου με χαλαρωτικά για το ίδιο αντικείμενα όπως μπάλες άγχους, χαλαρωτική μουσική, παζλ ή οτιδήποτε χαλαρώνει το παιδί. Συνεπώς, το παιδί θα καταφεύγει εκεί κάθε φορά που νιώθει ότι δεν αντέχει άλλο και το πνίγει το υπερβολικό άγχος. Ωστόσο, δεν θα ήταν ωφέλιμο να γίνει κατάχρησή της σε μόνιμη βάση, παρά μόνο όταν πραγματικά χρειάζεται. Διαφορετικά, το παιδί θα καταφεύγει εκεί κάθε φορά που

προδοτείται το άγχος του. Συνίσταται κυρίως για τα παιδιά με κοινωνικό άγχος όταν βρίσκονται σχολείο και αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις όπως συνδιαλλαγή με συνομηλίκους, έντονη φασαρία και άλλα.( πίνακας 4, προσέγγιση 3) (Salvatore, 2017)

Έπειτα, ως τέταρτη προσέγγιση λαμβάνεται υπόψη ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης. Βέβαια, μπορεί να ακολουθηθεί εφόσον ταιριάζει στο προφίλ του παιδιού διότι μειώνει κατά πολύ τα επίπεδα άγχους εάν ακολουθηθούν οι σχετικές οδηγίες. (πίνακας 4, προσέγγιση 4) (Salvatore, 2017)

Τέλος, οι κοινωνικές ιστορίες δεν θα μπορούσαν να λείπουν. Οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς δείχνουν καταστάσεις στο παιδί πριν να συμβούν όπως για παράδειγμα βόλτα στην καφετέρια ή ψώνια στο μανάβικο. Πρόκειται για απλές ιστορίες που χρησιμεύουν ως μοντελοποίηση και συμπεριλαμβάνουν όλες τις πιθανές καταστάσεις. Είναι ουσιώδες το να γνωρίζει ένα παιδί με αυξημένα επίπεδα άγχους εκ των προτέρων τι θα αντιμετωπίσει και σε τι ενέργειες πρέπει να προβεί ώστε να παραμείνει ήρεμο. (πίνακας 4, προσέγγιση 5) (Salvatore, 2017)

Προσεγγίσεις που αφορούν την τάξη σε συνδυασμό με το πρόγραμμα και το μαθητή θα πρέπει επίσης να τις γνωρίζουν οι εκπαιδευτικοί όταν εντοπίσουν κάποιο παιδί με άγχος.

### **Συναισθηματική ενίσχυση**

Η Morin (Morin, χ.χ.) προτείνει τη συναισθηματική ενίσχυση του παιδιού με άγχος, δηλαδή τη χρήση μεθόδων αυτό-χαλάρωσης ή τεχνικών μείωσης του άγχους που έχουν διδαχθεί από κάποιο ψυχολόγο. Επίσης, ο εκπαιδευτικός καλό ήταν να αφήσει το παιδί να κρατά κάποιο αντικείμενο που τον ηρεμεί όπως για παράδειγμα ένα μπαλάκι ή φωτογραφίες της οικογένειάς του. (Morin, χ.χ.).

### **Οργάνωση τάξης, προγράμματος και ρουτίνας**

Συνεχίζοντας, η Morin τονίζει ότι το παιδί θα ήταν βολικό να κάθεται όπου αισθάνεται πιο άνετα (δίπλα σε ένα φίλο, δίπλα στον εκπαιδευτικό, δίπλα στην



πόρτα κ.α.), στο πίσω μέρος του δωματίου ή δίπλα σε κάποια έξοδο κατά την ώρα συναθροίσεων σε περίπτωση που χρειαστεί να βγει (Morin, χ.χ.). Επίσης, πολλές φορές ενδέχεται να χρειαστεί το παιδί να βγει εκτός τάξης, να περπατήσει στο διάδρομο ή να πει λίγο νερό, έχοντας δίπλα του τον εκπαιδευτικό ή ένα φίλο βοηθό (στο διάλειμμα, στο μεσημεριανό). Καταλήγοντας, είναι χρήσιμη η προετοιμασία για τυχόν αλλαγές στο πρόγραμμα του παιδιού (αλλαγή δραστηριότητας, δασκάλου, ώρας) και ο εκπαιδευτικός γενικότερα προτείνεται να δίνει χρόνο στο παιδί ώστε να επεξεργαστεί τις μεταβάσεις πριν συμβούν (Morin, χ.χ.).

### **Τα videogames ως μια νέα επιλογή. Το videogame Mindlight**

Τα videogames έχουν αρχίσει να εξετάζονται ολοένα και περισσότερο από τους ερευνητές σαν επιλογή, δημιουργώντας και προσαρμόζοντας ειδικά περιβάλλοντα για άτομα με διαταραχές. Αδιαμφισβήτητα, πολλοί όπως οι Granic, Lobel και Engels, (2014, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015) και οι Ferguson & Olson (2013, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015) παραπέμπουν, πως έχει βρεθεί μέσα από ερευνητικά δεδομένα ότι τα videogames μπορούν να λειτουργήσουν ως εργαλείο ωφέλειας της ψυχικής υγείας και ηρεμίας των παιδιών και των νέων.

Με αφορμή τα δεδομένα αυτά κάποιοι ερευνητές θέλησαν να εφαρμόσουν την ιδέα των videogames για την καταστολή ορισμένων συμπτωμάτων των διαταραχών γενικότερα, όπως οι Merry, Stasiak, Shepherd, Frampton, Fleming και Lucassen, που δημιούργησαν το videogame SPARX και το εφάρμοσαν ως θεραπεία σε νέους ηλικίας 12 με 19 ετών με κατάθλιψη, με τελικώς, ενθαρρυντικά αποτελέσματα μείωσης των συμπτωμάτων μετά την εφαρμογή (Merry et al., 2012, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015).

Ταυτόχρονα, λαμβάνοντας τις θετικές απόρροιας και με στόχο, την αρωγή των συμπτωμάτων των διαταραχών του άγχους το Ινστιτούτο Playnice εμπνεύστηκε το videogame Mindlight (Wijnhoven et al., 2015) το οποίο οι Schoneveld, Malmberg, Lichtwarck-Aschoff, Verheijen, Engels και οι Granic, εφάρμοσαν το συγκεκριμένο παιχνίδι με θετικά αποτελέσματα (Schoneveld et al., 2015, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015), όμως δυστυχώς μέχρι και σήμερα δεν υπάρχουν μελέτες πάνω στην εφαρμογή σε κάποιο επίσημο videogame (Wijnhoven et al., 2015).

Το Mindlight είναι ένα videogame βασισμένο στις αρχές της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και στην ανατροφοδότηση μέσω νευρώνων, οι οποίες είναι βασισμένες σε δεδομένα για παιδιά και νέους με αγχώδεις διαταραχές (Wijnhoven et al., 2015).

### ***Περιγραφή videogame***

Η υπόθεση του videogame αφορά τον μικρό Άρθουρ που έχει απομείνει μόνος του, καθώς οι γονείς του τον αφήνουν στο κατώφλι ενός μεγάλου τρομακτικού σπιτιού. Ο Άρθουρ πρέπει να μπει στο σπίτι μόνος του και να αντιμετωπίσει τους φόβους χρησιμοποιώντας την εσωτερική του δύναμη, παρά τις τρομακτικές σκιές και τα αντικείμενα, πρέπει να νικήσει τους φόβους του (Wijnhoven et al., 2015). Ως «όπλο» του στην περιπέτεια έχει μια σφαίρα φωτός που φωτίζει τριγύρω το χώρο, αλλά το φως δυναμώνει μόνο όταν δυναμώνει ο ίδιος και βρίσκει την εσωτερική δύναμη (βλ. εικόνα 3) (Wijnhoven et al., 2015).

Οι μετρήσεις της «εσωτερικής δύναμης» δεν είναι ανυπόστατες, αλλά συνδέονται άμεσα στην πραγματικότητα με αυτά που νιώθει το παιδί και μετριέται με ένα ζευγάρι ακουστικών που λαμβάνουν την ανατροφοδότηση από τους νευρώνες στο κεφάλι του παιδιού (The MindWave· Neurosky USA· Johnstone et al., 2012, Wijnhoven et al., 2015), τα οποία φορούν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Τα ακουστικά που χρησιμοποιούνται εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι έχει διασφαλισθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητά τους σύμφωνα με τους Johnstone, Blackman, και Bruggemann, και θα ήταν χρήσιμη η χρήση τους και σε παιδιά με άλλες διαταραχές όπως διαταραχή υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής (Johnstone et al., 2012, Wijnhoven et al., 2015).

Εικόνα 3 Videogame MindLight. χαλάρωση στο παιχνίδι: παραμονή ηρεμίας για να φωτίζεται το περιβάλλον



(Wijnhoven et al., 2015).

Παράλληλα, επειδή παραπάνω αναφέρθηκαν τα σήματα των νευρώνων θα εξηγηθούν τα είδη και πως συμβάλλουν στη διαδικασία. Τα σήματα που λαμβάνονται από έναν αισθητήρα κίνησης που εμπεριέχει ένα ηλεκτρόνιο, είναι τέσσερα: το Άλφα, το Βήτα, το Θήτα και το Δέλτα. Το Άλφα και το Βήτα χρησιμοποιούνται και για ανατροφοδότηση των παιδιών σε πραγματικό χρόνο εκτός παιχνιδιού (Wijnhoven et al., 2015).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τα σήματα Άλφα, αντιπροσωπεύουν το βαθμό χαλάρωσης που νιώθει το παιδί ακριβώς την ώρα που το «αισθάνεται», χαρακτηριστικό που χρησιμοποιείται στη γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία και ενσωματώνεται και στο παιχνίδι. Το παιδί μαθαίνει να κρατά την ψυχραιμία του, να πετοχαίνει την αυτορρύθμιση, αντιμετωπίζοντας κατάματα τρομακτικά ερεθίσματα όπως τέρατα που συνηθίζοντάς τα, επιβραβεύεται μαζεύοντας πόντους (Wijnhoven et al., 2015).

Από την άλλη πλευρά, τα σήματα Βήτα δείχνουν το βαθμό συγκέντρωσης και της επικέντρωσης της προσοχής του παίκτη. Η επιτεταμένη προσοχή επιτρέπει στον παίκτη να λύνει παζλ μέσω της μεθόδου attention bias modification (ABM), που

είναι εκπαιδευτικό πρωτόκολλο της γνωστική- συμπεριφορικής θεραπείας και σύμφωνα με τον Hammond «βασίζεται στην ιδέα ότι οι διαστρεβλωμένες γνωστικές προσεγγίσεις και συγκεκριμένα προτιμήσεις στην προσοχής, χαρακτηρίζονται από υψηλή συγκέντρωση προσοχής σε επικείμενες απειλές και κινδύνους που παίζουν ρόλο στην παθογένεια άγχους των παιδιών» (Hammond, 2005, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015). Οπότε η μέθοδος ABM έχει αποκτήσει εγκυρότητα και αξιοπιστία ως προς τη μείωση άγχους, επανεκπαιδεύοντας το σύστημα προσοχής ώστε να επικεντρώνεται στο θετικό ερέθισμα σύμφωνα με τον Bar-Haim (Bar-Haim, 2010, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015).

Σύνηθες είναι, όπως σε όλα τα videogames να υπάρχει και η επιβράβευση του παίκτη. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, κάθε φορά που το παιδί επικεντρώνεται στα θετικά ερεθίσματα όπως για παράδειγμα χαρούμενα πρόσωπα σε κάδρα, ή όταν αποστρέφει την προσοχή από τα αρνητικά ερεθίσματα δηλαδή τρομακτικά πρόσωπα ή/ άγρια ζώα, καταγράφεται μέσω του συστήματος των νευρώνων (Wijnhoven et al., 2015).

Παράλληλα, όλες αυτές οι διαδικασίες στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιούνταν σε συνεδρίες από καταρτισμένους ψυχολόγους σε συνεδρίες παιχνιδιού, ξεκινώντας από μια εισαγωγή κατά τις πρώτες συνεδρίες, συνεχίζοντας έπειτα με το παιχνίδι. Είναι ευκόλως ευνόητο, ότι γίνονται και ερωτήσεις τύπου συνέντευξης όπως «Πως πήγε το παιχνίδι σήμερα; Τι σε δυσκόλεψε ή τι σου φάνηκε πιο εύκολο; Τι έμαθες;» κ.λπ. (Wijnhoven et al., 2015).

Επίσης, στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε σε μια ομάδα ελέγχου (για να αποφευχθεί η περίπτωση εύρεσης εικονικών αποτελεσμάτων), που αποτελούνταν πάλι από παιδιά με αυτισμό και άγχος, το videogame Triple Town, ένα παιχνίδι που σκοπός του είναι ο παίκτης να χτίσει μια πόλη συνδυάζοντας τα κατάλληλα αντικείμενα όπως δέντρα και σπίτια, αποτρέποντας τα αρνητικά ερεθίσματα να την γκρεμίσουν όπως αρκούδες. Δεν επικεντρώνεται όμως στην μείωση άγχους (Wijnhoven et al., 2015).

Υπάρχουν πολλές προσδοκίες για το videogame Mindlight, όχι μόνο για να επιδράσει στα συμπτώματα του κλινικού άγχους των παιδιών, αλλά και για να διαπιστώσουν οι γονείς από τη δική τους οπτική λιγότερο άγχος και ένταση και οι δάσκαλοι λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς και λειτουργικής προσαρμοστικότητας (Wijnhoven et al., 2015).

Το Mindlight προσπαθεί να επικεντρωθεί στο άγχος χρησιμοποιώντας κάποιους μηχανισμούς. Πρώτον, σύμφωνα με τους Abramowitz, Deacon, και Whiteside, χρησιμοποιεί μεθόδους έκθεσης της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας του υποκείμενου, έγκυρη βάση δεδομένων, για αγχώδη άτομα (Abramowitz et al., 2011, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015), διότι δεύτερον, τα υποκείμενα εκτίθενται σταδιακά στα τρομακτικά και φοβικά για αυτά αντικείμενα, διαδικασία που τους δίνει την ευκαιρία μέσω της επανειλημμένης εμπειρίας να αποκτήσουν οικειότητα και να νιώθουν λιγότερο άγχος, ένταση και φόβο όταν τα αντιμετωπίζουν (Wijnhoven et al., 2015).

Τρίτον, το videogame σύμφωνα με τον Hammond, μεταχειρίζεται και το σύστημα ανατροφοδότησης μέσω νευρώνων, η οποία είναι εξαιρετική στη μείωση της συμπτωματολογίας του άγχους των παιδιών με αυτισμό (Hammond, 2005, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015). Αυτοί οι μηχανισμοί ουσιαστικά, συμβάλλουν στην αυτορρύθμιση των επιπέδων διέγερσης/έντασης μέσω της χαλάρωσης και συγκέντρωσης (Wijnhoven et al., 2015).

Τέταρτος και τελευταίος μηχανισμός είναι η μέθοδος ABM με την οποία τα παιδιά α) μαθαίνουν την αποφυγή της προσοχής από τα φοβικά ερεθίσματα μεταβιβάζοντάς την αλλού και β) την επικέντρωση σε θετικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους, σύμφωνα με τους Muris & Field (Muris & Field, 2008, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015).

Επιπροσθέτως, όπως είναι αναμενόμενο το εν λόγω videogame σύμφωνα με τους Wijnhoven και συν. έχει κάποιες προϋποθέσεις/λόγους που το καθιστούν ικανό εργαλείο για την αντιμετώπιση του κλινικού και όχι μόνο άγχους: αρχικά, σύμφωνα με τον Khadanker, ένα τέτοιο περιβάλλον τεχνολογίας ενδέχεται να αποτελέσει

ισχυρό κίνητρο, αφού είναι ευρέως διαδεδομένο το ενδιαφέρον και η «εμμονή» των παιδιών με αυτισμό για κάθε τι τεχνολογικό κατασκεύασμα (Khandaker, 2009, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Silver και Oaks, η απεικόνιση και το δομημένο περιβάλλον αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο για να εφαρμόσει τις αρχές της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας στα παιδιά με αυτιστικό φάσμα, εφόσον είναι κατάλληλος ο τρόπος εργασίας (Silver & Oaks, 2001, οπ. αναφ. Wijnhoven et al., 2015), αφού το περιβάλλον διαθέτει εφέ για τα φοβικά ερεθίσματα, μέσω οπτικών και αισθητηριακών πληροφοριών στο δέκτη, με σκοπό την εκμάθηση μεθόδων αυτορρύθμισης (Wijnhoven et al., 2015).

Τρίτον, χαρακτηριστική είναι η συχνή έκθεση και εξάσκηση επανειλημμένως, με στόχο την προαγωγή του παίκτη σε δυσκολότερο επίπεδο. Ουσιαστικός σκοπός όμως παραμένει η μείωση της «απόστασης» που διατηρείται ανάμεσα στη γνώση και τη συμπεριφορά, ενώ επιδιώκεται η αυτοματοποίηση και υπεργενίκευση γνωστικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων (Wijnhoven et al., 2015). Εν τέλει, τέταρτη προϋπόθεση αποτελεί ότι είναι ένα είδος εξάσκησης που τα παιδιά μπορούν να έχουν πρόσβαση ανά πάσα στιγμή και στο σπίτι τους, χωρίς μεγάλο κόστος (Wijnhoven et al., 2015). Τα αναμενόμενα αποτελέσματα, είναι ότι σε τρεις μήνες εφαρμογής θα επέλθει μείωση των συμπτωμάτων και το Mindlight τελικά θα αποτελέσει ουσιώδη συνεισφορά στον τομέα της θεραπείας άγχους στα παιδιά με αυτιστική διαταραχή (Wijnhoven et al., 2015).

### **Σκοπός έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής για το άγχος στα παιδιά με ΔΑΦ και να μελετηθούν εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού στα επίπεδα άγχους. Επιπροσθέτως, θα εξετασθεί εάν μεταβλητές όπως το φύλο και η ηλικία σχετίζονται με την εμφάνιση διαταραχών άγχους. Τέλος, παρουσιάζονται εκπαιδευτικές και εναλλακτικές

προσεγγίσεις που αφορούν την αντιμετώπιση του άγχους σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Παρόμοιες έρευνες έχουν κάνει οι Lyneham και συν. (Lyneham et al., 2008) όπως και οι Syriopoulou-Delli και συν. (Syriopoulou-Delli et al., 2018) έχοντας χρησιμοποιήσει το SAS-TR. Στην τελευταία έρευνα απευθύνονταν πάλι σε εκπαιδευτικούς γενικής και ειδικής αγωγής για να διερευνήσουν τις απόψεις τους για το άγχος με δείγμα 291 παιδιά με ΔΑΦ με διάγνωση και 118 παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με στόχο να εκτιμηθεί η έκταση που μπορεί να αποκτήσει το άγχος στο σχολικό περιβάλλον και να εντοπίσει τυχόν διαφορές στα επίπεδα του ανάμεσα στο φάσμα και την τυπική ανάπτυξη (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Βρέθηκε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά άγχους ανήκουν στα παιδιά με ΔΑΦ και ότι εντάσσονται στο κλινικό φάσμα σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Επιπρόσθετα, η διερεύνηση του άγχους σχετικά με τα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, έδειξε ότι υψηλότερες τιμές στο δείκτη νοημοσύνης σχετίζονται ελάχιστα με την εμφάνιση σχολικού άγχους στη ΔΑΦ (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Επίσης, βρέθηκε ότι ο ανεπτυγμένος λόγος στον αυτισμό σχετίζεται πάρα πολύ με την εμφάνιση τους άγχους (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Τέλος, δεν βρέθηκαν φυλετικές ή ηλικιακές διαφορές στα επίπεδα άγχους των παιδιών με αυτισμό (Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Η παραπάνω έρευνα έγινε τον Σεπτέμβριο 2016- Μάιο 2017 (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστεί εάν τα αποτελέσματα που θα γίνουν σε μια επόμενη έρευνα θα αναδείξουν τα ίδια αποτελέσματα, αφού υπάρχει μια γενικότερη διαφωνία ως προς τα συμπεράσματα όπως περιγράφηκε σε παραπάνω κεφάλαιο. Επομένως στην παρούσα έρευνα θα εξεταστούν για το έτος 2019 εάν ισχύουν τα ίδια ακριβώς δεδομένα για την πληθυσμιακή ομάδα του αυτισμού. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο SAS -TR δεν έχει χρησιμοποιηθεί κατά πολύ και έτσι παρουσιάζεται η ευκαιρία εξέτασής του εάν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ανίχνευση άγχους στον αυτισμό.

Μετά από μελέτη και έρευνα των διαφωνιών που υπάρχουν στον ερευνητικό χώρο τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν προκύψει ώστε να απαντηθούν είναι τα εξής:

1. Σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους;
2. Σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής και γενικής αγωγής υπάρχει σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ και τα παιδιά ΤΑ;
3. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο άγχος και τη μεταβλητή του φύλου και του λόγου στα παιδιά με ΔΑΦ;

## Μεθοδολογία έρευνας

### **Διαδικασία**

Η έρευνα αφορά τις απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής και γενικής αγωγής για το άγχος που βιώνουν τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού και παιδιά τυπικής ανάπτυξης αντίστοιχα. Το εργαλείο της έρευνας μοιράστηκε σε εκπαιδευτικούς είτε ιδιοχείρως στις σχολικές μονάδες με χορήγηση άδειας διευθυντή του έκαστου σχολείου είτε ηλεκτρονικώς μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας και ανάρτησης σε δημόσια μέσα επικοινωνίας. Συνολικά μοιράστηκαν 300 ερωτηματολόγια από τα οποία 200 επεστράφησαν επαρκώς συμπληρωμένα. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ιδιοχείρως στις πόλεις Θεσσαλονίκη, Πτολεμαΐδα και Λευκάδα ιδιοχείρως και επιλέχθηκαν διότι η πρόσβαση και η επικοινωνία με τα σχολεία ήταν εύκολη, ενώ στις πόλεις, Ηράκλειο Κρήτης, Χανιά, Βόλο και Φλώρινα μοιράστηκαν ηλεκτρονικώς.

Από κάθε συμμετέχοντα ζητήθηκε να επιλέξει κάποιο από τα παιδιά της τάξης που διδάσκει ώστε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Το παιδί της επιλογής τους θα έπρεπε να παρουσιάζει κάποια χαρακτηριστικά όπως απομόνωση, μη λήψη πρωτοβουλιών, παράπονα για σωματικά συμπτώματα και άλλα. Επίσης, ως βοηθητική οδηγία δόθηκε να γίνει μια πρώτη ανάγνωση της λίστας των 16 ερωτήσεων που περιγράφουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές του άγχους και έπειτα από σκέψη και σύγκριση θα επέλεγαν κάποιο παιδί εάν αυτό παρουσίαζε τα ίδια χαρακτηριστικά όσον αφορά και τους εκπαιδευτικούς ειδικής και γενικής αγωγής.



Σε περίπτωση που επέλεγαν δύο παιδιά θα συμπλήρωναν δυο ερωτηματολόγια εφόσον το επιθυμούσαν. Επίσης τα παιδιά με αυτισμό έχουν διάγνωση από το Κ.Ε.Σ.Υ., απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα.

Αφού συμπληρώθηκε ο απαιτούμενος αριθμός ερωτηματολογίων που ήταν καταλλήλως συμπληρωμένα, χωρίς ελλείψεις για κωδικοποίηση, η έρευνα προχώρησε στο στάδιο της επεξεργασίας τους.

### **Διάρκεια**

Η διάρκεια της έρευνας κυμάνθηκε περίπου επτά μήνες, δηλαδή από τις 15 Μαρτίου 2019 μέχρι 30 Σεπτεμβρίου 2019 ώστε να συγκεντρωθεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων.

### **Δείγμα**

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από άνδρες και γυναίκες εκπαιδευτικούς ειδικής και γενικής αγωγής από συγκεκριμένες πόλεις της Ελλάδας που έδωσαν στοιχεία και πληροφορίες για παιδιά τυπικής ανάπτυξης και αυτισμού. Επιλέχθηκε τυχαία και κυρίως βάση της εθελοντικής συμμετοχής από τηλεφωνική επικοινωνία με το διευθυντή κάθε σχολείου (για τις πόλεις τις Θεσσαλονίκης, της Πτολεμαΐδας και της Λευκάδας όπου η ερευνήτρια είχε τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης). Ο αριθμός του δείγματος ανέρχεται στα 200 συνολικά, 100 εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής (13 άνδρες και 87 γυναίκες) και 100 εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής (18 άνδρες και 82 γυναίκες).

Το ηλικιακό εύρος αφορά ηλικίες κάτω των 30 μέχρι και άνω των 50, συγκεκριμένα στο δείγμα εκπαιδευτικών γενικής αγωγής το 24% είναι κάτω των 30, το 14% έχει ηλικίες 31-40, 24% 41-50 και το 38% είναι πάνω από 50 ετών. Από την άλλη το δείγμα των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής απαρτίζεται από 40% κάτω των 30, το 30% είναι ηλικίας 31-40, το 13% 41-50 ετών και το 17% άνω των 50.

Επίσης η προϋπηρεσία κυμαίνεται από 1 έως 20 και άνω χρόνια στον αντίστοιχο κλάδο. Συγκεκριμένα στο δείγμα εκπαιδευτικών γενικής αγωγής το μεγαλύτερο ποσοστό (24%) έχει προϋπηρεσία άνω των 20 ετών, ενώ στους εκπαιδευτικούς

ειδικής αγωγής το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) έχει προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών. Επιπλέον, καταγράφονται και εάν έχουν περαιτέρω σπουδές επάνω στο αντικείμενο του αυτισμού, (58% έχει περαιτέρω σπουδές στον Αυτισμό και 42% όχι).

## **Εργαλείο**

Οι Lyneham και συν. (2008), ήταν οι πρώτοι που δημιούργησαν και χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο SAS-TR, στην προσπάθειά τους να βρουν ένα αποτελεσματικό εργαλείο καταμέτρησης άγχους για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης που εμφάνιζαν άγχος, χρησιμοποιώντας μια πολυπαραγοντική μέθοδο όπως αναφέρουν οι Schniering, Hudson, & Rapee, (2000, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008).

Ως αποτέλεσμα θεώρησαν καταλληλότερο να εμπλακούν οι εκπαιδευτικοί, οι μητέρες των παιδιών, αλλά και τα ίδια τα παιδιά (αυτό-αναφορά) (Lyneham et al., 2008), καθώς αναφέρουν ότι η εμπλοκή των εκπαιδευτικών είναι ιδιαίτερος σημαντική, αφού σύμφωνα με τον Clarizio (1994, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008) τα παιδιά πρώτον περνούν πάρα πολλές ώρες στο σχολικό περιβάλλον (12,000 ώρες) μετά το σπίτι, δεύτερον οι δάσκαλοι γνωρίζουν πολλά για τα παιδιά και τρίτον, το σχολικό περιβάλλον μπορεί να κρύβει πολλές αγχώδεις καταστάσεις για τα παιδιά, τις οποίες αγνοούν οι γονείς (Clarizio, 1994, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008).

Επιπρόσθετα, οι Hoier & Kerr, (1988) υπογραμμίζουν την ανάγκη εξέτασης των απόψεων των εκπαιδευτικών, καθώς χρησιμοποιείται ελάχιστα στην αξιολόγηση του παιδικού άγχους (Hoier & Kerr, 1988, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008), παρόλο που οι Achenbach, McConaughy, & Howell (1987, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008) θεωρούν πως είναι απαραίτητο στοιχείο για την ακριβή εικόνα ενός παιδιού.

Το SAS-TR λοιπόν δημιουργήθηκε από τους Lyneham και συν. ώστε να καλύψει την ανάγκη για αξιολόγηση της συμπεριφοράς των παιδιών τυπικής ανάπτυξης 5 με 12 ετών που φοιτούν, εξετάζοντας τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές με διακριτικό τρόπο όσον αφορά το άγχος (Lyneham et al., 2008). Οι Lyneham και συν. βασίζόμενοι στο ερωτηματολόγιο Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998, οπ. αναφ. Lyneham et al., 2008) το αρχικό ερωτηματολόγιο που

δημιούργησαν είχε 31 ερωτήσεις, όμως μετά από πιλοτική έρευνα, έγιναν προσθήκες και αφαιρέσεις και η τελική μορφή έχει 16 ερωτήματα. (Lyneham et al., 2008).

Στην έρευνα των Lyneham και συν. (2008) ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς να σημειώσουν πλήρη στοιχεία (σχολείο, τάξη διδασκαλίας, φύλο, ηλικία μαθητή) ώστε να υπάρξει δυνατότητα επανελέγχου, ενώ χρησιμοποίησαν και άλλες κλίμακες ταυτόχρονα για πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα. Τελικώς το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τη λίστα 16 ερωτήσεων που μπορεί να συμπληρωθεί μέσα σε 5 λεπτά και στοχεύει στο κοινωνικό άγχος και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους (Lyneham et al., 2008).

Οι οδηγίες προς τους εκπαιδευτικούς υπογραμμίζουν πως θα πρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για ένα συγκεκριμένο μαθητή απαντώντας σε μια κλίμακα τύπου Likert με πιθανές απαντήσεις 0=Ποτέ, 1= Μερικές Φορές, 2= Συχνά και 3=Πάντα. Σύμφωνα με την τελική καταμέτρηση του σκορ που προκύπτει από την κλίμακα αθροιστικά ( για παράδειγμα 1+3+0...) προκύπτει το σκορ του άγχους (Lyneham et al., 2008).

Οι οδηγίες του SAS-TR για τα σκορ αναφέρουν 3 υποκλίμακες. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους αντιπροσωπεύεται από τις ερωτήσεις 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16 με πιθανό σκορ μετά την αθροιστική τους καταμέτρηση 0 έως 27. Αναλυτικά, το σκορ 0 έως 10 δείχνει φυσιολογικά επίπεδα άγχους, το σκορ από 11 έως 12 δείχνει οριακό άγχος, το σκορ 13 με 15 κλινικό φάσμα και σκορ πάνω από 15 δηλώνει υψηλές τιμές (Syriopoulou-Delli et al., 2018).

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους αντιπροσωπεύεται από τις ερωτήσεις 1, 2, 4, 6, 11, 13 και 14 με πιθανό σκορ μετά την αθροιστική τους καταμέτρηση 0 με 21. Αναλυτικά, το σκορ 0 έως 8 αντιπροσωπεύει φυσιολογικά επίπεδα άγχους, το σκορ από 9 έως 10 δείχνει οριακό άγχος, το σκορ 11 με 13 κλινικό φάσμα και σκορ πάνω από 13 δηλώνει υψηλές τιμές (Syriopoulou-Delli et al., 2018). Ως επιπρόσθετο στοιχείο στην έρευνα των Syriopoulou-Delli και συν. (2018) το SAS-TR συνοδεύτηκε με κάποια δημογραφικά στοιχεία τόσο των εκπαιδευτικών όσο και των παιδιών.

Ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι οι Lyneham και συν. (2008) φρόντισαν να εξεταστεί η ευαισθησία του εργαλείου ως προς τον εντοπισμό διαφορών στα επίπεδα άγχους σε περίπτωση επανελέγχου του ίδιου δείγματος παιδιών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία αντιμετώπισης του, ενώ οι ίδιοι προτείνουν τη βελτίωση της αξιοπιστίας της κλίμακας SAS-TR μέσω της σύγκρισης ομάδων κλινικού άγχους με ομάδες με αναπτυξιακές διαταραχές (Lyneham et al., 2008). Τέλος, στην έρευνα τους δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στην ηλικία ή το φύλο ούτε στο γενικό σκορ ούτε στις δύο διαταραχές.

Το εργαλείο SAS-TR χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα έρευνα είναι ένα ερωτηματολόγιο δύο σελίδων με τίτλο School Anxiety Scale- Teacher Report (SAS-TR), Κλίμακα Σχολικού Άγχους- Απόψεις εκπαιδευτικών και μιάνιση σελίδα για τη συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων εκπαιδευτικών και παιδιών. Το παρόν εργαλείο δημιουργήθηκε από τους Lyneham και συν. (2008) όπως αναφέρθηκε παραπάνω και έχει χρησιμοποιηθεί και στην έρευνα της Συριορουλίου-Deli και συν. (2018) σε παρόμοια έρευνα περί απόψεων εκπαιδευτικών για το άγχος.

Αρχικά, υπάρχει μια επιστολή πρόσκλησης για συμμετοχή στην έρευνα και επεξήγηση των λόγων που ώθησαν την έναρξη της ενώ καταγράφεται αναλυτικά το θέμα. Έπειτα, οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν κάποια δημογραφικά στοιχεία τους όπως φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, σπουδές, σχολική μονάδα εργασίας, περαιτέρω ειδίκευση στον αυτισμό. Στη συνέχεια, προτείνεται στον εκπαιδευτικό να προβεί σε μια πρώτη ανάγνωση της λίστας ώστε μετά από σκέψη να καταλήξει σε κάποιο παιδί που θεωρεί ότι παρουσιάζει τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές.

Σε περίπτωση που καταλήξει σε δύο παιδιά θα πρέπει να συμπληρώσει δύο ερωτηματολόγια ένα για το κάθε παιδί. Αφού προηγηθεί αυτή η διαδικασία επιλογής μέσω σκέψης, καταγράφει τα στοιχεία του παιδιού που έχει επιλέξει όπως λόγος, ηλικία, τάξη φοίτησης. Έπειτα, συμπληρώνει τη λίστα του ερωτηματολογίου SAS-TR που αφορούν τα συμπτώματα του άγχους. Οι παραπάνω επεξηγήσεις δόθηκαν και σε εκπαιδευτικούς ειδικής και γενικής αγωγής.

## Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS στο οποίο αφενός κωδικοποιήθηκαν τα δεδομένα των ερωτηματολογίων και αφετέρου πραγματοποιήθηκε η εξαγωγή των στατιστικών πινάκων. Ουσιαστικά έχουμε δυο ομάδες δείγματος: στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι απόψεις των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής για τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα και η δεύτερη η ομάδα ελέγχου στην οποία ανήκουν οι απόψεις των εκπαιδευτικών γενικής αγωγής για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Κατά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων γίνεται μια διασταύρωση απόψεων όσον αφορά το σχολικό άγχος που αντιμετωπίζουν τόσο τα παιδιά με αυτισμό όσο και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και γίνεται μία σύγκριση επιπέδων άγχους και των δύο διαταραχών που βρίσκονται στη λίστα των δεκαέξι ερωτήσεων: τη διαταραχή γενικευμένου άγχους και τη διαταραχή κοινωνικού άγχους. Επίσης εξετάζεται σε κάθε μία από τις δύο ομάδες κατά πόσο κάποιες μεταβλητές όπως ο λόγος, η ηλικία και το φύλο συσχετίζονται με τα επίπεδα άγχους.

Χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  που καθορίζει την αξιοπιστία του εργαλείου ( $>0,6$ ), μέσες τιμές,  $t$  -test independent samples (Leven's test) για σύγκριση και ο δείκτης Pearson ( $r$ ), ενώ με το σύμβολο  $N$  και % δίνονται οι αριθμητικές μονάδες.

## **Αποτελέσματα**

Τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν ήταν συμπληρωμένα 200 από τα 300 που δόθηκαν και με όλες τις απαντήσεις συμπληρωμένες εκτός από τη μεταβλητή του δείκτη νοημοσύνης που δυσκόλεψε τους εκπαιδευτικούς. Συγκεκριμένα, δήλωσαν ότι είτε δεν το γνώριζαν, είτε δεν το θυμόνταν, ενώ κάποιοι δεν ήθελαν να το καταγράψουν καθόλου.

### **Εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής**

Οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής ήταν συνολικά 100 στον αριθμό και τα δημογραφικά τους στοιχεία φαίνονται στον πίνακα 5 οι οποίοι παρείχαν πληροφορίες για 100 παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα όλοι τους εργάζονται σε ειδικό σχολείο (100%). Το μεγαλύτερο ποσοστό 37% είναι αυτό με προϋπηρεσία κάτω των 5 χρόνων και το μικρότερο ποσοστό ανήκει στην προϋπηρεσία 16-20 χρόνια με τιμή 11%. (μέση τιμή προϋπηρεσίας 2,390). Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί ότι ποσοστό 58% έχει έξτρα σπουδές στον αυτισμό ενώ το 42% όχι.

### **Εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής**

Οι εκπαιδευτικοί τυπικής αγωγής ήταν συνολικά 100 στον αριθμό, τα δημογραφικά τους στοιχεία φαίνονται στον πίνακα 6 και παρείχαν πληροφορίες για 100 παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Όπως φαίνεται και στον πίνακα το 83% εργάζεται σε γενικό σχολείο, το 9% απασχολείται ως παράλληλη στήριξη και το 8% σε τμήμα ένταξης. Το μεγαλύτερο ποσοστό προϋπηρεσίας ανέρχεται στο 39% και ανήκει στην κατηγορία >20 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό είναι 11% κατηγορίας 11-15 χρόνια (μέση τιμή προϋπηρεσίας είναι 3,4100).

Πίνακας 5 Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής

	N	Percent %
<b>Φύλο</b>		
Άνδρες	13	13.0
Γυναίκες	87	87.0
<b>Ηλικία</b>		
<30	40	40.0
31-40	30	30.0
41-50	13	13.0
>50	17	17.0
<b>Προϋπηρεσία</b>		
<5	37	37.0
6-10	24	24.0
11-15	15	15.0
16-20	11	11.0
>20	13	13.0
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>		
Παιδαγωγική Ακαδημία	5	5.0
Παιδαγωγική Ακαδημία και Εξομοίωση	6	6.0
Παιδαγωγικό Τμήμα Γενικής Αγωγής	0	0.0
Παιδαγωγικό τμήμα Ειδικής Αγωγής	48	48.0
Άλλο πτυχίο	27	27.0
<b>Περαιτέρω σπουδές</b>		
Διδασκαλείο	48	48.0
Μεταπτυχιακός τίτλος	50	50.0
Διδακτορικός τίτλος	2	2.0
<b>Σχολική μονάδα εργασίας</b>		
Γενικό σχολείο	0	0.0
Ειδικό Σχολείο	100	100.0
Παράλληλη στήριξη σε γενικό σχολείο	0	0.0
Τμήμα Ένταξης	0	0.0
<b>Σπουδές στον Αυτισμό</b>		
Ναι	42	42.0
Όχι	58	58.0

Πίνακας 6 Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών Τυπικής Ανάπτυξης

<b>Φύλο</b>	<b>N</b>	<b>Percent %</b>
Άνδρες	18	18.0
Γυναίκες	82	82.0
<b>Ηλικία</b>		
<30	24	24.0
31-40	14	14.0
41-50	24	24.0
>50	38	38.0
<b>Προϋπηρεσία</b>		
<5	17	17.0
6-10	18	18.0
11-15	11	11.0
16-20	15	15.0
>20	39	39.0
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>		
Παιδαγωγική Ακαδημία	12	12.0
Παιδαγωγική Ακαδημία και Εξομοίωση	30	30.0
Παιδαγωγικό Τμήμα Γενικής Αγωγής	43	43.0
Παιδαγωγικό τμήμα Ειδικής Αγωγής	0	0.0
Άλλο πτυχίο	4	4.0
<b>Περαιτέρω σπουδές</b>		
Διδασκαλείο	70	70.0
Μεταπτυχιακός τίτλος	28	28.0
Διδακτορικός τίτλος	1	1.0
<b>Σχολική μονάδα εργασίας</b>		
Γενικό σχολείο	83	83.0
Ειδικό Σχολείο	0	0.0
Παράλληλη στήριξη σε γενικό σχολείο	9	9.0
Τμήμα Ένταξης	8	8.0

### Δείγμα παιδιών έρευνας

Η συνολική εικόνα του δείγματος και για τα 200 παιδιά (100 παιδιά με αυτισμό και 100 παιδιά τυπικής ανάπτυξης) παρουσιάζεται παρακάτω. Συμμετείχαν συνολικά 142 αγόρια και 58 κορίτσια στην έρευνα.



## Παιδιά με διαταραχή φάσματος Αυτισμού

Τα ερευνητικά δεδομένα που χορηγήθηκαν από τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής, αφορούν 100 παιδιά, δηλαδή 67 αγόρια και 33 κορίτσια. Στον πίνακα 7 φαίνονται η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο λόγου. Το εύρος ηλικίας του δείγματος είναι από 4 έως 18 ετών με επικρατούσες τις ηλικίες 6 με 12 ετών ποσοστού 76%. Τα παιδιά έχουν διάγνωση από το Κ.Ε.Σ.Υ., απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα. Όσον αφορά τα επίπεδα λόγου το 19% δεν έχει καθόλου λόγο, το 43% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό από τις τρεις υποκατηγορίες του λόγου έχει μονολεκτικό λόγο και το 38% έχει ανεπτυγμένο λόγο. (πίνακας 7).

**Πίνακας 7 Χαρακτηριστικά έρευνας παιδιών με αυτισμό και παιδιών τυπικής ανάπτυξης**

Φύλο	Τ.Α.		ΔΑΦ	
	N	Percent %	N	Percent %
Αγόρια	75	75.0	67	67.0
Κορίτσια	25	25.0	33	33.0
<b>Ηλικία</b>				
0-5	11	11.0	3	3.0
6-11	76	76.0	74	74.0
12-18	13	13.0	23	23.0
<b>Τάξη</b>				
Νήπιο	20	20.0	6	6.0
Δημοτικό	77	77.0	86	86.0
Γυμνάσιο	1	1.0	5	5.0
Λύκειο	2	2.0	2	2.0
<b>Λόγος</b>				
Καθόλου	-	-	19	19.0
Μονολεκτικός	-	-	43	43.0
Αναπτυγμένος	-	-	38	38.0

## Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης

Το συνολικό δείγμα ήταν 100 παιδιά τυπικής ανάπτυξης και συγκεκριμένα 75 αγόρια και 25 κορίτσια. Όπως έχει σημειωθεί στον πίνακα 7, οι τάξεις που παρακολουθούν είναι νηπιαγωγείο 20%, δημοτικό 77%, γυμνάσιο 1% και λύκειο

2%. Το εύρος ηλικιών ήταν από 4 έως 18 ετών με επικρατούσες τις ηλικίες 6 με 12 ετών ποσοστού 76%. Δεν αναφέρεται ο δείκτης νοημοσύνης αλλά πρόκειται για παιδιά με τυπικό επίπεδο λόγου, χωρίς ειδικές μαθησιακές ανάγκες (πίνακας 7).

## Δεδομένα απαντήσεων εκπαιδευτικών στο ερωτηματολόγιο SAS- TR

Η συμβολή των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAS- TR των εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής φαίνονται στον πίνακα 8. Οι εκπαιδευτικοί κατέγραψαν τις απόψεις στους σύμφωνα με μία λίστα 16 ερωτήσεων που αφορούν τις υποκλίμακες άγχους: τη διαταραχή κοινωνικού άγχους και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους για 100 παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Πρόκειται για κλίμακα Likert με τέσσερις πιθανές απαντήσεις για κάθε ερώτηση: Ποτέ, μερικές φορές, συχνά, πάντα). Παρακάτω εξετάζονται τα ευρήματα μετά από την κωδικοποίησή τους στο πρόγραμμα SPSS.

Πίνακας 8 Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο SAS- TR για τα παιδιά με αυτισμό

Ερωτήσεις	Ποτέ		Μερικές ορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Το παιδί φοβάται να κάνει ερωτήσεις μέσα στην τάξη	35	35.0	18	18.0	22	22.0	25	25.0
2. Μιλά μόνο όταν κάποιος του/της απευθύνει μια ερώτηση	22	22.0	38	38.0	24	24.0	16	16.0
3. Ανησυχεί για το τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτόν/ην	46	46.0	31	31.0	10	10.0	13	13.0
4. Δεν λαμβάνει πρωτοβουλία να κάνει σχόλια ή ερωτήσεις μέσα στην τάξη	27	27.0	25	25.0	17	17.0	31	31.0
5. Φοβάται να κάνει λάθη	37	37.0	24	24.0	24	24.0	15	15.0
6. Απεχθάνεται να αποτελεί το κέντρο της προσοχής	33	33.0	20	20.0	28	28.0	19	19.0
7. Διστάζει να ξεκινήσει μια εργασία η να ζητήσει επεξηγήσεις πάνω σε αυτήν	17	17.0	20	20.0	38	38.0	25	25.0
8. Ανησυχεί για διάφορα πράγματα	18	18.0	22	22.0	39	39.0	21	21.0
9. Ανησυχεί ότι δεν θα τα καταφέρει στο σχολείο	40	40.0	23	23.0	27	27.0	10	10.0
10. Ανησυχεί ότι κάτι κακό θα του/της συμβεί	43	43.0	31	31.0	18	18.0	8	8.0
11. Φαίνεται πολύ ντροπαλός/ή	21	21.0	27	27.0	30	30.0	22	22.0
12. Παραπονιέται για πονοκέφαλους, στομαχόπονους ή ότι νιώθει άρρωστος/η	3	43.0	39	39.0	14	14.0	4	4.0
13. Νιώθει φόβο όταν πρέπει να μιλήσει μπροστά σε όλη την τάξη	35	35.0	28	28.0	17	17.0	20	20.0
14. Διστάζει να μιλήσει όταν βρίσκεται σε μια ομάδα ανθρώπων	23	23.0	27	27.0	25	25.0	25	25.0
15. Όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα τον/την πιάνει τρέμουλο	43	43.0	28	28.0	18	18.0	11	11.0
16. Εκδηλώνει εκνευρισμό όταν τον/την πλησιάζουν άλλα παιδιά	10	10.0	35	35.0	36	36.0	19	19.0

Το μεγαλύτερο ποσοστό στη βαθμολογία συχνά είναι το 39% και ανήκει στην ερώτηση 8: ανησυχεί για διάφορα πράγματα, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό του 36% ανήκει στην τελευταία ερώτηση που αφορά την εκδήλωση εκνευρισμού όταν το πλησιάζουν άλλα παιδιά ή ενήλικες. Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστό στη βαθμολογία πάντα το κατέχει η ερώτηση 4 δεν λαμβάνει πρωτοβουλία να κάνει σχόλια ή ερωτήσεις μέσα στην τάξη με ποσοστό 31% και το αμέσως επόμενο το κατέχουν 6 ερωτήσεις (1, 7, 14) με ποσοστό 25% (πίνακας 8).

Η συμβολή των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAS- TR των εκπαιδευτικών τυπικής αγωγής φαίνονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9 Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο SAS- TR για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης

Ερωτήσεις	Ποτέ		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Το παιδί φοβάται να κάνει ερωτήσεις μέσα στην τάξη	22	22.0	34	34.0	29	29.0	15	15.0
2. Μιλά μόνο όταν κάποιος του/της απευθύνει μια ερώτηση	13	13.0	34	34.0	33	33.0	20	20.0
3. Ανησυχεί για το τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτόν/ην	21	21.0	24	24.0	37	37.0	18	18.0
4. Δεν λαμβάνει πρωτοβουλία να κάνει σχόλια ή ερωτήσεις μέσα στην τάξη	20	20.0	26	26.0	32	32.0	22	22.0
5. Φοβάται να κάνει λάθη	19	19.0	25	25.0	31	31.0	25	25.0
6. Απεχθάνεται να αποτελεί το κέντρο της προσοχής	20	20.0	29	29.0	35	35.0	16	16.0
7. Διστάζει να ξεκινήσει μια εργασία η να ζητήσει επεξηγήσεις πάνω σε αυτήν	10	10.0	34	34.0	31	31.0	25	25.0
8. Ανησυχεί για διάφορα πράγματα	4	4.0	24	24.0	45	45.0	27	27.0
9. Ανησυχεί ότι δεν θα τα καταφέρει στο σχολείο	13	13.0	29	29.0	73	37.0	21	21.0
10. Ανησυχεί ότι κάτι κακό θα του/της συμβεί	25	25.0	36	36.0	25	25.0	14	14.0
11. Φαίνεται πολύ ντροπαλός/ή	13	13.0	28	28.0	37	37.0	22	22.0
12. Παραπονιέται για πονοκέφαλους, στομαχόπονους ή ότι νιώθει άρρωστος/η	43	43.0	36	36.0	17	17.0	4	4.0
13. Νιώθει φόβο όταν πρέπει να μιλήσει μπροστά σε όλη την τάξη	24	24.0	34	34.0	29	29.0	13	13.0
14. Διστάζει να μιλήσει όταν βρίσκεται σε μια ομάδα ανθρώπων	23	23.0	26	26.0	37	37.0	14	14.0
15. Όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα τον/την πιάνει τρέμουλο	37	37.0	34	34.0	19	18.0	10	10.0
16. Εκδηλώνει εκνευρισμό όταν τον/την πλησιάζουν άλλα παιδιά	21	21.0	37	37.0	30	30.0	12	12.0

Το μεγαλύτερο ποσοστό στη βαθμολογία συχνά είναι το 73% και ανήκει στην ερώτηση 9 που αφορά τον φόβο αποτυχίας στο σχολείο. Αμέσως επόμενο υψηλό ποσοστό 45% είναι πάλι η ερώτηση 8 περί ανησυχίας για διάφορα πράγματα όπως και στα παιδιά με αυτισμό. Στην βαθμολογία πάντα το υψηλότερο ποσοστό είναι πάλι η ερώτηση 8 με τιμή ποσοστού 27%. Φαίνεται ότι απασχολούν τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ανησυχίες για διάφορα θέματα. Το αμέσως επόμενο ποσοστό 25% ανήκει σε δύο ερωτήσεις (5, 7) που αφορούν το φόβο για τα λάθη και το δισταγμό έναρξης εργασίας ή αναζήτηση επεξηγήσεων. Είναι πιθανό και λογικό να απασχολούν διαφορετικά θέματα τα παιδιά με αυτισμό και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης (πίνακας 9).

**Πίνακας 10 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου SAS- TR και υποκλιμάκων**

<b>SAS-TR υποκλίμακες</b>				
	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>N</b>	<b>Cronbach's A</b>
<b>Σχολικό άγχος (γενικό)</b>	21.9700	9.69842	200	0.778
<b>Κοινωνικό Άγχος</b>	10.1200	5.35152	200	
<b>Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους</b>	11.8500	5.37138	200	
<b>ΔΑΦ</b>				
<b>Σχολικό άγχος (γενικό)</b>	21.9700	9.69842	100	0.816

Στον πίνακα 10 καταγράφεται η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Οι υψηλές τιμές σχετικού δείκτη δείχνουν υψηλά επίπεδα συνοχής, εξασφαλίζοντας έτσι τη συνοχή και την εσωτερική εγκυρότητα των ερωτηματολογίων. Σε κοινωνιολογικές μελέτες, οι τιμές > 0.600 μπορούν να θεωρηθούν ότι ικανοποιούν τη συνοχή των επιμέρους τμημάτων.

**Πίνακας 11 Ηλικία παιδιών με ΔΑΦ και Τ.Α. Μέση τιμή- Σύγκριση.**

<b>SAS-TR υποκλίμακες</b>				
	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>t test</b>	<b>p</b>
<b>Ηλικία παιδιών με ΔΑΦ</b>	9.8800	2.67906	-3.298	0.001
<b>Ηλικία παιδιών Τ.Α.</b>	8.6600	2.55137		

Στον πίνακα 11 βρέθηκαν οι μέσες τιμές των ηλικιών τόσο για τα παιδιά με ΔΑΦ όσο και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Από τη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μέσες τιμές των ομάδων ως προς την ηλικία, δηλαδή υπάρχουν διαφορές ανάμεσά τους στην εμφάνιση άγχους.( $p=0,001$ )

### Υποκλίμακες Άγχους

Βασιζόμενοι στις οδηγίες των σκορ του ερωτηματολογίου τα επίπεδα άγχους χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: «φυσιολογικά επίπεδα», «όριο», «κλινικό φάσμα» και «υψηλές τιμές».

Στον πίνακα 12 καταγράφονται οι τιμές για κάθε διαταραχή. Τα ποσοστά στο κλινικό φάσμα για το σχολικό άγχος είναι 21% ενώ οι υψηλές τιμές άγχους 26%. Η διαταραχή κοινωνικού άγχους όσον αφορά το κλινικό φάσμα έχει ποσοστό 20% και ποσοστό 28% αφορούν παιδιά που έχουν υψηλές τιμές άγχους. Παράλληλα, όμως η διαταραχή γενικευμένου άγχους ενώ στο κλινικό φάσμα παρουσιάζει ποσοστό 19%, στις υψηλές τιμές εμφανίζει 37%.

Πίνακας 12 Τιμές για τις υποκλίμακες άγχους του ερωτηματολογίου για τα παιδιά με αυτισμό

ΔΑΦ SAS-TR υποκλίμακες	Φάσμα Άγχους							
	Φυσιολογικά επίπεδα		όριο		φάσμα		υψηλές τιμές	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σχολικό άγχος (γενικό)	45	45.0	8	8.0	21	21.0	26	26.0
Κοινωνικό Άγχος	45	45.0	7	7.0	20	20.0	28	28.0
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	30	30.0	14	14.0	19	19.0	37	37.0

Πίνακας 13 Τιμές για το Σχολικό Άγχος και τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης

T.A. SAS-TR υποκλίμακες	Φυσιολογικά επίπεδα							
	Φυσιολογικά επίπεδα		όριο		φάσμα		υψηλές τιμές	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σχολικό άγχος (γενικό)	28	28.0	18	18.0	22	22.0	32	32.0
Κοινωνικό Άγχος	33	33.0	17	17.0	19	19.0	31	31.0
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	17	17.0	16	16.0	21	21.0	46	46.0

Πίνακας 14 Μέσες τιμές του ερωτηματολογίου SAS- TR για τα παιδιά με αυτισμό και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης -Σύγκριση.

SAS-TR υποκλίμακες	Παιδιά	Mean	Std. Deviation	t-test	p																
						Σχολικό άγχος (γενικό)	ΔΑΦ	20.6200	10.15116	1.983	0.049										
	T.A.	23.3200	9.07419	Κοινωνικό Άγχος	ΔΑΦ	9.8300	5.67478	0.766	0.445			T.A.	10.4100	5.01935	Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	ΔΑΦ	10.7900	5.32631	2.840	0.005	T.A.
Κοινωνικό Άγχος	ΔΑΦ	9.8300	5.67478		0.766	0.445															
	T.A.	10.4100	5.01935	Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους			ΔΑΦ	10.7900	5.32631	2.840	0.005	T.A.	12.9100	5.23024							
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	ΔΑΦ	10.7900	5.32631		2.840	0.005															
	T.A.	12.9100	5.23024																		

Στη συνέχεια παραθέτονται οι τιμές σχολικού άγχους και διαταραχών για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης στον πίνακα 13. Τα ποσοστά του σχολικού άγχους στο κλινικό φάσμα είναι 22% και για τις υψηλές τιμές 32%. Για τη διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι αντίστοιχα 19% και 31%, ενώ για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους 21% και 46% αντίστοιχα. Φαίνεται ότι τα ποσοστά είναι ελαχίστως υψηλότερα.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 14, η σύγκριση στις βαθμολογίες SAS-TR μεταξύ των παιδιών με αυτισμό και των παιδιών τυπικής ανάπτυξης δεν έδειξε έντονες διαφορές, με τα παιδιά με αυτισμό να εμφανίζουν βαθμολογίες 1-3 μονάδες άγχους λιγότερο στο συνολικό SAS-TR και τόσο στο κοινωνικό άγχος όσο και στο γενικευμένη διαταραχή και το σχολικό άγχος.

Αρχικά, βρέθηκαν οι μέσες τιμές και για τα παιδιά με αυτισμό αλλά και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και για τις τρεις υποκλίμακες τους άγχους (πίνακας 14). Η σύγκριση των μέσων τιμών που εξετάστηκε για το σχολικό άγχος ανάμεσα στις δύο ομάδες έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μέσες τιμές όσον αφορά το επίπεδο άγχους ( $p=0,049 < 0,05$ ). Στη συνέχεια η σύγκριση των μέσων τιμών για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους ανάμεσα στις δύο ομάδες έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,005 < 0,05$ ). Τα παιδιά της τυπικής ανάπτυξης έχουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους από τα παιδιά με ΔΑΦ στο συγκεκριμένο δείγμα.

Αντίθετα, η σύγκριση των μέσων τιμών για το κοινωνικό άγχος για τις δύο ομάδες έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσά τους, οπότε θεωρούνται ίσες ( $p=0,445 > 0,05$ ). Επομένως τα επίπεδα κοινωνικού άγχους είναι περίπου τα ίδια και για τα παιδιά με αυτισμό και τυπικής ανάπτυξης. (πίνακας 14).

#### **Διαταραχή αυτισμού και τυπική ανάπτυξη (200 παιδιά)**

Συνεχίζοντας, όσον αφορά τη διαταραχή του κοινωνικού άγχους βρέθηκε ότι 69 αγόρια έχουν άγχος και βρίσκονται στο φάσμα της διαταραχής (30 αγόρια) ή εμφανίζουν πολύ υψηλές τιμές (39 αγόρια), ενώ μόλις 29 κορίτσια βρέθηκε ότι έχουν άγχος και βρίσκονται στο φάσμα (9 κορίτσια) ή έχουν σημειώσει υψηλές τιμές

άγχους (20 κορίτσια). Παράλληλα, στη διαταραχή γενικευμένου άγχους από τα 142 αγόρια στο δείγμα 200 παιδιών τα 88 διαγνώστηκαν με τη διαταραχή είτε στο φάσμα (30 αγόρια) και σημείωσαν υπερβολικά υψηλές τιμές (58 αγόρια). Τέλος, από τα 58 κορίτσια του δείγματος, τα 35 σκόραραν σε τιμές άγχους, ή στο φάσμα της διαταραχής (10 κορίτσια) ή έχουν υψηλές τιμές άγχους (25 κορίτσια).

Μια άλλη μεταβλητή που συσχετίζεται με τις διαταραχές είναι αυτή της ηλικίας. Βρέθηκε ότι από τα 194 παιδιά που σημείωσαν σκορ γενικά τα 39 παιδιά είναι ηλικίας 5-16 ετών ανήκουν στο φάσμα της διαταραχής τους κοινωνικού άγχους και τα 59 παιδιά από τα 194 βρίσκονται στο εύρος ηλικίας 4-14 ετών και σκόραραν στις υψηλές τιμές του κοινωνικού άγχους. Από την άλλη πλευρά στη διαταραχή γενικευμένου άγχους από τα 181 παιδιά που σημείωσαν σκορ γενικά στο άγχος τα 40 παιδιά ηλικίας 4-12 ετών ανήκουν στο φάσμα της διαταραχής, ενώ σε υψηλές τιμές σκόραραν τα 83 παιδιά ηλικίας 5-16 ετών από το σύνολο των 194 (που είχαν κάποιο σκορ έστω και 1.00). (διαγράμματα 1-6). Η σύγκριση των δυο δειγμάτων αναφέρθηκε παραπάνω στον πίνακα 11. Από τη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μέσες τιμές των ομάδων ως προς την ηλικία, δηλαδή υπάρχουν διαφορές ανάμεσά τους στην εμφάνιση άγχους.( $p=0,001$ )

## **Παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος στα παιδιά με Αυτισμό**

### **Φύλο**

Στο δείγμα 100 παιδιών όσον αφορά τη διαταραχή κοινωνικού άγχους βρέθηκε ότι 7 αγόρια σημείωσαν σκορ 11-13 κάτι που σημαίνει ότι βρίσκονται στο φάσμα της διαταραχής, ενώ το μεγαλύτερο σκορ βρέθηκε να επιτυγχάνεται πάλι από 7 αγόρια.

Γενικώς σκορ σημείωσαν από 11 και άνω, 44 παιδιά εκ των οποίων 29 είναι αγόρια και 15 είναι κορίτσια και φαίνεται να υπερτερούν τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Στη συνέχεια, όσον αφορά τη διαταραχή γενικευμένου άγχους οι υψηλότερες τιμές που αφορούν το φάσμα σημειώθηκαν πάλι από 8 αγόρια.



Γενικότερα 47 παιδιά συνολικά από τα 100 του δείγματος σημείωσαν και σκορ 13 και άνω εκ των οποίων τα 33 είναι αγόρια και τα 14 κορίτσια. Παρατηρείται και πάλι ότι τα αγόρια είναι εκείνα που εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στο άγχος από τα κορίτσια.

Τέλος, συνολικά από τα 100 παιδιά του δείγματος αξίζει να αναφέρουμε ότι και στο σχολικό άγχος της λίστας ότι σημειώθηκε υψηλό σκορ 27 και άνω που δηλώνει συννοσηρότητα και των δύο διαταραχών (σχολικό άγχος γενικό σκορ) από 18 αγόρια ενώ τα κορίτσια με το ίδιο σκορ ήταν μόνο 8. Είναι εμφανής η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα από τα οποία τα αγόρια πιθανώς να εμφανίζουν πολύ περισσότερο αγχώδεις διαταραχές από ότι τα κορίτσια.

**Πίνακας 15 Φύλο παιδιών με ΔΑΦ. Μέση τιμή- Σύγκριση.**

<b>Φύλο παιδιών με ΔΑΦ</b>						
<b>SAS-TR υποκλίμακες</b>						
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>t test</b>	<b>p</b>
<b>Σχολικό άγχος</b>	<b>Αγόρια</b>	67	20.8209	10.25719	0.281	0.780
	<b>Κορίτσια</b>	33	20.2121	10.07707		
<b>Κοινωνικό Άγχος</b>	<b>Αγόρια</b>	67	9.6418	5.71734	-0.471	0.639
	<b>Κορίτσια</b>	33	10.2121	5.65551		
<b>Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους</b>	<b>Αγόρια</b>	67	11.1791	5.41861	1.041	0.300
	<b>Κορίτσια</b>	33	10.000	5.12348		

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις συγκρίσεις (t test) δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά το δείγμα των παιδιών με αυτισμό. Οι μέση τιμή για τα αγόρια στο σχολικό άγχος είναι 20,8209 και για τα κορίτσια 20,2121. Παρόμοιες είναι και οι υπόλοιπες μέσες τιμές. Πιο συγκεκριμένα, η σύγκριση όμως των μέσων τιμών των κοριτσιών και των αγοριών για το σχολικό άγχος δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους ( $p=0,780 > 0,05$ ). Επομένως, κορίτσια και αγόρια εμφανίζουν τα ίδια επίπεδα άγχους. Παράλληλα, η

σύγκριση των μέσων τιμών των δυο φίλων για το κοινωνικό άγχος δεν έδειξε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,639 > 0,05$ ) όπως και η σύγκριση για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους ( $p=0,300 > 0,05$ ). Συμπερασματικώς για το φύλο δεν βρέθηκαν διαφορές (πίνακας 15).

## Ηλικία

Συνεχίζοντας την κωδικοποίηση των δεδομένων όσον αφορά τη μεταβλητή της ηλικίας σε σχέση με τη διαταραχή κοινωνικού άγχους παρατηρήθηκαν ηλικίες πάνω από 10 ετών για παράδειγμα σε ηλικίες 11 και 14 ετών παιδιά να βρίσκονται στο φάσμα της διαταραχής, ενώ 8 παιδιά 9-11 ετών σημείωσαν πολύ υψηλές τιμές. Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι σε ηλικίες άνω των 8 τείνουν να εμφανίζονται αγχώδεις διαταραχές όπως το κοινωνικό άγχος. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκαν ότι βρίσκονται στο φάσμα 16 παιδιά και πάλι με υψηλά σκορ στις ηλικίες 7-11 και 14 ετών και 35 παιδιά κυρίως ηλικίας 7-11 ετών έχουν υψηλές τιμές άγχους για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους. Συνολικά το ηλικιακό φάσμα εμφάνισης υψηλών τιμών άγχους κυμαίνεται από 8- 13 ετών, το οποίο μάλλον δεν είναι τυχαίο καθώς αρχίζει και η εφηβική περίοδος προς την ενηλικίωση και πολλές αλλαγές στο σώμα ενδέχεται να στρεσάρουν τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού.

Στη συνέχεια, οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ της μεταβλητής της ηλικίας και στη μεταβλητή του σχολικού άγχους είναι  $Pearson = 0.034$  πολύ αδύναμη θετική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, ανάμεσα στην ηλικία και τη διαταραχή κοινωνικού άγχους με, δηλώνεται εξίσου  $Pearson = 0.023$  ελάχιστη συσχέτιση. Παράλληλα, ανάμεσα στην ηλικία και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους σημειώθηκε  $Pearson = 0.040$  δηλαδή μικρή συσχέτιση. Συμπερασματικά, η ηλικία είναι μια παράμετρος που δεν σχετίζεται άμεσα και θετικά με την εμφάνιση του άγχους. (πίνακας 16)

Πίνακας 16 Συσχέτιση Λόγου και σχολικού άγχους με υποκλίμακες

ΔΑΦ SAS-TR υποκλίμακες	Λόγος	Pearson	p- value	Mean
Σχολικό άγχος (γενικό)	Καθόλου Λόγος	0.275	0.255	17.6842
	Μονολεκτικός Λόγος	0.246	0.112	24.2093
	Ανεπτυγμένος Λόγος	- 0.039	0.816	18.0263
Κοινωνικό Άγχος	Καθόλου Λόγος	0.330	0.168	7.6316
	Μονολεκτικός Λόγος	0.228	0.141	12.4419
	Ανεπτυγμένος Λόγος	0,026	0.877	7.9737
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	Καθόλου Λόγος	0.208	0.392	10.0526
	Μονολεκτικός Λόγος	0.217	0.162	11.7674
	Ανεπτυγμένος Λόγος	- 0.099	0.554	10.0526

Πίνακας 17 Συγκρίσεις κατηγοριών Λόγου

ΔΑΦ SAS-TR υποκλίμακες	Λόγος	t test	p
Σχολικό άγχος (γενικό)	Κ. Λ. – Μ. Λ.	-2.259	0.028
	Μ. Λ. – Αν. Λ.	2.954	0.04
	Αν. Λ. –Κ. Λ.	-0.129	0.898
Κοινωνικό Άγχος	Κ. Λ. – Μ. Λ.	-3.120	0.03
	Μ. Λ. – Αν. Λ.	3.874	0.000
	Αν. Λ. –Κ. Λ.	-0.246	0.806
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	Κ. Λ. – Μ. Λ.	-1.086	0.282
	Μ. Λ. – Αν. Λ.	1.495	0.136
	Αν. Λ. –Κ. Λ.	0.000	1

Κ.Λ.= Καθόλου Λόγος  
Μ.Λ.= Μονολεκτικός Λόγος  
Αν. Λ.= Ανεπτυγμένος Λόγος

Πίνακας 18 Συσχετίσεις με μεταβλητές λόγου και ηλικίας στο δείγμα παιδιών με αυτισμό

SAS-TR		Ηλικία	Σκορ ΚΑ	Σκορ ΔΓΑ	Λόγος
<b>Ηλικία</b>	<b>pearson's r</b>		0.023	0.040	
	<b>p- value</b>		0.824	0.693	
<b>Κοινωνικό Άγχος σκορ</b>	<b>pearson's r</b>	0.036			-0.070
	<b>p- value</b>	0.963			0.491
<b>Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους σκορ</b>	<b>pearson's r</b>	0.036			-0.036
	<b>p- value</b>	0.609			0.721
<b>Σχολικό Άγχος (γενικό)</b>	<b>pearson's r</b>	0.034			-0.058
	<b>p- value</b>	0.740			0.567

## Λόγος

Συνεχίζοντας για τη μεταβλητή του λόγου σύμφωνα με τον πίνακα 18 το πρόσημο δηλώνει αρνητική αλλά οι τιμές αδύναμη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και των υποκλιμάκων του. Συγκεκριμένα η συσχέτιση ανάμεσα στο λόγο και το κοινωνικό άγχος είναι  $p = 0.491$ , με τη διαταραχή γενικευμένου άγχους το  $p$  ισούται με 0.721 και τέλος για το σχολικό άγχος η τιμή  $p$  είναι 0.567. Συνεπώς, υπάρχει σχέση αλλά πολύ αδύναμη. (πίνακας 18)

Η μεταβλητή του λόγου υποδιαιρείται σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SAS- TR σε τρεις υπο- ομάδες: καθόλου λόγος, μονολεκτικός λόγος και ανεπτυγμένος λόγος. Στον πίνακα 16 έχουν βρεθεί οι συσχετίσεις της κάθε μίας με τις υποκλίμακες του άγχους.

Αρχικά, αντίθετα με τη μεταβλητή του λόγου ως ολότητα, στη μεταβλητή που δηλώνει καθόλου λόγο βρέθηκαν μικρές και μέτριες συσχετίσεις. Ο δείκτης Pearson's  $r$  βρέθηκε για τον καθόλου λόγο και το κοινωνικό άγχος 0.168 (μικρή θετική συσχέτιση) ( $p=0,168$ ), για το γενικευμένο άγχος 0,208 (μικρή θετική

συσχέτιση) ( $p=0.392$ ) και τέλος για το σχολικό άγχος 0,275 (μικρή θετική συσχέτιση) ( $p=0,255$ ). (πίνακας 16)

Έπειτα, οι συσχετίσεις του μονολεκτικού λόγου και με τις 3 μεταβλητές του άγχους βρέθηκαν μικρές έως μέτριες. Συγκεκριμένα ο δείκτης Pearson's  $r$  βρέθηκε για το κοινωνικό άγχος 0,228 ( $p= 0,141$ ), για το γενικευμένο άγχος 0,217 ( $p= 0,162$ ) και για το σχολικό άγχος 0,246 ( $p=0,112$ ). (πίνακας 16)

Τέλος, οι τιμές για τον ανεπτυγμένο λόγο δεν έδειξαν εξίσου κάποια διαφορά καθώς για το κοινωνικό άγχος ο δείκτης Pearson ισούται με 0,026 (ελάχιστη θετική συσχέτιση έως καθόλου) ( $p=0,877$ ), για το γενικευμένο άγχος - 0.099 (αρνητική αδύναμη συσχέτιση) ( $p=0,554$ ) και για το σχολικό άγχος - 0.039 (εξίσου αρνητική αδύναμη συσχέτιση) ( $p=0,816$ ). Συνεπώς, το επίπεδο λόγου δεν σχετίζεται με την εμφάνιση του άγχους. (πίνακας 16).

Παράλληλα συγκρίσεις μέσω των τιμών των υποκατηγοριών του λόγου (καθόλου λόγος, μονολεκτικός λόγος και ανεπτυγμένος λόγος) έγιναν με την κάθε υποκατηγορία ξεχωριστά (πίνακας 17). Όσον αφορά το κοινωνικό άγχος η σύγκριση των τιμών ανάμεσα στον καθόλου λόγο και στον μονολεκτικό λόγο έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με το μονολεκτικό λόγο να έχει μεγαλύτερο επίπεδο άγχους, όπως και έδειξε και η σύγκριση ανάμεσα στον μονολεκτικό και ανεπτυγμένο λόγο με τον πρώτο να εμφανίζει μεγαλύτερη μέση τιμή ( $p=0,000 < 0,005$ ). Αντιθέτως, συγκρίνοντας τον καθόλου με τον ανεπτυγμένο λόγο φαίνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p=0,806 > 0,05$ ) (πίνακας 17).

Βέβαια, προχωρώντας στη διαταραχή του γενικευμένου άγχους δεν βρέθηκε σε κανέναν από τους τρεις συνδυασμούς στατιστικά σημαντική διαφορά (καθόλου με μονολεκτικό λόγο  $p=0,282 > 0,05$ , καθόλου με ανεπτυγμένο λόγο  $p= 1 > 0,05$  και μονολεκτικό με ανεπτυγμένο λόγο  $p=0,136$ ). Τέλος οι συγκρίσεις που αφορούν το σχολικό άγχος έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές που προέκυψαν από τη σύγκριση μέσω των τιμών ανάμεσα στον καθόλου και μονολεκτικό λόγο με τον δεύτερο να έχει μεγαλύτερη μέση τιμή ( $p= 0,028$ ) και ανάμεσα στο μονολεκτικό και ανεπτυγμένο λόγο με τον πρώτο πάλι να έχει μεγαλύτερη μέση τιμή ( $p= 0,04$ ).

Αντίθετα, δεν προέκυψαν διαφορές ανάμεσα στον καθόλου και ανεπτυγμένο λόγο ( $p= 0,898$ ). Συμπερασματικά διαφορές εντοπίστηκαν στο κοινωνικό άγχος και στο σχολικό άγχος ανάμεσα στον καθόλου και μονολεκτικό λόγο και στον μονολεκτικό και ανεπτυγμένο λόγο (πίνακας 17).

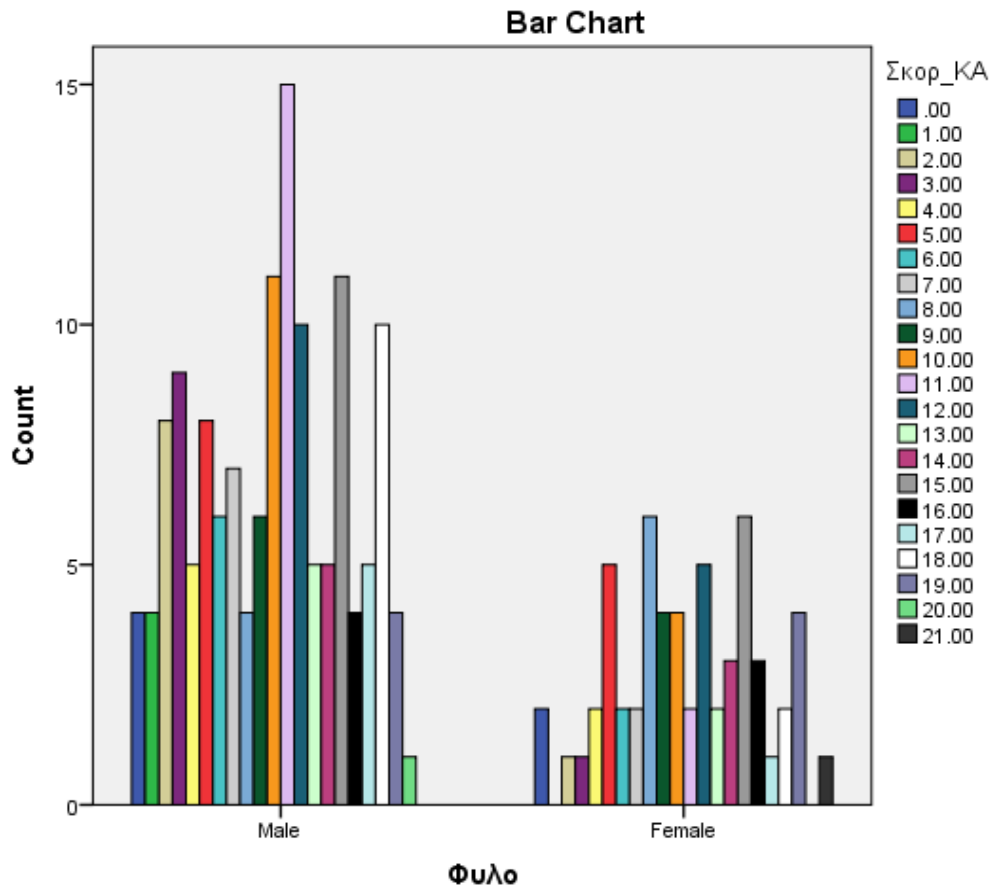
### **Δεδομένα για τα παιδιά τυπικής Ανάπτυξης**

Τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη σύμφωνα με τα αποτελέσματα έδειξαν στο σχολικό άγχος (γενικό) ποσοστό 22% στο κλινικό φάσμα και στις υψηλές τιμές ποσοστό 32%. Στο κοινωνικό άγχος ποσοστό 19% (κλινικό φάσμα) και ποσοστό 31% στις υψηλές τιμές, ενώ στη διαταραχή γενικευμένου άγχους 21%(κλινικό φάσμα) και 46% (υψηλές τιμές)

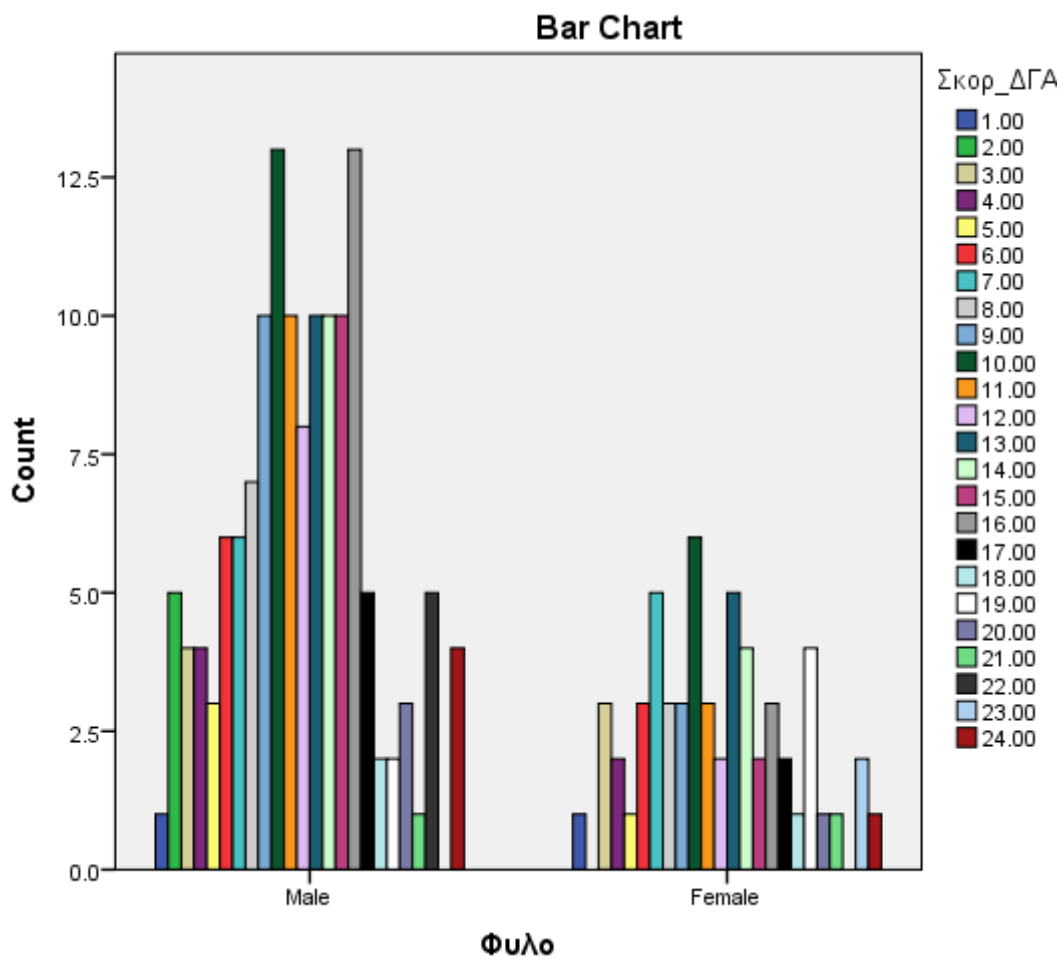
Οι μέσες τιμές σκορ για το σχολικό άγχος (γενικό) 23.3200 για το κοινωνικό άγχος 10.4100 και για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους 12.9100.

## Διαγράμματα

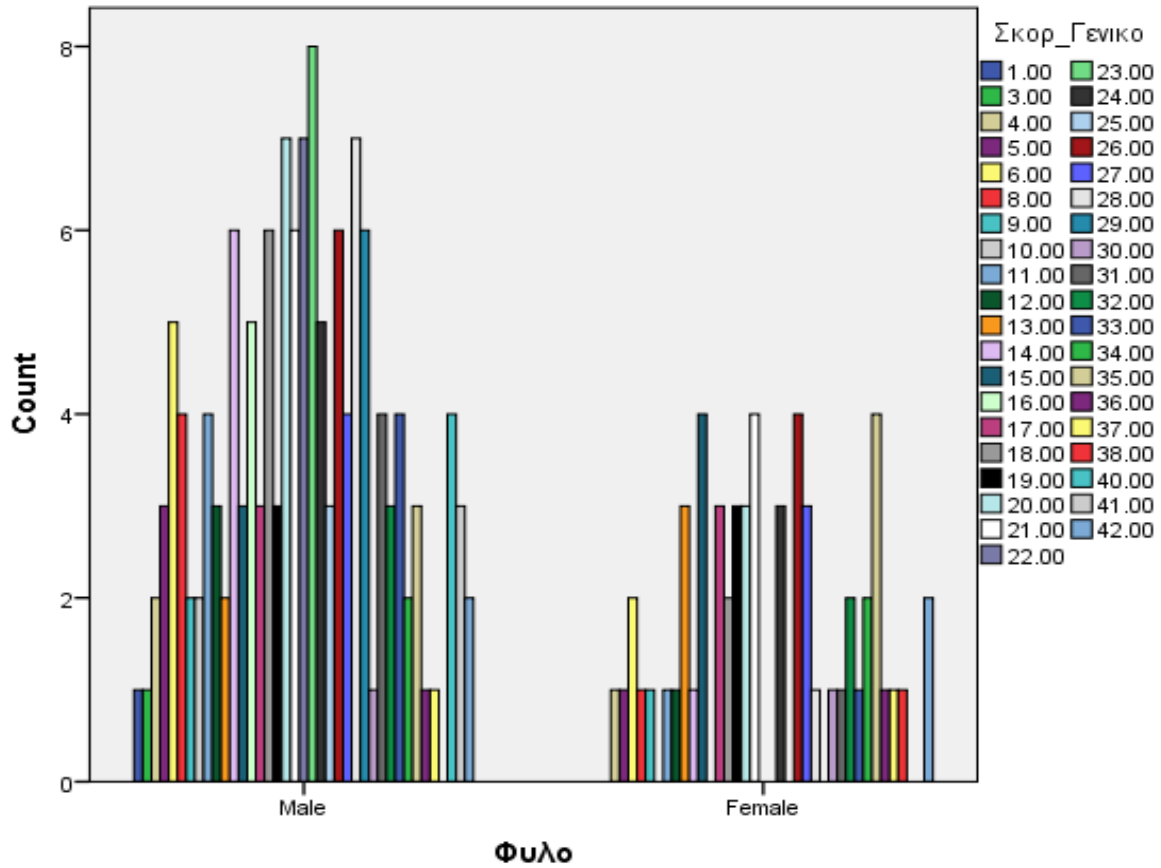
Διάγραμμα 1 Φύλο και Κοινωνικό Άγχος



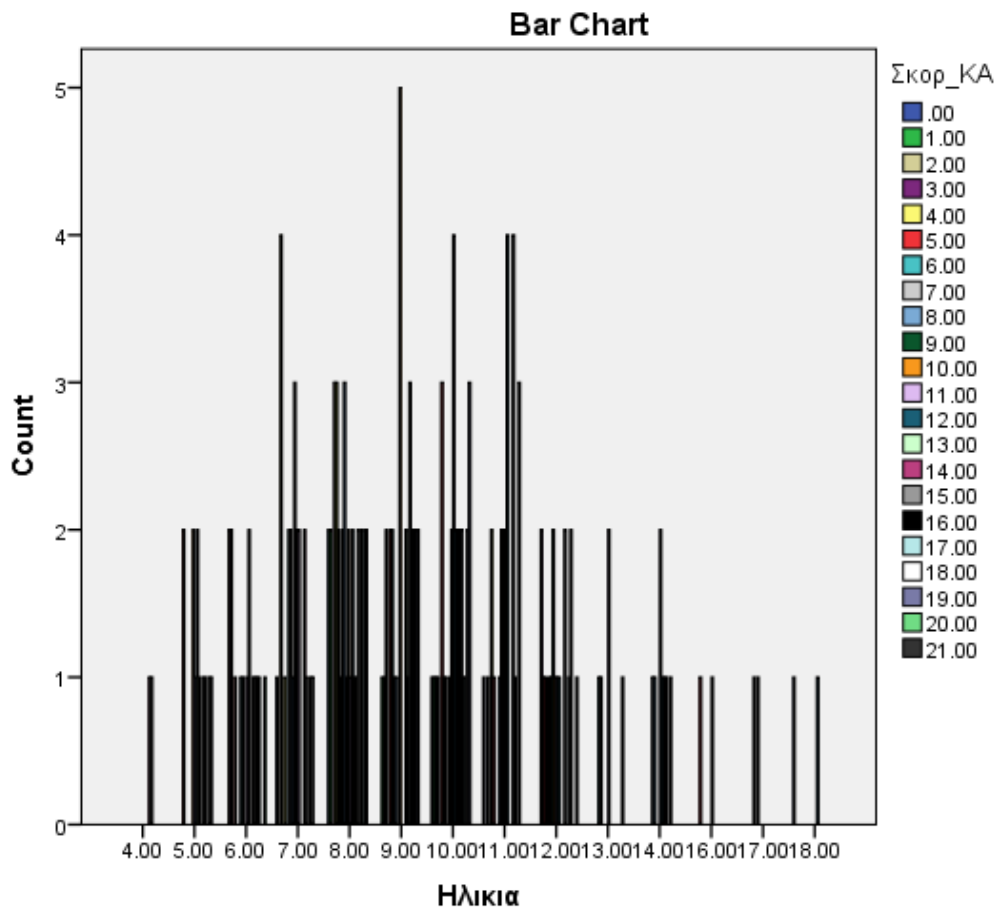
Διάγραμμα 2 Φύλο και Διαταραχή Γενικευμένου άγχους



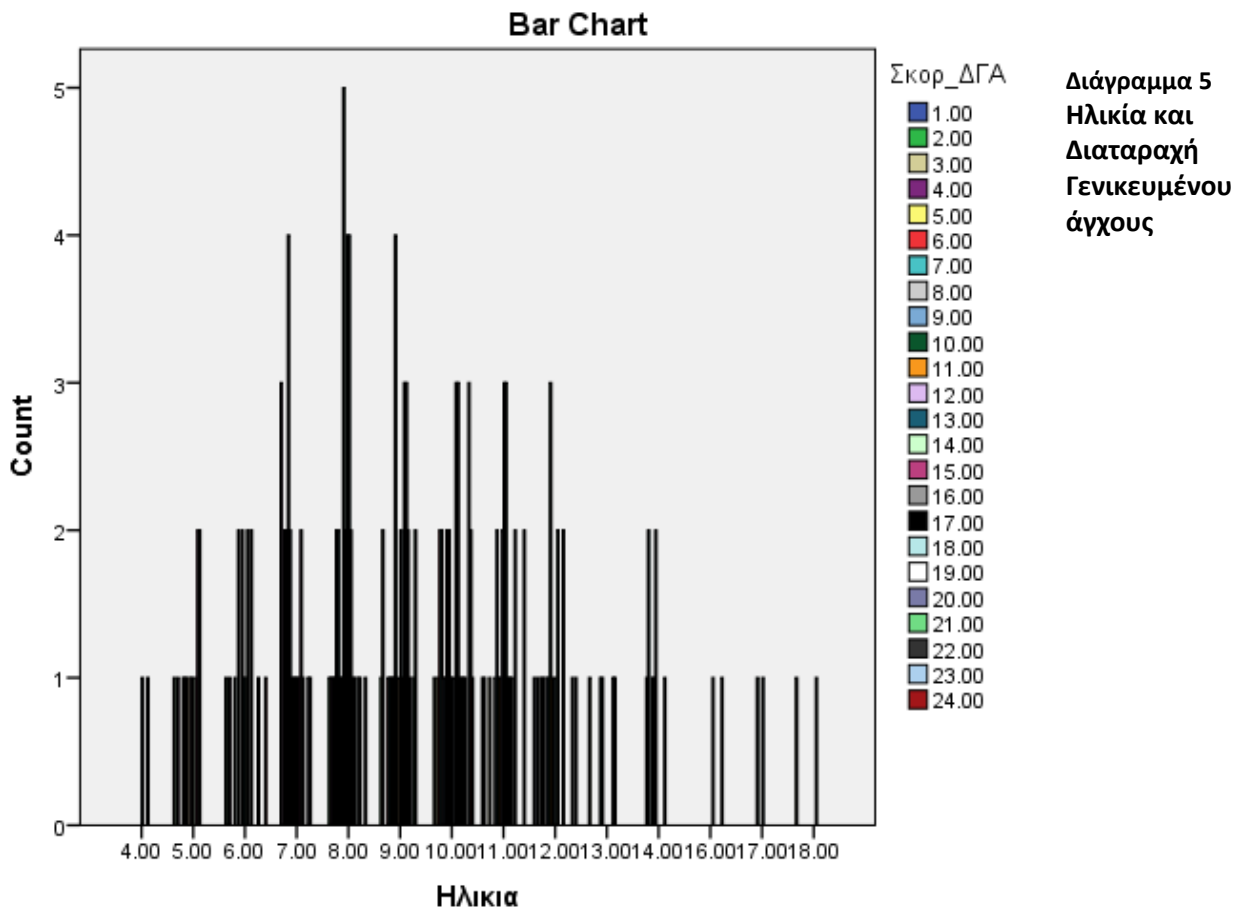
Διάγραμμα 3 Φύλο και Σχολικό άγχος Bar Chart



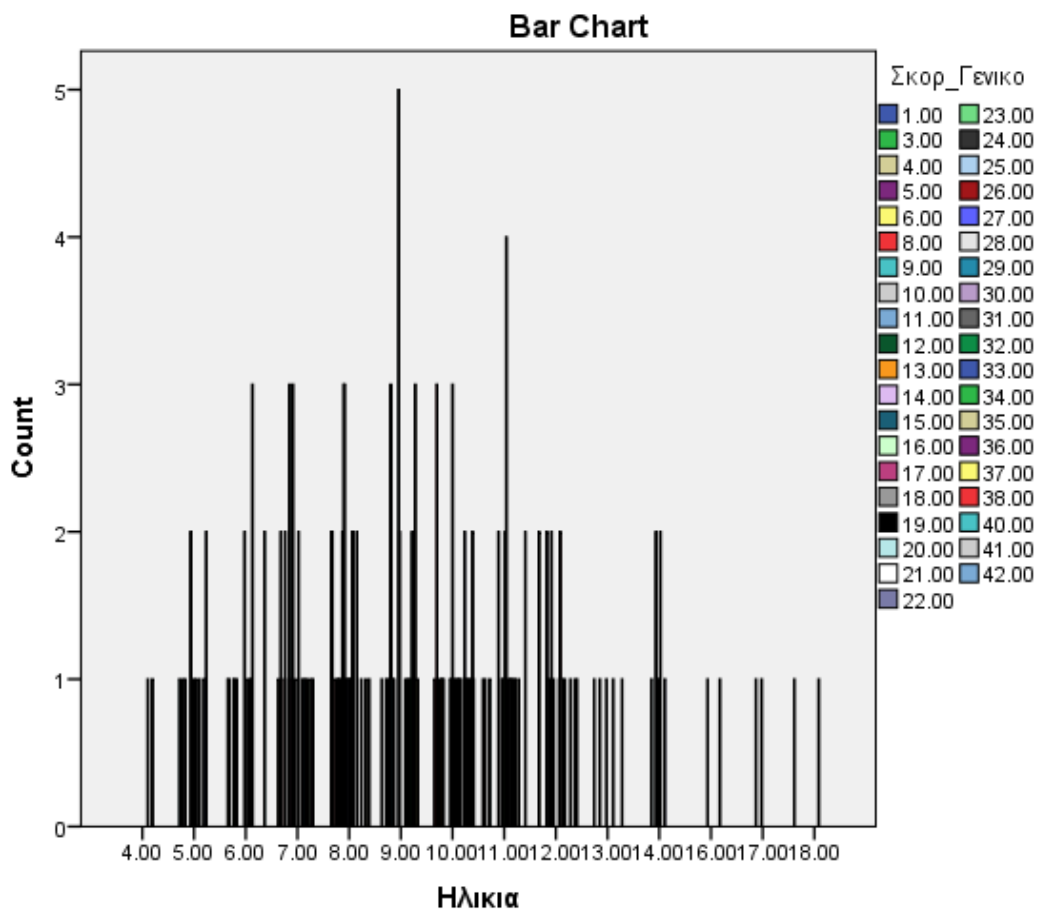
Διάγραμμα 4 Ηλικία και Κοινωνικό άγχος







**Διάγραμμα 6 Ηλικία και Σχολικό άγχος**



## Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα μετά την κωδικοποίηση και μελέτη των αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκε η εξαγωγή των παρακάτω συμπερασμάτων σε σχέση με άλλες έρευνες.

Αρχικά, στο ερωτηματολόγιο μας απασχόλησε η ύπαρξη τριών υποκλιμάκων άγχους (κοινωνικό άγχος, διαταραχή γενικευμένου άγχους και το σχολικό άγχος) σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης και σε παιδιά με αυτισμό. Αρχικά, το άγχος που επικρατεί στον πληθυσμό των ατόμων με αυτισμό εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα. Για παράδειγμα η έρευνα των Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas & Baird, (2008) και των Gadow, Devincent, Pomeroy & Azizian, (2005) κατέδειξε με ερευνητικά δεδομένα ότι το 22- 84% του δείγματος με διαταραχή αυτισμού έχουν συμπτώματα άγχους όπως και στην παρούσα έρευνα όπου σχολικό άγχος εμφάνισαν 21% στο κλινικό φάσμα και 26% στις υψηλές τιμές.

Παράλληλα, τα ερευνητικά δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους Ung, Wood, Ehrenreich-May, Arnold, Fuji, Renno, & Storch, (2013) έδειξαν ότι 91,6% του δείγματος της ερευνητικής τους προσπάθειας, εμφάνισαν δείγματα άγχους, ενώ ποσοστό 25,9% πληρούσε τα κριτήρια για διαταραχή γενικευμένου άγχους. Στην παρούσα έρευνα εξίσου βρέθηκε ποσοστό που πληρεί τα κριτήρια για την ίδια διαταραχή 20% στο κλινικό φάσμα και 28% στις υψηλές τιμές. Η συχνότητα εμφάνισης του άγχους στον πληθυσμό που βρίσκεται στη διαταραχή φάσματος του αυτισμού επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες και καλό θα ήταν να λαμβάνεται υπόψη και από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς.

Επιπρόσθετα την παρουσία άγχους είτε στο όριο είτε λίγο κάτω από αυτό επιβεβαιώνουν έρευνες όπως αυτή των Gotham, Bishop, Hus, Huerta, Lund, Buja & Lord. (2013) το 46% του δείγματος των παιδιών με αυτισμό που εξετάστηκαν με την Child Behavior Checklist Anxiety Problems Scale (CBCL) βρέθηκαν στο όριο κλινικού άγχους ή και λίγο παρακάτω από αυτό όπως στην παρούσα έρευνα μόνο

8%, και σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης που κατείχαν ποσοστό μόλις 9% ενώ στην παρούσα έρευνα κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό του 18%.

Παράλληλα, οι Costello, Egger, & Angold, (2005), τόνισαν ότι σύμφωνα με τη δική τους αλλά και με προηγούμενες έρευνες υποδεικνύεται ότι τα παιδιά με αυτισμό έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν άγχος σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Βέβαια, στην παρούσα έρευνα όπως επώθηκε και παραπάνω τα ποσοστά εμφάνισης άγχους παιδιών με αυτισμό και τυπικής ανάπτυξης είναι παρόμοια ενώ κοιτώντας τις μέσες τιμές σκορ τα παιδιά με αυτισμό βρίσκονται στο όριο και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης στην αρχή του κλινικού φάσματος.

Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν σχετικά με το σχολικό άγχος, τη διαταραχή κοινωνικού άγχους και τη διαταραχή γενικευμένου άγχους ήταν το φύλο και η ηλικία ξεχωριστά για κάθε μία και έπειτα με τη συνυπαρξη και των δύο (σχολικό άγχος) αλλά και το επίπεδο λόγου όσον αφορά το φάσμα του αυτισμού. Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια, ερευνητικό δεδομένο που σχετίζεται με προηγούμενες έρευνες. Επιπρόσθετα, εξετάζοντας την ηλικία, επίσης η συσχέτιση δεν ήταν ισχυρή στον αριθμό, υποδηλώνοντας δεν υπάρχει σχέση εξάρτησης της με την εμφάνιση των διαταραχών.

Από τα αριθμητικά δεδομένα βρέθηκαν να σκοράρουν παιδιά στο ηλικιακό εύρος 5-11 ετών και για την τυπική ανάπτυξη και για τον αυτισμό στην διαταραχή γενικευμένου άγχους (με υψηλότερες τιμές στις ηλικίες 7-11) και για το κοινωνικό άγχος 5-14 ετών με υψηλότερες τιμές να σημειώνονται στις ηλικίες 7-11 ετών.

Επίσης, σύμφωνα με το κριτήριο Pearson η συσχέτιση και με τις δυο διαταραχές δεν βρέθηκε θετικά ισχυρή σημαντική σχέση, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ηλικία δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχών άγχους σε αντίθεση με ευρήματα ερευνών που θα αναφερθούν παρακάτω που μπορεί να ερμηνευτούν από την έναρξη της εφηβείας, την έκρηξη ορμονών, τις επικείμενες αλλαγές, την αποδοχή από τους συνομήλικους, την αδυναμία διαχείρισης καταστάσεων και για άλλους λόγους.

Παράλληλα, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι ο δείκτης νοημοσύνης παρ' ότι σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα επρόκειτο να αναζητηθεί η συσχέτιση με την εμφάνιση άγχους, εξαιτίας όμως των ελλιπών απαντήσεων λόγω αδυναμίας των εκπαιδευτικών της ειδικής αγωγής να απαντήσουν δεν εξετάστηκε.

Γενικότερα, η σύγκριση μεταξύ των δύο δειγμάτων αυτισμού και τυπικής ανάπτυξης έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, στο δείγμα ειδικής αγωγής το 48% των παιδιών του δείγματος εμφανίζουν σχολικό άγχος. Από την άλλη πλευρά, στα 100 παιδιά του δείγματος τυπικής ανάπτυξης, έχει σημειωθεί το ποσοστό 54% των παιδιών. Επομένως, ο αριθμός των παιδιών στο σχολικό άγχος διαφέρει. Άρα συμπερασματικά τα παιδιά με αυτισμό και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης εμφανίζουν άγχος σε αναλογικά επίπεδα βάσει αριθμητικών δεδομένων με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης να ξεπερνούν κατά λίγο τα παιδιά με αυτισμό όπως μας δείχνουν και οι συγκρίσεις των μέσων τιμών τους.

Η εξέταση των συμπερασμάτων της παρούσας έρευνας σε σχέση με προηγούμενες έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αρχικά, συσχέτιση της μεταβλητής της ηλικίας με το άγχος αμφιταλαντεύεται καθ' ότι σε κάποιες έρευνες έχει βρεθεί θετική αλλού αρνητική και αλλού αδιάφορη όπως εδώ. Από τη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μέσες τιμές των ομάδων ως προς την ηλικία, δηλαδή υπάρχουν διαφορές ανάμεσά τους στην εμφάνιση άγχους. Όπως έχει προαναφερθεί θετική συσχέτιση έχουν υποστηρίξει οι Van Steensel και συν. (2011). Συγκεκριμένα έχει βρεθεί πως πιθανότατα τα είδη άγχους να συσχετίζονται με την ηλικία και πως τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής άγχους, ενώ οι μικρότερες ηλικίες έχουν πιθανότητες εμφάνισης άγχους αποχωρισμού και ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Van Steensel et al., 2011). Αντίθετα οι Magiati και συν. (Magiati et al., 2015) δεν υποστηρίζουν τέτοια ευρήματα. Υπάρχουν πολλές έρευνες που αμφιταλαντεύονται για το αν τελικά ισχύει η συσχέτιση ηλικίας και άγχους και η αναφορά των παραπάνω είναι ενδεικτική.

Έρευνες όπως των Vasa & Mazurek, (2015), των Mayes, Calhoun, Murray, Zahid, (2011) και των Weisbrot, και συν., (2005) δείχνουν επίσης, ότι το άγχος συσχετίζεται

με την ηλικία και μάλιστα αυξάνεται όσο αυξάνεται και αυτή, ενώ η έρευνα του Davis και συν., (2011) έχει ερευνητικά στοιχεία ότι το άγχος μειώνεται από την παιδική ηλικία προς την ενηλικίωση του ατόμου. Αντιθέτως, άλλοι ερευνητές δεν έχουν βρει καμία απολύτως συσχέτιση της ηλικίας με το άγχος όπως οι Mazurek & Kanne, (2010) και οι Sukhodolsky και συν. (2008) όπως και στην παρούσα έρευνα. Γενικότερα, σύμφωνα με άλλη άποψη φαίνεται πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους σε μεγαλύτερα παιδιά 14 με 17 ετών όπως και στην έρευνα των Kirkovski και συν. (2013).

Στη συνέχεια, σχετικά με τη μεταβλητή του φύλου λίγες είναι οι έρευνες που έχουν εξετάσει εάν παίζει ρόλο με τη συμπτωματολογία του άγχους. Για παράδειγμα στην έρευνα Syriopoulou-Deli και συν. (Syriopoulou-Deli et al., 2018) δεν βρέθηκαν διαφορές όπως και στην έρευνα των Vasa & Mazurek, (2015), των Sukhodolsky και συν. (2008) αλλά και στην έρευνα των Magiati και συν. (Magiati et al., 2015) όμως λόγω δείγματος στην τελευταία. Όπως και στην παρούσα έρευνα η σύγκριση φύλου και άγχους δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά, δηλαδή ότι τα αγόρια εμφανίζουν εξίσου άγχος με τα κορίτσια. Αντίθετα, στην έρευνα των Gadow και συν., (2005) βρέθηκαν μέτριες διαφορές ανάμεσα στα συμπτώματα άγχους και φύλου.

Όσον αφορά τη μεταβλητή του λόγου βέβαια, οι Kerns, Kendall, Berry, Souders, Franklin, Schultz & Herrington, (2014) βρήκαν ότι ο λόγος των παιδιών με αυτισμό συσχετίζεται με το άγχος που χαρακτηρίζει το DSM (Kerns et. al., 2014). Όσο πιο αναπτυγμένο το επίπεδο λόγου των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα τόσο πιο πιθανό είναι να έχουν κάποια συμπτωματολογία άγχους. Αντιθέτως, οι Hallet και συν. (2013) υποστηρίζουν με ερευνητικά δεδομένα την αρνητική συσχέτιση με το κοινωνικό και επικοινωνιακό έλλειμμα των παιδιών αυτών όπως και στην παρούσα έρευνα ο λόγος σαν μεταβλητή βρέθηκε να έχει αρνητική αδύναμη όμως συσχέτιση. Βέβαια, οι υποκατηγορίες του λόγου (καθόλου, μονολεκτικός και ανεπτυγμένος λόγος) έχουν μια μικρή συσχέτιση με το άγχος είτε αρνητική είτε θετική εκτός από μια μέτρια θετική συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στο κοινωνικό άγχος και στην υποκατηγορία του καθόλου λόγου.

Οι συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν στην έρευνα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο (αν παίζει ρόλο εάν ένα παιδί είναι αγόρι ή κορίτσι) και ότι το άγχος θα εμφανιστεί από άλλους λόγους. Οπότε σύμφωνα με το ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε στην αρχή απαντάται μέσω σύγκρισης των δυο φύλων στην πληθυσμιακή ομάδα του αυτισμού. Αντιθέτως, όσον αφορά τη μεταβλητή του λόγου τα δεδομένα αλλάζουν. Βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές στις υπο ομάδες του όπως στον καθόλου λόγο με τον μονολεκτικό, δηλαδή είναι περισσότερο πιθανό ένα παιδί με μονολεκτικό λόγο να παρουσιάσει συμπτώματα κοινωνικού άγχους σε σχέση με ένα παιδί που δεν μιλά καθόλου σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών. Επίσης για την ίδια διαταραχή σύμφωνα πάντα με την άποψη των εκπαιδευτικών υπάρχει πιθανότητα πάλι παιδί με μονολεκτικό λόγο να παρουσιάσει άγχος σε σχέση με ένα παιδί με ανεπτυγμένο λόγο ίσως λόγω επικοινωνιακού ελλείμματος. Παράλληλα, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε κατά την σύγκριση των υπο -ομάδων με την διαταραχή γενικευμένου άγχους. Αντίθετα, όσον αφορά το σχολικό άγχος πρωταγωνιστεί και πάλι ο μονολεκτικός λόγος στη σύγκρισή του με τις άλλες δύο υπο ομάδες και υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης άγχους στον αυτισμό με μονολεκτικό λόγο.

Σύμφωνα με το πρώτο ερώτημα βρέθηκαν συμπτώματα άγχους στα παιδιά με αυτισμό σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς, ενώ σύμφωνα με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα η τοπική ανάπτυξη εκδηλώνει λόγο μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τον αυτισμό, πάντα σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών και τις συγκρίσεις που διεξήχθησαν. Τέλος, έρευνες όπως των Muriset και συν. (Muriset et al., 1998, οπ. αναφ. Chalfant et al, 2016) και ο White και συν. (White et al., 2009) έχουν καταδείξει συνοσηρότητα του άγχους με τον αυτισμό σε υψηλά ποσοστά και γενικότερα υπογραμμίζεται η επικράτηση υψηλών ποσοστών άγχους όπως και όπου το 1/4 του δείγματος παρουσίασε συμπτώματα άγχους σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς.

## Περιορισμοί έρευνας

Οι περιορισμοί που υφίστανται στη συγκεκριμένη έρευνα καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη κατά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της. Αρχικά, το δείγμα και για τις δύο κατηγορίες παιδιών είναι μικρό αναλογικά με τον ελληνικό πληθυσμό. Μόνο 200 εκπαιδευτικοί συνολικά κατέγραψαν τις απόψεις τους για 200 παιδιά (100 παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα και 100 τυπικής ανάπτυξης) δείγμα που δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό για τα ελληνικά δεδομένα ώστε όχι μόνο να γίνει κάποια αντιστοίχιση με αυτά αλλά ούτε και γενίκευση συμπερασμάτων για τον πληθυσμό που είτε βρίσκεται στο φάσμα, είτε είναι τυπικής ανάπτυξης.

Επίσης, θα ήταν σημαντικό να αναφέρουμε τη δυσκολία που αντιμετώπισαν οι εκπαιδευτικοί της ειδικής αγωγής στην μεταβλητή του δείκτη νοημοσύνης, καθώς είτε δεν μπορούσαν να θυμηθούν το νούμερο του δείκτη ούτε κατέγραψαν περιγραφικώς τι νοημοσύνη είχε το παιδί για το οποίο συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο (υψηλός, μέσος, χαμηλός). Ως αποτέλεσμα δεν μπόρεσε να γίνει συσχέτιση των σκορ άγχους με αυτή τη μεταβλητή παρόλο που ανήκε στα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα.

Επιπρόσθετα, υπάρχει και η παράμετρος κατά την οποία οι εκπαιδευτικοί δεν είναι ούτε σωστά καταρτισμένοι ούτε έχουν λάβει τη κατάλληλη εκπαίδευση διάκρισης συμπτωμάτων σε τέτοια λεπτά ζητήματα όπως οι αγχώδεις διαταραχές. Οπότε είναι λογικό να μην είναι σε θέση να διακρίνουν ορθώς, πότε το παιδί βρίσκεται σε μία κατάσταση εξαιτίας μίας προϋπάρχουσας διαταραχής ή απλώς έχει μία φυσική συστολή ή κάποια ιδιοτροπία σε μία κατάσταση που έρχεται αντιμέτωπο.

Τέλος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στη συγκεκριμένη έρευνα δεν υπήρχε ποικιλότητα ως προς τα εργαλεία και τις μεθόδους, ούτε συμμετείχαν πρόσωπα από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών (όπως μητέρες, φροντιστές) ενώ τα κορίτσια του δείγματος ήταν κατά πολύ λιγότερα.

## Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Σε επόμενες έρευνες που θα αφορούν τον εντοπισμό συμπτωμάτων στις αγχώδεις διαταραχές σε πληθυσμό παιδιών είτε που βρίσκονται στο φάσμα είτε είναι τοπικής ανάπτυξης, θα ήταν πιο ωφέλιμο να χρησιμοποιηθούν πιο συγκεκριμένα και ακριβέστερα κριτήρια, με περισσότερες λεπτομέρειες ως προς την επεξήγηση της κατάστασης. Έτσι, οι εκπαιδευτικοί θα διευκολυνθούν περισσότερο στον εντοπισμό τους.

Επίσης, θα ήταν πολύ εύστοχο μέσω της συστηματικής δειγματοληψίας να επιλεγούν ονομαστικά εκπαιδευτικοί που πριν τη συμπλήρωση του αντίστοιχου ερωτηματολογίου θα λάβουν περαιτέρω επιμόρφωση που θα έχει σκοπό την κατάρτισή τους. Έτσι με αυτήν την τακτική, τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερο αξιόπιστα και φερέγγυα.

Τέλος, για να γίνει δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων που θα ακολουθήσουν, ο αριθμός του δείγματος θα πρέπει να είναι μεγαλύτερος και σε αντιστοιχία με τα ελληνικά δεδομένα.



## Παράρτημα

Επιστολή πρόσκλησης



Αγαπητοί εκπαιδευτικοί,

ονομάζομαι Δημητρακίδου Βασιλική και είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο «Απόψεις εκπαιδευτικών για το άγχος των παιδιών με ΔΑΦ», που αφορά το άγχος που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του Αυτισμού, θα χρησιμοποιηθεί το παρακάτω ερωτηματολόγιο για εκπαιδευτικούς School Anxiety Scale – Teachers Review (SAS-TR).

Εάν επιλέξετε να συμμετέχετε στην έρευνα, το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τα στοιχεία που θα συμπληρωθούν είναι εντελώς εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο για την παρούσα έρευνα. Για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία σας δημιουργηθεί μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου είτε μέσω τηλεφώνου 6982364786, είτε μέσω e-mail [dimitrakidou.vasiliki@yahoo.gr](mailto:dimitrakidou.vasiliki@yahoo.gr).

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για τον πολύτιμο χρόνο  
και την ερευνητική συμβολή σας.

Με εκτίμηση,  
Δημητρακίδου Βασιλική.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

**6982364786**

**[dimitrakidou.vasiliki@yahoo.gr](mailto:dimitrakidou.vasiliki@yahoo.gr)**

## Κλίμακα Σχολικού Άγχους

Δημογραφικά στοιχεία εκπαιδευτικών

Παρακαλώ σημειώστε με Χ ή βάλτε σε κύκλο τη επιλογή που ταιριάζει με την απάντησή σας ή απαντήστε συντόμως γραπτά:

1. Φύλο: Άνδρας: \_\_\_\_\_ Γυναίκα: \_\_\_\_\_
2. Ηλικία: <30: \_\_\_\_\_, 31-40: \_\_\_\_\_, 41-50: \_\_\_\_\_, >50: \_\_\_\_\_
3. Χρόνια προϋπηρεσίας: <5 \_\_\_\_\_, 6-10: \_\_\_\_\_, 11-15: \_\_\_\_\_, 16-20: \_\_\_\_\_, >20 \_\_\_\_\_
4. Μορφωτικό επίπεδο: (μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)  
Παιδαγωγική Ακαδημία: \_\_\_\_\_  
Παιδαγωγική Ακαδημία και Εξομοίωση: \_\_\_\_\_  
Παιδαγωγικό Τμήμα Γενικής Εκπαίδευσης: \_\_\_\_\_  
Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής: \_\_\_\_\_  
Άλλο Πτυχίο: \_\_\_\_\_
5. Περαιτέρω Σπουδές:  
Διδασκαλείο: \_\_\_\_\_  
Μεταπτυχιακός τίτλος: \_\_\_\_\_  
Διδακτορικός τίτλος: \_\_\_\_\_
6. Σχολική μονάδα όπου εργάζεστε:  
Γενικό Σχολείο: \_\_\_\_\_  
Ειδικό Σχολείο: \_\_\_\_\_  
Παράλληλη στήριξη σε γενικό σχολείο: \_\_\_\_\_  
Τμήμα Ένταξης: \_\_\_\_\_
7. Έτη προϋπηρεσίας με παιδιά με Αυτισμό: \_\_\_\_\_
8. Σπουδές στον Αυτισμό: \_\_\_\_\_

## Επιδημιολογικά στοιχεία του/της μαθητή/τριας:

Φύλο: Αγόρι \_\_\_\_\_ Κορίτσι \_\_\_\_\_

Δημογραφικά στοιχεία παιδιών

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Τάξη που παρακολουθεί: \_\_\_\_\_

Δ.Ν. (Δείκτης Νοημοσύνης): \_\_\_\_\_ (όχι για τοπικής ανάπτυξης)

Καθόλου λόγος: \_\_\_\_\_ Μονολεκτικός λόγος: \_\_\_\_\_

Αναπτυγμένος λόγος: \_\_\_\_\_

### Ερωτηματολόγιο SAS- TR

Σημειώστε Χ σε μία από τις στήλες, που θα επιλέξετε σύμφωνα με την απάντησή σας:

	Το παιδί	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1.	Το παιδί φοβάται να κάνει ερωτήσεις μέσα στην τάξη	0	1	2	3
2.	Μιλά μόνο όταν κάποιος του/της απευθύνει μια ερώτηση	0	1	2	3
3.	Ανησυχεί για το τι σκέφτονται οι άλλοι για αυτόν/ήν	0	1	2	3
4.	Δεν λαμβάνει πρωτοβουλία να κάνει ερωτήσεις ή σχόλια μέσα στην τάξη	0	1	2	3
5.	Φοβάται να κάνει λάθη	0	1	2	3
6.	Απεχθάνεται να αποτελεί το κέντρο της προσοχής	0	1	2	3
7.	Διστάζει να ξεκινήσει μια εργασία ή να ζητήσει επεξηγήσεις πάνω σε αυτήν	0	1	2	3
8.	Ανησυχεί για διάφορα πράγματα	0	1	2	3
9.	Ανησυχεί ότι δεν θα τα καταφέρει στο σχολείο	0	1	2	3
10.	Ανησυχεί ότι κάτι κακό θα του/της συμβεί	0	1	2	3

11.	Φαίνεται πολύ ντροπαλός/ή	0	1	2	3
12.	Παραπονιέται για πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή ότι νιώθει άρρωστος/η	0	1	2	3
13.	Νιώθει φόβο, όταν πρέπει να μιλήσει μπροστά σε όλη την τάξη	0	1	2	3
14.	Διστάζει να μιλήσει, όταν βρίσκεται σε μια ομάδα ανθρώπων	0	1	2	3
15.	Όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, τον/την πιάνει τρέμουλο	0	1	2	3
16.	Εκδηλώνει εκνευρισμό όταν τον/την πλησιάζουν άλλα παιδιά ή ενήλικες	0	1	2	3

## Βιβλιογραφία

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. Guilford Press.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213.

Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 293-303.

Attwood, T. (1997). *Asperger's syndrome: A guide for parents and professionals*. Jessica Kingsley Publishers.

Bar-Haim, Y. (2010). Research review: attention bias modification (ABM): a novel treatment for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 859-870.

Baron-Cohen, S., Campbell, R., Karmiloff-Smith, A., Grant, J., & Walker, J. (1995). Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes?. *British Journal of Developmental Psychology*, 13(4), 379-398.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.

Beidel, D. C., & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In J. S. March (Ed.), *Anxiety in children and adolescents* (pp. 181-211). New York: Guilford Press.

Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Chaloff, J., & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders.

Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., ... & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82.

Belinchón, M., Hernández, J. M., & Sotillo, M. (2008). Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades. *España: Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid*.

Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19*(2), 78-86.

Bellini, S. (2006). The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21*(3), 138-145.

Bleuler, M. (1991). The concept of schizophrenia in Europe during the past one hundred years. In *What is schizophrenia?* (pp. 1-15). Springer, New York, NY.

Boucher, J., & Lewis, V. (1992). Unfamiliar face recognition in relatively able autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*(5), 843-859.

Briskman, J., Frith, U., & Happe, F. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: weak "central coherence" in parents and siblings of children with autism: II. Real-life skills and preferences. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*(3), 309-316.

Bryson, S. E., Landry, R., & Wainwright, J. (1997). A componential view of executive dysfunction in autism: Review of recent evidence.

Caamaño, M., Boada, L., Merchán-Naranjo, J., Moreno, C., Llorente, C., Moreno, D., ... & Parellada, M. (2013). Psychopathology in children and adolescents with ASD without mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(10), 2442-2449.

Chalfant, A. M., Rapee, R., & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders, 37*(10), 1842-1857.

Chang, Y. C., Quan, J., & Wood, J. J. (2012). Effects of anxiety disorder severity on social functioning in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 24*(3), 235-245.

Clarizio, H. F. (1994). *Assessment and treatment of depression in children and adolescents.*

- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 631-648.
- Couturier, J. L., & Nicolson, R. (2002). A retrospective assessment of citalopram in children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(3), 243-248.
- Davis III, T. E., Hess, J. A., Moree, B. N., Fodstad, J. C., Dempsey, T., Jenkins, W. S., & Matson, J. L. (2011). Anxiety symptoms across the lifespan in people diagnosed with autistic disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 112-118
- Despert, J. L. (1965). *The emotionally disturbed child, then and now*. R. Brunner.
- Eales, M. J. (1993). Pragmatic impairments in adults with childhood diagnoses of autism or developmental receptive language disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 23(4), 593-617.
- Eussen, M. L., Van Gool, A. R., Verheij, F., De Nijs, P. F., Verhulst, F. C., & Greaves-Lord, K. (2013). The association of quality of social relations, symptom severity and intelligence with anxiety in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 17(6), 723-735.
- Ferguson, C. J., & Olson, C. K. (2013). Friends, fun, frustration and fantasy: Child motivations for video game play. *Motivation and Emotion*, 37(1), 154-164.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Frala, J. L., Leen-Feldner, E. W., Blumenthal, H., & Barreto, C. C. (2010). Relations among perceived control over anxiety-related events, worry, and generalized anxiety disorder in a sample of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2), 237-247.

- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(4), 379-393.
- Gadow, K. D., Devinent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2005). Comparison of DSM-IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism*, 9(4), 392-415.
- Ghaziuddin, M., & Zafar, S. (2008). Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 9-12.
- Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286.
- Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., ... & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(1), 33-41.
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. (2014). The benefits of playing video games. *American psychologist*, 69(1), 66.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(4), 279-293.
- Groden, J., Cautela, J., Prince, S., & Berryman, J. (1994). The impact of stress and anxiety on individuals with autism and developmental disabilities. In *Behavioral issues in autism* (pp. 177-194). Springer, Boston, MA.
- Groden, J., Diller, A., Bausman, M., Velicer, W., Norman, G., & Cautela, J. (2001). The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 207-217.



Groden, J., LeVasseur, P., Diller, A., & Cautela, J. (2002). Coping with stress through picture rehearsal: A how-to manual for working with individuals with autism and developmental disabilities. *Unpublished manuscript*.

Hallett, V., Lecavalier, L., Sukhodolsky, D. G., Cipriano, N., Aman, M. G., McCracken, J. T., ... & Sikich, L. (2013a). Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(10), 2341-2352.

Hallett, V., Ronald, A., Colvert, E., Ames, C., Woodhouse, E., Lietz, S., ... & Bolton, P. (2013). Exploring anxiety symptoms in a large- scale twin study of children with autism spectrum disorders, their co- twins and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1176-1185.

Hammond, D. C. (2005). An integrative, multi-factor conceptualization of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2-3), 131-135.

Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of autism and Developmental disorders*, 24(2), 129-154.

Heimberg R. G., Holt C. S., Schneier F. R., & Liebowitz M. R., (1993). The issues of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.

Hoier, T. S., & KERR, M. M. (1988). Extrafamilial information sources in the study of childhood depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 21-33.

Hollocks, M. J., Jones, C. R., Pickles, A., Baird, G., Happé, F., Charman, T., & Simonoff, E. (2014). The association between social cognition and executive functioning and symptoms of anxiety and depression in adolescents with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 7(2), 216-228.

- Howlin, P. (1998). Psychological and educational treatments for autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(3), 307-322.
- Howlin, P., & Moore, A. (1997). Diagnosis in autism: A survey of over 1200 patients in the UK. *Autism*, 1(2), 135-162.
- Ivarsson, T., & Melin, K. (2008). Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of anxiety disorders*, 22(6), 969-978.
- Johnstone, S. J., Blackman, R., & Bruggemann, J. M. (2012). EEG from a single-channel dry-sensor recording device. *Clinical EEG and neuroscience*, 43(2), 112-120.
- Joseph, R. (1996). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience* (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3, 23-68.
- Kearney, C. A., Sims, K. E., Pursell, C. R., & Tillotson, C. A. (2003). Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 593-598.
- Kendall, P. C., & Morris, R. J. (1991). Child therapy: Issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 777.
- Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(4), 323-347.
- Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., ... & Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(11), 2851-2861.

- Kessler, R. C., Stein, M. B., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 613-619.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4(2), 117-132.
- King, N. J., & Ollendick, T. H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(4), 389-400.
- King, B. H., Hollander, E., Sikich, L., McCracken, J. T., Scahill, L., Bregman, J. D., ... & Hirtz, D. (2009). Lack of efficacy of citalopram in children with autism spectrum disorders and high levels of repetitive behavior: citalopram ineffective in children with autism. *Archives of general psychiatry*, 66(6), 583-590.
- Khandaker, M. (2009). Designing affective video games to support the social-emotional development of teenagers with autism spectrum disorders. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 7, 37-39.
- 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(11), 2584-2603.
- Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism*, 5(1), 23-36.
- 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(9), 1697-1709.
- Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., & Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental neurorehabilitation*, 13(1), 53-63.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1070-1076.
- Lecavalier, L., Wood, J. J., Halladay, A. K., Jones, N. E., Aman, M. G., Cook, E. H. & Sullivan, K. A. (2014). Measuring anxiety as a treatment endpoint in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 44*(5), 1128-1143.
- Levitan, G. W., & Reiss, S. (1983). Generality of diagnostic overshadowing across disciplines. *Applied research in mental retardation, 4*(1), 59-64.
- Loveland, K. A., & Tunali- Kotoski, B. (1997). The school- age child with an autistic spectrum disorder. in D.J. Cohen &F. R. Volkmar (eds). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 2<sup>nd</sup> edn*. New York.
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., Wignall, A., & Rapee, R. M. (2003). The cool kids family program – therapist manual. *Sydney, Australia: Macquarie University*.
- Lyneham, H. J., Street, A. K., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2008). Psychometric properties of the school anxiety scale – Teacher report (SAS-TR). *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 292-300.
- MacNeil, B. M., Lopes, V. A., & Minnes, P. M. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(1), 1-21.
- Magiati, I., Goh, D. A., Lim, S. J., Gan, D. Z. Q., Leong, J. C. L., Allison, C. & Chong, Y. S. (2015). The psychometric properties of the Quantitative-Checklist for Autism in Toddlers (Q-CHAT) as a measure of autistic traits in a community sample of Singaporean infants and toddlers. *Molecular autism, 6*(1), 40.
- Magiati, I., Ong, C., Lim, X. Y., Tan, J. W. L., Ong, A. Y. L., Patricia, F. & Howlin, P. (2016). Anxiety symptoms in young people with autism spectrum disorder

attending special schools: Associations with gender, adaptive functioning and autism symptomatology. *Autism*, 20(3), 306-320.

Marcus, R. N., Owen, R., Kamen, L., Manos, G., McQuade, R. D., Carson, W. H., & Aman, M. G. (2009). A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(11), 1110-1119.

Martin, A., Koenig, K., Anderson, G. M., & Scahill, L. (2003). Low-dose fluvoxamine treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: a prospective, open-label study. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(1), 77-85.

Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ... & Pauls, D. L. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community-and clinic-based study. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), 1080-1093.

Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85-90.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., Ahuja, M., & Smith, L. A. (2011). Anxiety, depression, and irritability in children with autism relative to other neuropsychiatric disorders and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 474-485.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables associated with anxiety and depression in children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(4), 325-337.

Mazurek, M. O., & Kanne, S. M. (2010). Friendship and internalizing symptoms among children and adolescents with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(12), 1512-1520.

McCracken, J. T., McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M. G. & McDougle, C. J. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347(5), 314-321.

McDougle, C. J., Scahill, L., Aman, M. G., McCracken, J. T., Tierney, E., Davies, M., ... & Shah, B. (2005). Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1142-1148.

McDougle, C. J., Stigler, K. A., Erickson, C. A., & Posey, D. J. (2008). A typical antipsychotics in children and adolescents with autistic and other pervasive developmental disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 69, 15-20.

Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Bmj*, 344, e2598.

Morgan, B., Maybery, M., & Durkin, K. (2003). Weak central coherence, poor joint attention, and low verbal ability: Independent deficits in early autism. *Developmental psychology*, 39(4), 646.

Muris, P., van Brakel, A. M., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: A longitudinal study. *Journal of Child and Family Studies*, 20(2), 157-170.

Muris, P., & Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cognition and emotion*, 22(3), 395-421.

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(4), 387-393.

Namerow, L. B., Thomas, P., Bostic, J. Q., Prince, J., & Monuteaux, M. C. (2003). Use of citalopram in pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(2), 104-108.

Ollendick, T. H. (1986). Behavior therapy with children and adolescents. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 525-564.

Oswald, D. P., & Sonenklar, N. A. (2007). Medication use among children with autism spectrum disorders. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17(3), 348-355.

Owen, R., Sikich, L., Marcus, R. N., Corey-Lisle, P., Manos, G., McQuade, R. D., ... & Findling, R. L. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1533-1540.

Ozonoff, S., & McEvoy, R. E. (1994). A longitudinal study of executive function and theory of mind development in autism. *Development and psychopathology*, 6(3), 415-431.

Ozsivadjian, A., Hibberd, C., & Hollocks, M. J. (2014). Brief report: the use of self-report measures in young people with autism spectrum disorder to access symptoms of anxiety, depression and negative thoughts. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 969-974.

Phillips, W., Gómez, J. C., Baron-Cohen, S., Laá, V., & Rivière, A. (1995). Treating people as objects, agents, or "subjects": How young children with and without autism make requests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(8), 1383-1398.

Pickard, H., Rijdsdijk, F., Happé, F., & Mandy, W. (2017). Are Social and communication difficulties a risk factor for the development of social Anxiety? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 344-351.e3

Pine, D. S., Guyer, A. E., Goldwin, M., Towbin, K. A., & Leibenluft, E. (2008). Autism spectrum disorder scale scores in pediatric mood and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(6), 652-661.

- Reaven, J., & Hepburn, S. (2006). The Parent's Role in the Treatment of Anxiety Symptoms In Children With High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*.
- Rieske, R. D., Matson, J. L., May, A. C., & Kozlowski, A. M. (2012). Anxiety in children with high-functioning autism spectrum disorders: Significant differences and the moderating effects of social impairments. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 24*(2), 167-180.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. B. (2001). Social withdrawal and anxiety. *The developmental psychopathology of anxiety, 407-434*.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of autism and childhood schizophrenia, 8*(2), 139-161.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 453-478.
- Schoneveld, E. A., Malmberg, M., Lichtwarck-Aschoff, A., Verheijen, G. P., Engels, R. C. M. E., & Granic, I. (2015). A randomized controlled trial testing the effectiveness of the video game Mindlight in preventing anxiety in children. *Manuscript in preparation*.
- Schultz, R. T., Romanski, L. M., & Tsatsanis, K. D. (2000). Neurofunctional models of autistic disorder and Asperger syndrome: clues from neuroimaging. *Asperger syndrome, 1*, 172-209.
- Shea, S., Turgay, A., Carroll, A., Schulz, M., Orlik, H., Smith, I., & Dunbar, F. (2004). Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics, 114*(5), e634-e641.
- Silver, M., & Oakes, P. (2001). Evaluation of a new computer intervention to teach people with autism or Asperger syndrome to recognize and predict emotions in others. *Autism, 5*(3), 299-316.



- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 921-929.
- Smits, J. A., Berry, A. C., Tart, C. D., & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behavior research and therapy, 46*(9), 1047-1054.
- Spence, S. H. (1995). The social worries questionnaire. *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents. Windsor: NFER-Nelson.*
- Spence, S. H. (1997). The Spence children's anxiety scale. *Child psychology portfolio.*
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy, 36*(5), 545-566.
- Spiker, D., Hebbeler, K. M., & Barton, L. R. (2011). Measuring quality of ECE programs for children with disabilities. *Quality measurement in early childhood settings, 229-256.*
- Spiker, M. A., Lin, C. E., Van Dyke, M., & Wood, J. J. (2012). Restricted interests and anxiety in children with autism. *Autism, 16*(3), 306-320.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet, 371*(9618), 1115-1125.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., & Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community sample. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1046-1052.
- Steffenburg, S., Gillberg, C., & Steffenburg, U. (1996). Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. *Archives of Neurology, 53*(9), 904-912.
- Stigler, K. A., Diener, J. T., Kohn, A. E., Li, L., Erickson, C. A., Posey, D. J., & McDougle, C. J. (2009). Aripiprazole in pervasive developmental disorder not

otherwise specified and Asperger's disorder: a 14-week, prospective, open-label study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(3), 265-274.

Sugarman, S. (1984). The development of preverbal communication. In R. P. Schiefelbusch (Ed.), *The acquisition of communicative competence* (pp. 23-67). Baltimore, MD: University Park Press.

Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... & Vitiello, B. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 36(1), 117-128.

Syriopoulou-Delli, C. K., Polychronopoulou, S. A., Kolaitis, G. A., & Antoniou, A. S. G. (2018). Views of Teachers on Anxiety Symptoms in Students with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-17.

Sze, K. M., & Wood, J. J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 403-409.

Tager-Flusberg, H. (1989). A psycholinguistic perspective on language development in the autistic child.

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

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *bmj*, 317(7154), 303-307.

Thomas, G., BARRAtt, P., CLEwLEy, H., JOy, H., POttER, M., & Whitaker, P. (1998). Asperger syndrome. *Practical strategies for the classroom. A teachers guide*. Londres: the National Autistic Society. (La traducción está disponible en internet: <http://autismo.com> y en <http://www.asperger.es>).

- Tracey, S. A., Chorpita, B. F., Douban, J., & Barlow, D. H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(4), 404-414.
- Trepagnier, C. (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 11*(3), 170-182.
- Tsai, L. (2006). Diagnosis and treatment of anxiety disorders in individuals with autism spectrum disorder. *Stress and coping in autism, 388-440*.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & TownLey, R. M., (1992). Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-332.
- Ung, D., Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Fuji, C., Renno, P. & Storch, E. A. (2013). Clinical characteristics of high-functioning youth with autism spectrum disorder and anxiety. *Neuropsychiatry, 3*(2).
- Van Steensel, F. J., & Heeman, E. J. (2017). Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Journal of child and family studies, 26*(7), 1753-1767.
- Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review, 14*(3), 302.
- Van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). Cbt for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(3), 512.
- Vasa, R. A., & Mazurek, M. O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry, 28*(2), 83-90.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (Eds.). (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford University Press.

- Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(7), 656-663.
- Weisbrot, D. M., Gadow, K. D., DeVincent, C. J., & Pomeroy, J. (2005). The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology, 15*(3), 477-496.
- Wellman, H. M. (1993). Early understanding of mind: The normal case. *Understanding other minds: Perspectives from autism, 10-39*.
- Wellman, H. M., Lopez-Duran, S., LaBounty, J., & Hamilton, B. (2008). Infant attention to intentional action predicts preschool theory of mind. *Developmental psychology, 44*(2), 618.
- 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*(7), 1006-1013.
- White, S. W., Ollendick, T., Albano, A. M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A. & Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(2), 382-394.
- Wijnhoven, L. A., Creemers, D. H., Engels, R. C., & Granic, I. (2015). The effect of the video game Mindlight on anxiety symptoms in children with an Autism Spectrum Disorder. *BMC psychiatry, 15*(1), 138.
- Wing, L., & Wing, J. K. (Eds.). (1976). *Early childhood autism: Clinical, educational, and social aspects*. Pergamon.
- Wing, L. (1997). The history of ideas on autism: legends, myths and reality. *Autism, 1*(1), 13-23.

Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2010). Validity of comorbid psychiatric disorders in youngsters with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 22*(4), 367-380.

Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(3), 224-234.

Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 281-292.

Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 281-292.

Κάκουρος Ευθ., Μανιαδάκη Κ.(2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση. Εκδόσεις Τυποθήτω- Δαρδανός Γιώργος, Αθήνα.*

Σίμος Γ. (2001). Φόβοι της παιδικής ηλικίας. Εξελικτική και διαπολιτισμική προσέγγιση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Σίμος Γ., (2017) Διαλέξεις μαθήματος Εισαγωγή στη θεραπευτική του αγχώδους φοβικού παιδιού, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Συριοπούλου- Δελλή Χ. (2016). Εκπαίδευση και Ειδική αγωγή ατόμων με διαταραχή φάσματος αυτισμού. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

## Διαδικτυακές πηγές

*Autism Resources and Community, Salvatore K., 3/6/2017), 5 Ways to Help Reduce Anxiety in Children with Autism, <http://blog.stageslearning.com/blog/5-ways-help-reduce-anxiety-children-with-autism> [ημερομηνία προσπέλασης: 10/1/2020]*

*Hurley Katie, (9/2018), What does childhood anxiety look like? Probably not what you think, The Washington Post, <https://www.washingtonpost.com/news/parenting/wp/2018/10/09/what-does-childhood->*

[anxiety-look-like-probably-not-what-you-think/?noredirect=on&utm\\_term=.bd33ff4fff49](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/index.shtml)

[ημερομηνία προσπέλασης: 29/1/2019]

National Institutes of Health, (χ.χ.). *Social Anxiety Disorder: More Than Just Shyness*, U.S. Department of health and human services, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/index.shtml>, [ημερομηνία προσπέλασης: 28/11/2018]

National Mental Health, (12/2018). *Overview: Generalised anxiety disorder in adults* <https://www.nhs.uk/conditions/generalised-anxiety-disorder/#> [ημερομηνία προσπέλασης: 28/11/2018]

Richards Thomas, (χ.χ.). *What is Social Anxiety?* Social Anxiety Institute <https://socialanxietyinstitute.org/what-is-social-anxiety> [ημερομηνία προσπέλασης: 28/11/2018]

Richards Thomas (χ.χ.). *DSM-5 Definition of Social Anxiety Disorder*, Social Anxiety Institute. <https://socialanxietyinstitute.org/dsm-definition-social-anxiety-disorder>, [ημερομηνία προσπέλασης: 28/11/2018]

Parekh Ranna, (1/2017). *What Are Anxiety Disorders?*, American Psychiatric Association <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders> [ημερομηνία προσπέλασης: 5/12/2018].

Morin A.(χ.χ.). *Classroom Accommodations for Anxiety*, Understood.org, <https://www.understood.org/en/school-learning/partnering-with-childrens-school/instructional-strategies/at-a-glance-classroom-accommodations-for-anxiety>, [ημερομηνία προσπέλασης: 10/1/2020]