



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

(Δ.Α.Φ.)

ΚΑΙ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Autism



the world from a different perspective

ΦΟΙΤΗΤΕΣ:

ΚΙΟΥΤΣΙΟΥΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Α.Μ.: 15889

ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Α.Μ.: 15863

ΣΙΑΤΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Α.Μ.: 15783

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2016

Ναι δεν σκέφτομαι όπως εσείς.

Ναι προτιμώ να ασχολούμαι επί ώρες μόνο μ' αυτό που μ' αρέσει.

Ναι δεν σας ακούω, όταν είμαι απασχολημένος με τον εαυτό μου.

Ναι μ' αρέσει να βάζω τις εκρεμότητες στην σειρά και με επιμέλεια να τις μετράω.

Ναι παρακολουθώ όλες τις λεπτομέρειες εκεί που δεν τις βλέπει κανείς.

Ναι θυμάμαι πολύ καλά κάτι που δεν μου άρεσε.

Ναι όταν με ενοχλεί κάτι το δείχνω.

Ναι απολαμβάνω να ασχολούμαι με τον εαυτό μου.

Ναι δεν μου αρέσει να με αγγίζουν, αν δεν τους δώσω πρώτα την έγκριση.

Ναι σήμερα μπορώ να σε αγκαλιάσω και αύριο να μην μπορώ να κάνω το ίδιο.

Ναι είμαι αυτός που είμαι!

Εγώ ξέρω τον εαυτό μου και χαίρομαι γι' αυτό.

Εσείς χαίρεστε για τον εαυτό σας, αλλά αλήθεια τον ξέρετε;

*(<http://www.ipaideia.gr/nai-eimai-autos-pou-eimai-ena-poiima-gia-ton-autismo.html>,
27/3/2016)*

1. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1) Περιεχόμενα.....	σελ.2
2) Περίληψη.....	σελ.5
3) Ορισμός.....	σελ.6
4) Ιστορική Αναδρομή.....	σελ.7
5) Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	σελ.12
5.1) Σύνδρομο του Εύθραυστου Χ.....	σελ.13
5.2) Σύνδρομο Τουρέτ (Tourette).....	σελ.13
6) Συμπτωματολογία.....	σελ.14
6.1) Η Δυάδα των Συμπτωμάτων.....	σελ.14
6.2) Αισθητηριακές Ιδιαιτερότητες.....	σελ.20
6.3) Υποκείμενα Ελλείμματα.....	σελ.24
6.4) Χαρακτηριστικά Λόγου.....	σελ.27
6.5) Σεξουαλικότητα/ Σεξουαλική Συμπεριφορά.....	σελ.32
6.6) Συνοδά Προβλήματα.....	σελ.32
7) Επιδημιολογία.....	σελ.37
8) Αίτια Αυτισμού.....	σελ.39
9) Μύθοι και Αλήθειες για τον Αυτισμό.....	σελ.42
10) Διαφορές DSM-IV και DSM-5	σελ.43
10.1) DSM-IV	σελ.43
10.2) Οι αλλαγές που φέρνει το DSM-5	σελ.47
11) Διαγνωστικά Κριτήρια.....	σελ.49
12) Διαφορική Διάγνωση.....	σελ.51
12.1) Διαφορική Διάγνωση από τη Σχιζοφρένεια.....	σελ.51
12.2) Διαφορική Διάγνωση από τη Νοητική Υστέρηση.....	σελ.52
12.3) Διαφορική Διάγνωση από την Κώφωση.....	σελ.52
12.4) Διαφορική Διάγνωση από την Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (Ε.Γ.Δ.).....	σελ.52
12.5) Διαφορική Διάγνωση από την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π.Υ.).....	σελ.53
12.6) Διαφορική Διάγνωση από την Επιλεκτική (Εκλεκτική) Αλαλία.....	σελ.53
12.7) Διαφορική Διάγνωση από Καθυστέρηση που οφείλεται σε Περιβαλλοντική Ένδεια.....	σελ.53
13) Τεστ Αξιολόγησης.....	σελ.54

13.1) Checklist for Autism in Toddlers (CH.A.T.).....	σελ.54
13.2) Modified Checklist for Autism in Toddlers (M- CH.A.T.).....	σελ.54
13.3) Autism Diagnostic Interview (ADI).....	σελ.55
13.4) Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R).....	σελ.56
13.5) Childhood Autism Rating Scale (C.A.R.S.).....	σελ.57
13.6) Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (C.A.R.S., 2).....	σελ.57
13.7) Gilliam Autism Rating Scale (G.A.R.S.).....	σελ.59
13.8) Gilliam Autism Rating Scale 2 (G.A.R.S. 2).....	σελ.60
13.9) Gilliam Autism Rating Scale 3 (G.A.R.S. 3).....	σελ.62
13.10) Bayley Scale for Infant and Toddlers Development, Second Edition (B.S.D.I.- II).....	σελ.63
13.11) Bayley Scale for Infant and Toddlers Development, Third Edition (B.S.D.I.- III).....	σελ.64
13.12) Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-G).....	σελ.65
13.13) Αναθεωρημένο Ψυχοεκπαιδευτικό Προφίλ (PEP-R).....	σελ.66
13.14) Social Communication Questionnaire (SCQ).....	σελ.66
14) Θεωρίες.....	σελ.68
14.1) Θεωρία του Νου.....	σελ.68
14.2) Θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής.....	σελ.71
14.3) Θεωρία της Εκτελεστικής Λειτουργίας.....	σελ.71
15) Συμβουλευτική Γονέων.....	σελ.73
15.1) Οι Γονείς των παιδιών με Αυτισμό.....	σελ.73
15.2) Τα Αδέρφια των παιδιών με Αυτισμό.....	σελ.75
15.3) Συνήθειες Ερωτήσεις Γονέων σε Ειδικούς.....	σελ.77
15.4) Συνήθειες Ερωτήσεις Αδερφών σε Ειδικούς.....	σελ.77
15.5) Οι Στόχοι της Συμβουλευτικής και ο ρόλος των Ειδικών.....	σελ.77
15.6) Τα Δικαιώματα του Παιδιού με Αυτισμό και της Οικογενείας.....	σελ.79
16) Θεραπεία.....	σελ.81
16.1) Γνωστική- συμπεριφορική Θεραπεία.....	σελ.82
16.2) Μέθοδος Ανάλυσης της Συμπεριφοράς.....	σελ.83
16.3) Είδη Διδασκαλίας.....	σελ.85
16.4) Δραστηριότητες Κοινωνική Συσχέτισης.....	σελ.85
16.5) Μέθοδοι Παρέμβασης σε Σύνοδες Δυσκολίες στην Ομιλία και στον Λόγο.....	σελ.87

16.6) Η Συμβολή του Εποπτικού Υλικού και των Ενισχυτών στην Παρέμβαση.....	σελ.88
16.7) Συντήρηση και Χρήση Δεξιοτήτων.....	σελ.88
16.8) Διδασκαλία Νέων Δεξιοτήτων.....	σελ.89
16.9) Κοινωνικές Ιστορίες.....	σελ.89
16.10) Παιχνίδι.....	σελ.89
16.11) Γονείς και Συνθεραπεία.....	σελ.91
16.12) Μουσικοθεραπεία.....	σελ.92
17) Εναλλακτικά Συστήματα Επικοινωνίας.....	σελ.92
17.1) TEACCH (TREATMENT AND EDUCATION OF AUTISM AND RELATED COMMUNICATION).....	σελ.93
17.2) PECS (PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM).....	σελ.95
17.3) Νοηματική.....	σελ.95
17.4) MAKATON.....	σελ.95
18) Αυτισμός και Παιχνίδι.....	σελ.97
18.1) Πρώτοι Τύποι Παιχνιδιού.....	σελ.97
18.2) Τα Χαρακτηριστικά του Παιχνιδιού στα Παιδιά με Δ.Α.Φ.....	σελ.99
19) Διάσημα Πρόσωπα που βρίσκονται στο Φάσμα του Αυτισμού.....	σελ.103
20) Ταινίες που έχουν σχέση με τον Αυτισμό.....	σελ.108
21) Μελέτη Περιστατικού.....	σελ.114
22) Βιβλιογραφία.....	σελ.144
23) Παράρτημα 1.....	σελ.156
24) Παράρτημα 2.....	σελ.157
25) Παράρτημα 3.....	σελ.159
26) Παράρτημα 4.....	σελ.181
27) Παράρτημα 5.....	σελ.189
28) Παράρτημα 6.....	σελ.190
29) Παράρτημα 7.....	σελ.192

2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) αποτελούν ίσως τις πιο αινιγματικές μορφές αναπτυξιακών διαταραχών. Αυτό συμβαίνει λόγω της μεγάλης ποικιλίας κλινικής έκφρασης που τις χαρακτηρίζουν, αλλά και λόγω των αιτιών που δεν έχουν καταφέρει ακόμα να αποσαφηνιστούν στο έπακρο.

Το πρώτο μέρος της εργασίας μας αποτελείται από όλες τις απαραίτητες (κατά τη γνώμη μας) πληροφορίες σχετικά με το φάσμα των διαταραχών, από τον ορισμό μέχρι και το κομμάτι της θεραπείας. Περιλαμβάνονται τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία μας οδηγούν σε ένα πιο έγκυρο αποτέλεσμα, η συμπτωματολογία σε όλους τους τομείς, χρήσιμα τεστ αξιολόγησης που βοηθάνε τους ειδικούς κατά τη διάρκεια της διάγνωσης αλλά και συμβουλευτική γονέων που αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι στην προσπάθεια αντιμετώπισης του φάσματος των διαταραχών.

Στο δεύτερο και τελικό μέρος αυτής της εργασίας υπάρχει η μελέτη περιστατικού στο φάσμα καθώς και η εξέλιξή του μέχρι σήμερα.

3. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ;- ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος αυτισμός αναφέρεται για πρώτη φορά το 1943 από τον Leo Kanner και προέρχεται από την ελληνική λέξη “εαυτός”, η οποία ερμηνεύεται ως η εσωστρέφεια του παιδιού στον εαυτό του και η αδυναμία επικοινωνίας στο περιβάλλον. Ακούμε πολλά για τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, αλλά όχι για τους ενήλικες. Είναι αλήθεια ότι ο αυτισμός γίνεται αντιληπτός στην παιδική ηλικία, όμως δεν είναι μια παιδική διαταραχή, αλλά μία αναπτυξιακή διαταραχή. Εκτός λοιπόν, από αναπτυξιακή, είναι και νευρολογική διαταραχή, που προκαλεί στο άτομο ένα διαφορετικό τρόπο λήψης και επεξεργασίας των πληροφοριών, αφού επηρεάζει την συναισθηματική, αντιληπτική, γλωσσική, γνωστική και επικοινωνιακή λειτουργία. Η διαταραχή αυτή δεν πρέπει να θεωρείται μία στατική κατάσταση, καθώς επηρεάζει ολόκληρη τη νοητική ανάπτυξη και τα συμπτώματα παρουσιάζονται διαφορετικά σε διαφορετικές ηλικίες. Είναι γεγονός ότι γίνονται τεράστιες αλλαγές στο άτομο, καθώς ορισμένα χαρακτηριστικά εμφανίζονται σε μεταγενέστερο χρόνο και ορισμένα εξαφανίζονται με την πάροδο του. Τα άτομα με αυτισμό βλέπουν το κόσμο με ένα διαφορετικό τρόπο από ότι ένας φυσιολογικός άνθρωπος, με αποτέλεσμα να τους περιγράφουμε ως άτομα που “χορεύουν σε διαφορετικό ρυθμό” ή ότι “ζούνε στον δικό του κόσμο”. Ο κόσμος γι' αυτά τα άτομα είναι χαοτικός και γεμάτος με ήχους, εικόνες και μυρωδιές που είναι δύσκολο να αντιληφθούν. Κάποια άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού είναι πολύ χαρισματικά και γεμάτα ταλέντο, αλλά τους είναι δύσκολο να κοινωνικοποιηθούν, να ενταχθούν σε μία ομάδα και να ζουν αρμονικά με τους υπόλοιπους ανθρώπους (Lennard- Brown, 2004; Janzen, 2003; Quill, 2000; Frith,1999; Χιτόγλου-Αντωνιάδου, 2000; Παπαγεωργίου, http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf; Παπαγεωργίου, 2005).

4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Αρχικά, αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος “αυτισμός” είχε ήδη χρησιμοποιηθεί το 1911 από τον ψυχίατρο **Eugen Bleuler**. Ο Eugen Bleuler, λοιπόν αναφέρθηκε σε μία ουσιώδη ανωμαλία σε ενήλικες με σχιζοφρένεια, ο οποίος ήταν ένας άλλος όρος που ο επινόησε ο διαπρεπής ψυχίατρος. Ο Bleuler μίλησε για τον περιορισμό των σχέσεων με ανθρώπους, που παρουσίαζαν συγκεκριμένα άτομα και τον κοινωνικό περίγυρο. Ήταν ένας περιορισμός τόσο έντονος και ακραίος, ο οποίος άφηνε τα πάντα από έξω εκτός από τον “ίδιο” του τον εαυτό. Εκεί, λοιπόν, ήταν η αρχή της χρήσης των όρων: αυτισμός και αυτιστικός, οι οποίες όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα προέρχεται από την ελληνική λέξη “εαυτός” (Frith, 1999).

Ο αυτισμός, όμως, αναγνωρίστηκε πρώτη φορά κοντά στο 1940 από δύο ανθρώπους που δούλευαν πάνω σε αυτό την ίδια περίοδο αλλά σε διαφορετικούς τρόπους. Μιλάμε, βέβαια για τον Hans Asperger από την Αυστρία και τον Leo Kanner από τις Η.Π.Α. Οι δύο αυτοί επιστήμονες παρατήρησαν και αναφέρθηκαν σε μία ομάδα παιδιών μια θεμελιώδης εκ γενετής ανωμαλία με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που είχαν προβλήματα λόγου, επικοινωνίας και συγκεκριμένο αλλά διαφορετικό τρόπο σκέψης από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Επίσης, αυτά τα παιδιά έχουν εμμονές με συγκεκριμένα αντικείμενα ή ασχολίες, εξαιρετική οπτική μνήμη και και ακραία αδιαλλαξία στις αλλαγές. Παρόλα αυτά, η διαταραχή δεν αναγνωρίστηκε από τους γιατρούς μέχρι τον 20ο αιώνα. Λέγεται ότι υπάρχουν πολλά παραδείγματα ανθρώπων που παρουσίαζαν αυτιστική συμπεριφορά και σύμφωνα με ιστορίες υπήρχαν νεράιδες που έπαιρναν παιδιά και άφηναν στη θέση τους νεράιδες-μωρά που ήταν τελείως διαφορετικά από τα ανθρώπινα και ότι μεγάλωναν μοναχικά και με την ιδέα ότι “ζούσαν σε έναν δικό τους κόσμο”. Αυτό θα μπορούσε να είναι μια καλή περιγραφή του αυτισμού (Lennard- Brown, 2004).

Ο **Leo Kanner** στη Βαλτιμόρη, στις Η.Π.Α., το 1943 ξεκίνησε να μελετά παιδιά που παρουσίαζαν τα παραπάνω χαρακτηριστικά και δημοσίευσε την εργασία του με τίτλο “Αυτιστικές Διαταραχές τη Συναισθηματικής Επαφής” στο εκτός πια κυκλοφορίας περιοδικό *Nervous Child*. Συγκεκριμένα ο Kanner έγραψε: “από το 1938, είχε περιέλθει στην αντίληψή μας ένας αριθμός παιδιών των οποίων η κατάσταση διαφέρει τόσο έντονα και ριζικά από οτιδήποτε γνωστό μέχρι τώρα, που η κάθε περίπτωση απαιτεί – και όπως τελικά ελπίζω αν της αποδοθεί- μια λεπτομερής εξέταση των συναρπαστικών ιδιαιτεροτήτων της”. Στη συνέχεια, αναλύει τις συμπεριφορές 11 παιδιών, που θεωρούσε ότι ήταν παθόντες και στο τέλος της εργασίας του αναφέρει σχόλια και αξιολογήσεις. Στη μελέτη του αυτή, ο Kanner υπογραμμίζει μια σειρά γνωρισμάτων, τα οποία αποτελούν μέχρι και σήμερα σημείο αναφοράς χαρακτηριστικών του κλασικού αυτισμού (Frith, 1999; Wing, 1993).

Τα γνωρίσματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

- 1) Υπερβολική αυτιστική μοναχικότητα: Τα παιδιά έδειχναν ιδιαίτερη προτίμηση στο να μένουν μόνα τους και ήταν ευτυχισμένα γι' αυτό, παρά να επικοινωνούν και να μιλούν με άλλους ανθρώπους. Αυτή η έλλειψη κοινωνικής ανταπόκρισης έγινε αντιληπτό στην αποτυχία του αυτιστικού νηπίου να απλώσει τα χέρια του στους γονείς του όταν οι ίδιοι προσπαθούσαν να το αγκαλιάσουν ή να το πάρουν.
- 2) Αγχωτική καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση ομοιότητας: Τα παιδιά αυτά ήταν συνηθισμένα σε μια συγκεκριμένη ρουτίνα και με έναν συγκεκριμένο περίγυρο. Η οποιαδήποτε αλλαγή στη ρουτίνα τους, θα μπορούσε να αποτελέσει αιτία έκρηξης του παιδιού και διαταραχή ηρεμίας μέχρι όλα να επανέλθουν στο “φυσιολογικό”, σύμφωνα με αυτά τα παιδιά.
- 3) Εξαιρετική μνήμη: Τα παιδιά που μελέτησε ο Kanner είχαν την ικανότητα να θυμούνται μεγάλες και χωρίς σημασία ποσότητες ύλης, η οποία ερχόταν σε αντίθεση με τις μαθησιακές δυσκολίες ή τη νοητική τους υστέρηση σε άλλες περιπτώσεις.
- 4) Καθυστερημένη ηχολαλία: Τα παιδιά παρόλο που παρουσίαζαν ποσοστά αποτυχία στη χρήση λέξεων για να επικοινωνήσουν σε θέματα πέρα από τις άμεσες ανάγκες τους, επαναλάμβαναν τη γλώσσα που άκουγαν. Μάλιστα, πολλές φορές λόγω της ηχολαλίας αντί να ζητήσουν κάτι, το δήλωναν με ερώτηση, δηλαδή θα έλεγαν “Θέλεις ένα γλυκό;” αντί να πούνε “Θέλω ένα γλυκό”. Γι' αυτό το λόγο παρουσίαζαν και αντιστροφή αντωνυμίας, όπως ορθά παρατήρησε ο Leo Kanner, δηλαδή χρησιμοποιούσαν την αντωνυμία “εσύ” για να αναφερθούν στο πρόσωπό τους και την αντωνυμία “εγώ” για να αναφερθούν σε άλλους.
- 5) Υπερευαίσθησία σε ερεθίσματα: Ο Kanner παρατήρησε πολλά παιδιά, που ο ίδιος είδε, είχαν έντονες αντιδράσεις σε ορισμένους θορύβους και αντικείμενα, αλλά και προβλήματα ή φαντασιώσεις με το φαγητό.
- 6) Περιορισμός στη διαφορετικότητα αυθόρμητης δραστηριότητας: Παρά τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις των παιδιών, τις λεκτικές εκφράσεις και τα ενδιαφέροντα τους, τα παιδιά έδειχναν ιδιαίτερη συμπάθεια στα αντικείμενα και εκπληκτική δεξιότητα στην περιστροφή πραγμάτων ή στη συμπλήρωση παζλ.
- 7) Καλές γνωστικές δυνατότητες: Ο Kanner υποστήριξε ότι η εξαιρετική μνήμη και η ικανότητα σε ορισμένες δεξιότητες που εμφάνιζαν ορισμένα παιδιά αντικατόπτριζαν μια ανώτερη νοημοσύνη παρά τις μαθησιακές δυσκολίες που θεωρήθηκε ότι έχουν.
- 8) Υψηλά νοήμονες οικογένειες: Στην εργασία του Kanner επισημαίνεται ότι όλες οι περιπτώσεις είχαν νοήμονες γονείς, το οποίο γεγονός ίσως να διευκόλυνε και την παραπομπή σε ειδικό. Ο Kanner περιέγραψε τους γονείς αυτών των παιδιών ως ψυχρούς, παρόλο που το πρώτο του άρθρο απείχε από την ψυχογενή θεωρία. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι: “ θα πρέπει να εκλάβουμε ως δεδομένο

ότι αυτά τα παιδιά έρχονται στον κόσμο με εγγενή έλλειψη ικανότητας να διαμορφώνουν μια συνήθη, βιολογικά προσδιορισμένη, συναισθηματική επαφή με ανθρώπους, όπως ακριβώς άλλα παιδιά έρχονται στην ζωή με εγγενείς σωματικές ή διανοητικές μειονεξίες” (Harpe, 2003; Frith,1999).

Βέβαια, ο Leo Kanner στο τελευταίο του άρθρο (Kanner& Eisenberg 1956) από όλα τα παραπάνω γνωρίσματα που αναφέρθηκαν διάλεξε δύο χαρακτηριστικά μόνο ως σημείο αναφοράς για τον αυτισμό, τα οποία αποτελούν για τον ίδιο σημαντικά γνωρίσματα της πάθησης. Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά είναι η υπερβολική απομόνωση και η καταθλιπτική εμμονή στη διατήρηση της ομοιότητας. Τα υπόλοιπα γνωρίσματα δεν τα ακύρωσε απλά είτε τα θεώρησε δευτερεύοντα και πως είναι αποτέλεσμα των δύο στοιχείων, είτε ότι δεν ταιριάζουν στον αυτισμό (Harpe, 2003).

Ακριβώς έναν χρόνο αργότερα τη δημοσίευση του άρθρου του Leo Kanner, το 1944, δημοσιεύεται στη Βιέννη μία διατριβή που αφορούσε την “αυτιστική ψυχοπάθεια” στην παιδική ηλικία, από ένα Αυστριακό ψυχίατρο τον **Hans Asperger**. Το άρθρο αυτό ήταν γραμμένο στα γερμανικά με τίτλο: “Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter” και πέρασαν 50 χρόνια για να μεταφραστεί στην αγγλική γλώσσα, ώστε να μελετηθεί και από άλλους. Ο Hans Asperger παρατήρησε γνωρίσματα που αφορούν τον αυτισμό, τα οποία ο Leo Kanner δεν είχε παρατηρήσει και χρειάστηκαν χρόνια έρευνας για την ανακάλυψή τους. Οι απόψεις του Asperger είχαν πολλά κοινά με αυτές του Leo Kanner από πολλές σκοπιές και αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από τους δύο είχε ενημερωθεί για το βασικό άρθρο του άλλου. Όμως, πέρα από τις ομοιότητες τα άρθρα των δύο ειδικών είχαν και τρεις βασικές διαφορετικές απόψεις.

Η πρώτη και η πλέον εντυπωσιακή διαφορά ήταν οι *γλωσσικές ικανότητες* του παιδιού. Ο Kanner είχε αναφέρει ότι τρία από τα έντεκα παιδιά δεν μιλούσαν καθόλου, ενώ τα υπόλοιπα παιδιά παρόλο που είχαν ομιλία, δεν χρησιμοποιούσαν τις γλωσσικές δεξιότητές τους για επικοινωνία. Μάλιστα, πολλά παιδιά παρουσίαζαν πολλές δυσκολίες επικοινωνίας και καθυστέρησης με αποτέλεσμα εφτά από τις έντεκα περιπτώσεις να δώσουν σοβαρά σημάδια κώφωσης. Αντίθετα, ο Asperger ανέφερε ότι καθεμία από τις τέσσερις περιπτώσεις που μελέτησε είχαν ευχέρεια λόγου. Επίσης, δύο από τα παιδιά που παρατηρούσε, παρουσίασαν κάποια καθυστέρηση, αργότερα όμως ακολουθούσε μια ραγδαία γλωσσική ανάπτυξη, που αμέσως κατέρριπτε την υποψία κώφωσης. Επίσης, δύο από τα τέσσερα περιστατικά είχαν την τάση να διηγούνται φανταστικές ιστορίες, ενώ και τα τέσσερα παιδιά, τα οποία είχαν την ηλικία έξι με εννέα ετών, κάνανε σωστή και πρωτότυπη χρήση της γλώσσας με αποτέλεσμα να θυμίζουν μικρούς ενήλικες.

Επιπλέον, μία δεύτερη αντίθετη γνώμη του Asperger αφορά τις *κινητικές ικανότητες* και τον *συντονισμό* των παιδιών. Ο Kanner το 1943 είχε αναφέρει ότι παρατήρησε την αδεξιότητα

ορισμένων παιδιών στο βάδισμα και στις χονδροειδείς κινήσεις, αλλά και την ικανότητα τους να είναι επιδέξια στον λεπτό συντονισμό των μυών. Ο Asperger, όμως ανέφερε ότι και οι τέσσερις περιπτώσεις ήταν αδέξιες όχι μόνο σε αθλήματα σχολείου, αλλά και σε λεπτές κινητικές δεξιότητες, όπως για παράδειγμα η γραφή. Ο Kanner υποστήριξε ότι το παιδί που έχει αυτισμό υστερεί στην κοινωνική κατανόηση με αποτέλεσμα την επίτευξη σχέσεων με αντικείμενα παρά με ανθρώπους. Αντίθετα, ο Asperger υποστήριξε ότι τα παιδιά εμφάνιζαν διαταραχές και στις δύο περιοχές και συγκεκριμένα είπε: “Η ουσιαστική ανωμαλία του αυτισμού είναι μια διαταραχή της φιλικής σχέσης με ολόκληρο το περιβάλλον.”

Η τρίτη και τελευταία ασυμφωνία των δύο ειδικών αφορά τις *μαθησιακές δυσκολίες* των παιδιών. Ο Kanner περιέγραψε ότι τα περιστατικά του κατάφερναν να μαθαίνουν εξαιτίας της εξαιρετικής μνήμης που κατείχαν, ενώ ο Asperger είχε την αίσθηση ότι τα παιδιά σκέφτονταν με τρόπο συνοπτικό και γι' αυτό τον λόγο είχαν την ικανότητα να παραγάγουν αυθόρμητα.

Αυτές οι περιοχές έχουν αποτελέσει θέματα- κλειδιά και υποστηρίζεται ότι ο Asperger περιέγραφε μια διαφορετική ομάδα περιστατικών από εκείνη του Kanner. Αν, όμως, υποστηρίξουμε την άποψη ενός από τους δύο ειδικούς, για παράδειγμα του Leo Kanner, τότε υπάρχει ο κίνδυνος να αγνοήσει κάποιος το αυτιστικό άτομο που δεν αποφεύγει την κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά αντίθετα την επιδιώκει συνήθως με ακατάλληλους τρόπους (Happé,2003; Frith,1999).

Γι' αυτό το λόγο το Σύνδρομο Asperger αν και ανήκει στον αυτισμό έχει άλλα συμπτώματα από τον αυτισμό και συνήθως χρησιμοποιείται για τη σπάνια περίπτωση του ευφυούς, γλωσσικά ικανού και σχεδόν φυσιολογικού αυτιστικού παιδιού. Όπως είναι αντιληπτό, η ονομασία του συνδρόμου οφείλεται στον Hans Asperger, αλλά από τον Μάιο του 2013 το νέο DSM-5 κατάργησε τον όρο Σύνδρομο Asperger και πλέον αυτού του είδους παιδιά ανήκουν στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και συγκεκριμένα στο Επίπεδο 1.

Μετά από κάποια χρόνια, το 1979, κάνει την εμφάνισή της μία Αγγλίδα ψυχίατρος, η **Lorna Wing**, η οποία ήταν και αρθρογράφος και συγγραφέας σε πολλά βιβλία, συμπεριλαμβανομένου και του: “Σύνδρομο Asperger: Μία κλινική περίπτωση”. Αυτό, λοιπόν, ήταν μία ακαδημαϊκή διατριβή του 1981, η οποία δημοσιοποίησε την έρευνα του Hans Asperger και εισήγαγε τον όρο Σύνδρομο Asperger. Μαζί με την **Judith Gould**, η Wing, σε μία μελέτη που πραγματοποίησαν, σημείωσαν ότι τα προβλήματα του αυτιστικού ατόμου να εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο σύμφωνα με την ηλικία και την ικανότητα του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι πρόκειται για ένα φάσμα συμπεριφορών που εμφανίζεται σιγά σιγά από παρόμοια βασικά μειονεκτήματα. Η μελέτη αυτή διεξάχθηκε στο Camberwell του Νότιου Λονδίνου, καθώς πραγματοποίησαν επιδημιολογική επισκόπηση όλων των παιδιών της περιοχής. Η εξέταση κατέληξε σε μία ομάδα των 132 παιδιών, τα οποία παρακολουθούσαν ειδικά σχολεία και η ηλικία του κυμαίνονταν από 2 έως 18 ετών. Τα παιδιά

παρακολουθήθηκαν από τις ειδικούς και τους χορηγήθηκαν ιατρικά, αλλά και ψυχολογικά τεστ. Στη συνέχεια, τα παιδιά χωρίστηκαν σε δύο υπό-ομάδες με κριτήριο την κοινωνική συμπεριφορά. Έτσι, η μία υπό-ομάδα είχε 58 παιδιά, που είχαν κατάλληλη κοινωνική αλληλεπίδραση για την νοητική του ηλικία, ενώ η άλλη υπό-ομάδα είχε 74 παιδιά, τα οποία παρουσίαζαν κοινωνική ανεπάρκεια. Αξίζει να σημειωθεί, ότι 17 παιδιά από την δεύτερη υπό-ομάδα είχαν κλασικό αυτισμό, σύμφωνα με τα κριτήρια κοινωνικής αποχής και λεπτομερούς ρουτίνας του Kanner και του Eisenberg (1956). Όταν η έρευνα τελείωσε, η Wing και η Gould κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως “όλα τα παιδιά που παρουσίαζαν κοινωνική ανεπάρκεια είχαν επαναλαμβανόμενη στερεότυπη συμπεριφορά και σχεδόν σε όλα απουσίαζαν ή παρατηρούσαν ανώμαλες γλωσσικές και συμβολικές δραστηριότητες. Η μελέτη έτσι έδειξε μία σημαντική τάση συνύπαρξης αυτών των προβλημάτων”. Αυτή η συνύπαρξη ελλειμμάτων, που αφορά την κοινωνικοποίηση, την επικοινωνία και την δημιουργική φαντασία, ονομάζεται και Τριάδα Ανεπάρκειας και δεν εμφανίζεται τυχαία στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ότι παρουσιάζουν αυτισμό (Happe, 2003; Frith,1999; Wing 1993).

Γι' αυτό τον λόγο η Wing το 1988 εισήγαγε την έννοια του “φάσματος” για να αποδώσει την ιδέα της διακύμανσης των εκδηλώσεων της διαταραχής (Happe, 2003; Frith,1999; Janzen, 2003; Wing, 1993).

5. ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με το DSM-IV στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Δ.Α.Δ.) ανήκαν τα παρακάτω σύνδρομα, τα οποία έχουν σχέση με τον αυτισμό.

- 1) Αυτισμός της παιδικής ηλικίας ή αλλιώς αυτιστική διαταραχή, βρεφικός αυτισμός, βρεφική ψύχωση, σύνδρομο Kanner, που κατά καιρούς ο κόσμος χρησιμοποιούσε αυτές τις ονομασίες για να υποδηλώσει την διαταραχή.
- 2) Άτυπος αυτισμός ή αλλιώς άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας, νοητική καθυστέρηση με αυτιστικά χαρακτηριστικά, που κατά καιρούς ο κόσμος χρησιμοποιούσε αυτές τις ονομασίες για να υποδηλώσει την διαταραχή.
- 3) Σύνδρομο Rett
- 4) Άλλη αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή) ή αλλιώς βρεφική άνοια, αποδιοργανωτική- αποαπαρτιωτική ψύχωση, σύνδρομο Heller, που κατά καιρούς ο κόσμος χρησιμοποιούσε αυτές τις ονομασίες για να υποδηλώσει την διαταραχή.
- 5) Διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική καθυστέρηση και στερεότυπε κινήσεις
- 6) Σύνδρομο Asperger ή αλλιώς αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή, σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας, που κατά καιρούς ο κόσμος χρησιμοποιούσε αυτές τις ονομασίες για να υποδηλώσει την διαταραχή.
- 7) Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές
- 8) Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη

Στο κεφάλαιο 10 και συγκεκριμένα στο υποκεφάλαιο 10.1 αναφέρονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά και διαγνωστικά κριτήρια των παραπάνω διαταραχών. Όμως, όπως αναγράφεται και παρακάτω στο υποκεφάλαιο 10.2 στις 18 Μαΐου 2013 εκδόθηκε στα ελληνικά το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο DSM-5, ανατρέποντας τα παραπάνω δεδομένα. Όλες οι παραπάνω υποκατηγορίες και μορφές του αυτισμού απαλείφθηκαν, εκτός από το Σύνδρομο Rett, το οποίο ανήκει μόνο του σε δική του κατηγορία, και χωρίστηκαν σε επίπεδα ανάλογα με την σοβαρότητα του κάθε περιστατικού. Έτσι, λοιπόν, σύμφωνα με το DSM-5 ισχύει:

- 1) Δ.Α.Φ. (Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος) Επιπέδου 1, στο οποίο ανήκουν άτομα με “ανάγκη υποστήριξης”, που έχουν δυσκολίες στα παρακάτω.
- 2) Δ.Α.Φ. (Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος) Επιπέδου 2, στο οποίο ανήκουν άτομα με “ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης”, που έχουν αξιοσημείωτες δυσκολίες.
- 3) Δ.Α.Φ. (Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος) Επιπέδου 3, στο οποίο ανήκουν άτομα με “ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης, που έχουν σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και στην

ευελιξία (Αλεξάνδρου, 2013; Πηγές: Wikipedia, Official Site Autism Hellas)

Τα παρακάτω σύνδρομα μπορούν αν θεωρηθούν μορφές αυτισμού λόγω των κοινών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν αλλά δεν ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Τα σύνδρομα αυτά είναι το Σύνδρομο του Εύθραυστου X και το Σύνδρομο Tourette. Ας τα δούμε λίγο πιο αναλυτικά.

5.1 Σύνδρομο Εύθραυστου X

Το σύνδρομο του εύθραυστου X, το οποίο είναι γνωστό και ως σύνδρομο Martin- Bell, είναι ένα σύνδρομο άρρηκτα συνδεδεμένο με την νοητική καθυστέρηση. Βέβαια, ορισμένες φορές συνδέεται και με τον αυτισμό καθώς, τα παιδιά που έχουν εύθραυστο X σε ποσοστό 15% έχουν και αυτισμό. Τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συνδρόμου θα μπορούσαν να ξεγελάσουν πολλούς ανθρώπους και να θεωρηθεί ότι είναι υποκατηγορία του αυτισμού, καθώς ένα άτομο με σύνδρομο του εύθραυστου X χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές αυτιστικού τύπου, μέτριου προς μεγάλου βαθμού νοητική υστέρηση και προβλήματα συμπεριφοράς.

Πρόκειται, λοιπόν, για μια φύλο- συσχετισμένη γενετική ανωμαλία, στην οποία η μητέρα του παιδιού είναι μεταφορέας και μεταδίδεται στον γιο της, καθώς επηρεάζει 1 προς 1000-2000 γεννήσεις αρρένων. Μπορούν αν επηρεαστούν και κορίτσια φυσικά, αλλά με ελαφριά νοητική στέρηση, σε αντίθεση με τα αγόρια που παρουσιάζουν μέτρια ως μεγάλη νοητική υστέρηση.

Οι πιο συνηθέστερες συμπεριφορές αυτιστικού τύπου, που μπορούν αν γίνουν αντιληπτές είναι η κακή βλεμματική επαφή, φτερούγισμα του χεριού, περίεργες χειρονομίες, δάγκωμα χεριών και φτωχές αισθητηριακές δεξιότητες. (Πηγές: Official Site της Autism Hellas και της Ελληνικής Εταιρείας Υποστήριξης Παιδιών με Γενετικά Προβλήματα «ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ»)

5.2 Σύνδρομο Τουρέτ (Tourette)

Το σύνδρομο Tourette ή αλλιώς σύνδρομο Gilles de la Tourette είναι μία κληρονομικής νευροψυχιατρική διαταραχή, η οποία ξεκινά από την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από πολλαπλά κινητικά και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ. Το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως μέρος ενός φάσματος διαταραχών τικ, που είναι είτε παροδικά, είτε χρόνια. Τα τικ είναι ξαφνικές, ταχείες, επαναλαμβανόμενες, άσκοπες, άρρυθμες, στερεοτυπικές συσπάσεις κινητικών ή φωνητικών μυών. Τα τικ, εκτός από κινητικά ή φωνητικά, διακρίνονται και σε απλά ή πολύπλοκα. Παρακάτω δίνονται ορισμένα παραδείγματα των διαφόρων τύπων τικ που εμφανίζουν τα άτομα με το συγκεκριμένο σύνδρομο:

Απλά κινητικά τικ: ανοιγοκλείσιμο ματιών, τίναγμα κεφαλιού, ανασήκωμα του ώμου, μορφασμοί

προσώπου.

Απλά φωνητικά τικ: καθάρισμα λαιμού, ρούφηγμα της μύτης, κραυγές, πλατάγισμα της γλώσσας.

Πολύπλοκα κινητικά τικ: πηδήματα, άγγιγμα άλλων προσώπων ή αντικειμένων, στριφογύρισμα γύρω από τον εαυτό και μερικές φορές αυτοτραυματικές πράξεις όπως χτύπημα ή δάγκωμα των χεριών.

Πολύπλοκα φωνητικά τικ: άσχετες λέξεις ή φράσεις, κοπρολαλία (κοινωνικά απαράδεκτες λέξεις), ηχολαλία (επανάληψη ενός ήχου, μιας λέξης ή μιας φράσης που μόλις έχεις ακουστεί) και παλλιλαλία (επανάληψη λέξης που το ίδιο το παιδί έχει πει).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κινητικά και τα φωνητικά τικ συνήθως επιδεινώνονται από το άγχος, το στρες, την άνοια, την κούραση και την έξαψη, ενώ ο ύπνος, ο πυρετός, η χαλάρωση ή η συγκέντρωση σε μία ευχάριστη εργασία οδηγούν σε παροδική εξαφάνιση των συμπτωμάτων. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα τικ γίνεται πιο συχνή η εμφάνιση τους σε περιοχές του σώματος όπου υπάρχουν πολλοί μύες όπως το κεφάλι, ο λαιμός και η περιοχή του προσώπου, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις στερεοτυπικές κινήσεις που παρουσιάζουν τα άτομα στον αυτισμό, οι οποίες ξεκινούν τυπικά σε μικρότερη ηλικία. Επιπλέον, οι στερεοτυπικές κινήσεις είναι πιο συμμετρικές, ρυθμικές, αμφοτερόπλευρες και συμπεριλαμβάνουν τα άκρα, όπως για παράδειγμα είναι το χτύπημα των χεριών.

Για να τεθεί ένα άτομο σε διάγνωση του συνδρόμου θα πρέπει να παρουσιάζει διάφορα κινητικά τικ και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ, τα οποία θα πρέπει να συμβαίνουν πολλές φορές την ημέρα, κάθε μέρα, για τουλάχιστον ένα χρόνο και πριν τα 18 χρόνια. Τα συνηθέστερα τικ είναι αυτά των ματιών και της κεφαλής. Η κοπρολαλία έχει παρατηρηθεί στο 10% περίπου των περιπτώσεων, ενώ η κοπροπραξία (ακούσιες, ακατάλληλες χειρονομίες ή πράξεις) σε μικρότερο ποσοστό. Η ηχολαλία συμβαίνει στο 30% περίπου των ασθενών, η ηχοπραξία (μίμηση των πράξεων των άλλων) στο 20% περίπου και η παλλιλαλία στο 10% περίπου (Πηγές: Wikipedia; <http://tsgeneseeb.mbg.duth.gr/tsg.html>, 4/2009)

6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

6.1 Η δυάδα των συμπτωμάτων

Η ΔΑΦ αποτελεί μία σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, με την κλινική εικόνα να περιλαμβάνει ελλείμματα στον γνωστικό, κοινωνικό-συναισθηματικό και αισθητηριακό τομέα. Η ποικιλομορφία και οι πολυάριθμοι συνδυασμοί που προκύπτουν δίνουν έναν πλούσιο φαινότυπο, γεγονός που εξηγεί και την έννοια του Φάσματος. Να σημειωθεί, βέβαια, ότι αυτές οι δυσκολίες επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, καθώς δεν είναι εφικτή η πλήρης αποκατάστασή τους,

παρά μόνο η βελτίωση (Φρανσίς, 2007).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Wing, που καθόρισαν και τον αυτισμό ως «εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης» που εμφανίζεται πριν από τον τρίτο χρόνο της ζωής του παιδιού, ονομάστηκαν «Η τριάδα των διαταραχών της κοινωνικής αλληλεπίδρασης» και περιλαμβάνουν:

A) τη διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων

B) τη διαταραχή της επικοινωνίας

Γ) τη διαταραχή της κοινωνικής κατανόησης και φαντασίας (Happé, 1998).

Από το 2013, όμως, με τα καινούργια δεδομένα του DSM-V, οι διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις και στην επικοινωνία ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα που τώρα ονομάζονται διαταραχές στην κοινωνική επικοινωνία.

- **Διαταραχές στην κοινωνική επικοινωνία**

- i) **Δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις**

Βασικό χαρακτηριστικό στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η κοινωνική παρέκκλιση, μία διαταραχή βιολογικά καθορισμένη, στην οποία η κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου διαταράσσεται εμποδίζοντάς τον να κατανοήσει τον κόσμο και να γίνεται εύκολα μέλος μίας ομάδας (Kubicek, 1980). Συμπληρωματικά, η διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση οφείλεται σε ελλείψεις συνείδησης του ίδιου του εαυτού και γνώσης μεθόδων επίλυσης προβλημάτων, οδηγώντας τον έτσι στην έλλειψη κινήτρου για μάθηση μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Jordan, 1995).

Οι δυσκολίες στην κοινωνική συναλλαγή είναι εμφανείς από τα πρώτα στάδια της ζωής του παιδιού. Καταρχάς, το βρέφος που βρίσκεται στο φάσμα δεν καταφεύγει στο κλάμα προκειμένου να τραβήξει την προσοχή των γονιών του, κάτι που δεν ισχύει στην περίπτωση των τυπικά αναπτυσσόμενων βρεφών. Μπορεί, επίσης, να αισθάνεται άβολα όταν τον παίρνουν αγκαλιά ή όταν τον κρατούν ή ακόμα και να αντιστέκεται. Αποτυγχάνει να διατηρήσει βλεμματική επαφή και φαίνεται πως αδιαφορεί για τους γονείς του, καθώς δεν επιδιώκει να επιστρέψει σε αυτούς όταν βρίσκονται μακριά του (Screibman, 1988).

Η διαταραχή στην κοινωνική αλληλεπίδραση περιλαμβάνει τέσσερα βασικά κριτήρια, τα οποία αρχίζουν και γίνονται πιο ξεκάθαρα καθώς τα παιδιά περνούν τη βρεφική ηλικία (Mesibon, Shea & Adams, 2001). Το πρώτο κριτήριο που εξηγεί τη διαταραχή είναι ότι δεν γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιήσουν καταλλήλως τη βλεμματική επαφή, τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου και τη στάση του σώματος για να επικοινωνήσουν με τους άλλους. Το δεύτερο κριτήριο είναι ότι δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν σωστά τη συμπεριφορά των άλλων, με αποτέλεσμα να μην καταφέρνουν να δημιουργούν και να διατηρούν τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Το τρίτο κριτήριο είναι ότι δε δείχνουν αυθόρμητη διάθεση και πρόθεση να μοιραστούν τα ενδιαφέροντα ή άλλες πληροφορίες που αφορούν τους ίδιους με τους άλλους. Το τέταρτο και τελευταίο κριτήριο

είναι ότι δεν παρουσιάζουν συναισθηματική και κοινωνική αμοιβαιότητα, καθώς δεν μπορούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων.

Αντίθετα με τα προηγούμενα, προτιμούν να απασχοληθούν μόνο τους με ατομικές δραστηριότητες, που τις περισσότερες φορές περιλαμβάνουν άψυχα αντικείμενα τα οποία κρατάνε συνεχώς στα χέρια τους και με τα οποία προσκολλούνται. Όταν, μάλιστα, κάποιος προσπαθήσει να τα απομακρύνει από αυτά, αντιστέκονται έντονα και ξεσπούν (Screibman, 1988). Αυτό εξηγείται από την αδυναμία αποκωδικοποίησης των ερεθισμάτων που εκπέμπονται από τον κοινωνικό περίγυρο με διάφορους τρόπους (προφορική έκφραση, χειρονομίες κ.α.), με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτά.

Ένα μεγάλο, λοιπόν, ποσοστό των παραπάνω κριτηρίων-χαρακτηριστικών θα μπορούσε να εξηγηθεί αλλά και να συμπεριληφθεί στη έλλειψη «κοινωνικής ενσυναίσθησης» (social empathy). Ο όρος «κοινωνική ενσυναίσθηση» περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να «μπαίνει» στη θέση του άλλου, κοινώς να τον κατανοεί και να αντιλαμβάνει τις εκάστοτε σκέψεις και συναισθήματά του. Η έλλειψη λοιπόν της ενσυναίσθησης είναι ένας από τους κυριότερους λόγους όπου τα παιδιά με ΔΑΦ δεν αναπτύσσουν συμπεριφορές και κάποιες φορές μπορεί να χρησιμοποιούν τους άλλους ως «εργαλεία» (Newson, 1979).

Οι Wing και Gould (1979) διακρίνουν τέσσερις ομάδες παιδιών στο φάσμα σύμφωνα με τον τρόπο εκδήλωσης της κοινωνικής απόκλισης. Ο πρώτος κοινωνικός τύπος είναι ο αποτραβηγμένος (aloof), ο οποίος είναι κοινωνικά αποκομμένος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε συναναστροφή με άλλους. Είναι ευχαριστημένος με τη μοναξιά του και ο μόνος λόγος που μπορεί να δείξει ενδιαφέρον σε κάποιο άτομο είναι για να του ικανοποιήσει μία προσωπική ανάγκη. Δείχνει ενδιαφέρον στα σωματικά παιχνίδια κάνοντας στερεότυπες κινήσεις και δεν αντιδρά στον πόνο και στις περιβαλλοντολογικές αλλαγές. Συνήθως, έχει μέτρια έως σοβαρή νοητική υστέρηση.

Ο δεύτερος κοινωνικός τύπος είναι ο παθητικός, ο οποίος δε δημιουργεί αυθόρμητα κοινωνικές σχέσεις, αλλά αποδέχεται τους άλλους χωρίς να αντισταθεί ή να απομακρυνθεί. Απαντά σε ερωτήσεις με ειλικρίνεια και οι γνωστικές του ικανότητες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα. Οι αλλαγές στο περιβάλλον δείχνουν να τον αναστατώνουν.

Ο τρίτος τύπος είναι ο ιδιόρρυθμος, ο οποίος είναι αρκετά πρόθυμος για κοινωνική αλληλεπίδραση (περισσότερο σε ενήλικες), αν και η συμπεριφορά του είναι μονόπλευρη, επαναληπτική και περιορίζεται μόνο στα δικά του «θέλω» χωρίς να τον ενδιαφέρουν οι ανάγκες των άλλων. Τον χαρακτηρίζει, επίσης, η αδιακρισία καθώς δεν μπορεί να διακρίνει τα κοινωνικά όρια και μπορεί να γίνει επιθετικός όταν παρατηρήσει πως οι άλλοι δεν έχουν εστιασμένη την προσοχή τους επάνω του. Τέλος, το γνωστικό του επίπεδο είναι αρκετά ανεπτυγμένο.

Ο τέταρτος και τελευταίος τύπος διαταραχής είναι ο επίσημος και επιτηδευμένος.

Εμφανίζεται κυρίως στα άτομο με υψηλό δείκτη νοημοσύνης και καλή έκφραση λόγου. Είναι πολύ τυπικός και προσπαθεί να δείχνει μία άρτια συμπεριφορά, αν και επιτηδευμένη. Ακόμη, έχει δυσκολίες στην κατανόηση των συναισθημάτων και των προθέσεων των άλλων ατόμων (Wing, 1996).

Τα όρια των ομάδων δεν είναι αυστηρά οριοθετημένα, καθώς στην πραγματικότητα τα παιδιά εμφανίζουν συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να πούμε ότι ανήκουν σε μία μόνο συγκεκριμένη ομάδα. Επιπλέον, καθώς αναπτύσσονται τα παιδιά μπορεί να αλλάζουν ομάδα (Φρανσίς, 2007).

ii) Δυσκολίες στην επικοινωνία

Οι δυσκολίες στην επικοινωνία είναι εκείνες που κάνουν αρχικά τους γονείς να νιώθουν ανησυχία και να αναζητούν τις γνώμες ειδικών (Howlin, 1999). Το χαμηλό νοητικό επίπεδο αλλά και η ύπαρξη συνοδών αισθητηριακών ελλειμμάτων μπορεί να αποτελέσουν την αιτία εμφάνισης επιπρόσθετων γλωσσικών διαταραχών.

Η ανάπτυξη της επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ και στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ακολουθεί την ίδια πορεία αλλά το νοητικό επίπεδο και η βαρύτητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων των παιδιών στο φάσμα την εμποδίζει σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια. Με βάση το μοντέλο των Bates, Camaoni και Voltera (1975), όλα τα βρέφη (τυπικά και μη) ακολουθούν το πρώτο αναπτυξιακό στάδιο («διαλεκτικό»), χρησιμοποιώντας το κλάμα ως αντανακλαστική αντίδραση. Παρόλο που το κλάμα των βρεφών με ΔΑΦ είναι μονότονο και δυσερμήνευτο, εκφράζουν τα ίδια συναισθήματα με αυτά των τυπικά αναπτυσσόμενων βρεφών (Ricks, 1975, Wing, 1976).

Στο δεύτερο στάδιο («προσλεκτικό») αρχίζει και εμφανίζεται η σοβαρή παρέκκλιση, συγκεκριμένα με την απουσία μίμησης ήχων, χειρονομιών ή εκφράσεων. Τα βρέφη με ΔΑΦ δεν εγκαθιδρύουν την απαιτούμενη βλεμματική επαφή και δε συμμετέχουν στο ηχητικό παιχνίδι «αλλαγής σειράς» (Newson, 1979). Επίσης, δε χρησιμοποιούν το δείξιμο ως επικοινωνιακή συμπεριφορά, για να τραβήξουν την προσοχή του ενήλικα ή να τον κατευθύνουν (συμπεριφορές πρωτοδηλώσεων) ή για να εκφράσουν τις επιθυμίες τους (πρωτοπροστακτικές συμπεριφορές). Γύρω στους 12 μήνες είναι πιθανή η εμφάνιση πρώτων λέξεων, αλλά συχνά δεν χρησιμοποιούνται με νόημα. Το κλάμα παραμένει συχνό και δυνατό με αποτέλεσμα η ερμηνεία του να καθίσταται δύσκολη.

Από τα παιδιά με ΔΑΦ, αυτά που είναι υψηλής λειτουργικότητας μπορεί να εμφανίσουν πρωτοπροστακτικές συμπεριφορές, όχι όμως και τις συμπεριφορές πρωτοδηλώσεων. Η συμπεριφορά αυτή προϋποθέτει την κατανόηση της θεωρίας του νου, η οποία όμως στην περίπτωσή τους είναι διαταραγμένη.

Στο τρίτο στάδιο («εκφωνητικό»), όπου αρχίζει και αναπτύσσεται ο προφορικός λόγος περνάει το 50%-80% των παιδιών με ΔΑΦ (Jordan, 1996). Λόγω, όμως, των εμποδίων που έχουν προκύψει στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια της επικοινωνίας, ο λόγος τους είναι περιορισμένος και χρησιμοποιείται κυρίως για να ζητήσουν κάτι ή να επαναλάβουν στερεοτυπικά κάποιο θέμα που ανήκει στα ενδιαφέροντά τους. Οι τομείς που εμφανίζουν μεγαλύτερες παρεκκλίσεις είναι αυτοί της προσωδίας, της πραγματολογίας, του λεξιλογίου και στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας, ενώ οι τομείς της γραμματικής, της φωνολογίας και του συντακτικού δεν επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό (Andersen-Wood & Smith, 1997). Αν στους τελευταίους τομείς εμφανιστεί κάποια αξιοσημείωτη δυσκολία, τότε αιτία θα είναι η συνύπαρξη χαμηλού νοητικού επιπέδου και δυνατοτήτων (Bernstein & Tiegerman, 1993).

iii) Δυσκολίες στη σκέψη, τη μάθηση και τη φαντασία/ Στερεότυπη συμπεριφορά

Ο Peeters (1997) χαρακτήρισε τα παιδιά με ΔΑΦ ως «οπτικά σκεπτόμενα», καθώς λόγω των γνωστικών τους δυσκολιών διαταράσσεται η δεξιότητα λεκτικής επεξεργασίας, με την ικανότητα της σκέψης να προέρχεται μέσω οπτικών εικόνων.

Επιπλέον, η έλλειψη ενσυναίσθησης και η απουσία αντίδρασης στις δικές τους σκέψεις, οδηγούν στη θεωρία ότι δεν μπορούν να κατακτήσουν τις αρχές της μάθησης αλλά και στρατηγικές κριτικής σκέψης και επίλυσης προβλημάτων (Jordan, 1996). Η μάθησή τους περιορίζεται και εξαρτάται κάθε φορά από το εκάστοτε πλαίσιο, με τη βοήθεια και την κατάλληλη υπόδειξη να καθίστανται απαραίτητες (καθώς δεν έχουν την ικανότητα της γενίκευσης σε ένα καινούργιο πλαίσιο). Οι Jordan & Powell (1995) ορίζουν τέσσερα βασικά στάδια στα οποία η σκέψη των ατόμων στο φάσμα δυσλειτουργεί, καθιστώντας την έτσι άκαμπτη και μη ευέλικτη. Αυτά είναι α) η πρόσληψη των ερεθισμάτων, β) η κατηγοριοποίηση και η επεξεργασία τους, γ) η αποθήκευση και δ) η ανάκλησή τους με τη μορφή πληροφοριών (μεταγνώση). Τα πνευματικά τους ενδιαφέροντα είναι περιορισμένα και σταθερά και έχουν δυσκολίες στην κατανόηση εννοιών που βασίζονται στη συμβολική σκέψη. Γι' αυτό το λόγο έχουν καλές ικανότητες στην κατηγοριοποίηση αντικειμένων με βάση συγκεκριμένα και όχι αφηρημένα χαρακτηριστικά (Ropar & Peebles, 2007).

Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό το οποίο παρατήρησε για πρώτη φορά ο Kanner το 1943 είναι η αντίσταση που επιδεικνύουν τα παιδιά με ΔΑΦ στην αλλαγή (Wing, 1996). Πιο συγκεκριμένα, δημιουργούν κανόνες με τις ήδη υπάρχουσες εμπειρίες που έχουν βιώσει και εμμένουν σε αυτούς. Κάποια από τα παιδιά μπορεί να μη δείξουν σημάδια ταραχής σε τελείως καινούργια ερεθίσματα και καταστάσεις που τους προβάλλονται, αλλά μόλις παρατηρήσουν κάποια αλλαγή σε γνωστή τους κατάσταση, ταρασσονται και δείχνουν σθεναρή αντίσταση (Newson, 1979). Οι δυσκολίες προσαρμογής σε έννοιες που περιλαμβάνουν νέες πληροφορίες

συμπεριλαμβάνονται στο παραπάνω χαρακτηριστικό.

Στα γνωσιακά ελλείμματα λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν και η θεωρία του Rodgers (2000), ο οποίος ισχυρίζεται ότι οι δυσκολίες στην πρόσληψη και επεξεργασία των ατόμων με ΔΑΦ στηρίζονται σε δύο ερευνητικές υποθέσεις. Η πρώτη είναι η Ασθενική Κεντρική Συνοχή (weak central coherence).

Σύμφωνα με αυτήν, τα άτομα με ΔΑΦ αδυνατούν να «δουν» το σύνολο των πληροφοριών, καθώς εστιάζουν την προσοχή τους σε κάποια λεπτομέρεια ή σε ένα μέρος του συνόλου. Αυτό έχει ως συνέπεια να κατακτούν μία αρκετά αποσπασματική γνώση για το περιβάλλον (Happé, 1994). Τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ακολουθούν μία «οργανωτική αρχή» καθώς επεξεργάζονται τα ερεθίσματα, ερμηνεύοντάς τα έτσι με ένα πιο ολιστικό τρόπο. Με αυτόν τον τρόπο νοηματοδοτούν διαφορετικές και πολύπλοκες πληροφορίες, χωρίς να εμμένουν στις λεπτομέρειές τους (που στην ουσία δεν τους χρειάζονται).

Από την άλλη, τα άτομα στο φάσμα επικεντρώνονται στη λεπτομέρεια, χωρίς μάλιστα την ικανότητα ιεράρχησης της σχετικότητας των λεπτομερειών. Αυτό εξηγεί και τις δεξιότητες που επιδεικνύουν σε δραστηριότητες όπως η επίλυση παζλ, η απομνημόνευση τηλεφώνων και η ανάκληση κάθε λεπτομέρειας σε ένα βίντεο που έχουν παρακολουθήσει, όπως επίσης και την αισθητηριακή υπερφόρτωση που μπορεί να βιώνουν (Frith, 1996). Τα άτομα με ΔΑΦ που κατέχουν ένα υψηλότερο επίπεδο νοημοσύνης συνήθως επικεντρώνονται σε γνωστικές λεπτομέρειες, όπως για παράδειγμα η γνώση των πρωτεουσών των χρωμών (Φρανσίς, 2007).

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση είναι αυτή του «διαταραγμένου μοντέλου ιεράρχησης» (hierarchy deficit model) (Morton & Bellevill, 1995), η οποία αναφέρει την αδυναμία των ατόμων με ΔΑΦ να εστιάζουν την προσοχή τους σε εκείνα τα στοιχεία του προσλαμβανόμενου ερεθίσματος τα οποία είναι σημαντικά για την κατανόηση και επεξεργασία του (Rodgers, 2000). Η παραπάνω αυτή αδυναμία οδηγεί, έτσι, στην έλλειψη ιεράρχησης των μερών του ερεθίσματος. Με βάση τα στοιχεία αυτά φαίνεται πως η δεύτερη υπόθεση συμπληρώνει την πρώτη, παρέχοντας πιθανή εξήγηση για τη διαταραγμένη διαδικασία ταυτόχρονης επεξεργασίας πληροφοριών.

Η δημιουργική φαντασία (η οποία θα αναφερθεί σε συνδυασμό με το παιχνίδι σε ξεχωριστό κεφάλαιο) και οι επαναλαμβανόμενες στερεότυπες δραστηριότητες αποτελούν τα τελευταία στοιχεία της δυάδας των διαταραχών.

Όσον αφορά τη στερεότυπη συμπεριφορά, τα παιδιά με ΔΑΦ επιδίδονται συχνά σε τελετουργικές συμπεριφορές και δραστηριότητες που δεν έχουν κάποια λογική. Η συχνότητα εκδήλωσής τους είναι υπερβολική, χωρίς σκοπιμότητα και προσαρμοστικότητα (Schopler, 2000).

Η Turner (1999), υποστηρίζει ότι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες, τις απλές και τις σύνθετες. Στις απλές επαναλαμβανόμενες

συμπεριφορές περιλαμβάνονται πράξεις όπως αμφιταλαντεύσεις του σώματος, δακτυλοβασία (βάδισμα στις μύτες των ποδιών), στριφογύρισμα των αντικειμένων σαν σβούρα, επίμονο κοίταγμα σε αντικείμενα που λαμπυρίζουν, η παρατήρηση αντικειμένων που περιστρέφονται ή η περιστροφή γύρω από τον εαυτό τους, άνοιγμα των χεριών σαν φτερούγες, γκριμάτσες και υποτονικό βάδισμα με κάμψη των γονάτων (Volkmar, Cohen, Paul, 1986). Οι παραπάνω κινήσεις παρατηρούνται κυρίως σε μικρότερα παιδιά με χαμηλή νοημοσύνη (Campbell et al., 1990). Αυτή η επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα μπορεί να τους οδηγήσει πολλές φορές σε μορφές αυτοτραυματισμού ως ανταπόκριση στο άγχος, θυμό ή κάποια ματαίωση που βιώνουν. Μπορούν να χτυπήσουν το κεφάλι τους, να δαγκώσουν ή να γρατσουνίσουν τον εαυτό τους ή ακόμα και να εκδηλώσουν έντονη λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς τους άλλους (Φρανσίς, 2007).

Από την άλλη, οι σύνθετες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές περιλαμβάνουν κυρίως ρουτίνες που εφευρίσκουν τα ίδια τα παιδιά (π.χ. προσκόλληση σε συγκεκριμένα αντικείμενα που τους παρέχουν ασφάλεια, στροφή γύρω από τον εαυτό τους τρεις φορές κατά τη διάρκεια του φαγητού, επαναλαμβανόμενη τακτοποίηση των παιχνιδιών τους) ή τις αρχίζουν οι γονείς και πρέπει να συνεχιστούν χωρίς την οποιαδήποτε αλλαγή (π.χ. να ακολουθούν πάντοτε την ίδια διαδρομή όταν πάνε βόλτα, φοράνε καθημερινά τα ρούχα με τον ίδιο τρόπο) (Howlin, Rutter, 2001). Εάν αλλάξει η ρουτίνα, το πιο πιθανό είναι να προβούν σε εκρήξεις θυμού οι οποίες θα κατευνάσουν μόνο εάν ξεκινήσει η ρουτίνα από την αρχή. Οι περισσότερες από αυτές τις συμπεριφορές παρατηρούνται σε παιδιά με χαμηλότερα επίπεδα νοητικής υστέρησης και σε παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας (Turner, 1999).

Η παρουσία αυτών των στερεότυπων συμπεριφορών λειτουργούν ως αντίβαρο στα υψηλά επίπεδα διέγερσης και κινητοποίησης που βιώνουν τα άτομα με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια επεξεργασίας νέων πληροφοριών (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2005), ενώ άλλες θεωρίες υποστηρίζουν ότι κατά τη διάρκεια μιας στερεοτυπίας, εκλύεται μία ποσότητα βήτα-ενδορφίνης στο σώμα η οποία οδηγεί στη δημιουργία ενός ευχάριστου συναισθήματος (Βούλγαρης και συν., 1997).

Τέλος, η ύπαρξη των στερεοτυπιών, πέρα από το χρόνο που καταλαμβάνουν, εμποδίζουν τα άτομα στο να συμμετάσχουν σε άλλες δραστηριότητες, έχοντας έτσι αντίκτυπο και στις κοινωνικές σχέσεις αλλά και στην οικογένεια. Παρόλα αυτά, μέσα από αυτές τις συμπεριφορές, και με τον κατάλληλο χειρισμό, μπορούν να αναπτυχθούν ειδικά ταλέντα και δεξιότητες (Wing, 1996).

6.2 Αισθητηριακές Ιδιαιτερότητες

Η εμφάνιση έντονων αισθητηριακών αντιδράσεων αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό

χαρακτηριστικό των ΔΑΦ, αν και μέχρι τη δημοσίευση του DSM-V δεν είχαν συμπεριληφθεί στα διαγνωστικά κριτήρια. Τα άτομα στο φάσμα μπορεί να χαρακτηρίζονται από υπερ- ή υποαπαντητικότητα σε διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα, με την προσμονή αυτής της αισθητηριακής εμπειρίας να μπορεί να προκαλέσει στα άτομα αυτά έντονη αγωνία ή πανικό (Φρανσίς, 2007).

- 1. Απτικό Σύστημα:** Η δυσλειτουργία σε αυτόν τον τομέα μπορεί να οδηγήσει το παιδί στην πεποίθηση ότι τα απτικά ερεθίσματα είναι επικίνδυνα και έτσι να αντιδρά στην έκθεσή τους με τη μορφή αμυντικών κινήσεων, φυγής ή γλωσσικής άμυνας (Κυπριωτάκης, 2003). Αυτό μπορεί να επηρεάσει συνηθισμένες τελετουργίες όπως το λούσιμο των μαλλιών, τη δεκτικότητα ως προς τα ρούχα, την επίσκεψη στον οδοντίατρο κ.α. Κάποια παιδιά μπορεί να αναστατωθούν με το άγγιγμα ή το απαλό χάδι, ενώ άλλα έχουν λανθασμένη αντίληψη του σωματικού πόνου (δηλαδή μπορεί να τραυματιστούν αλλά παρόλα αυτά να συμπεριφέρονται σαν να μην συνέβη τίποτα). Η άρνηση να φάνε τρόφιμα με συγκεκριμένη υφή είναι επίσης πολύ πιθανή. Τέλος, μπορεί να παρουσιάζονται αδιάφορα στη ζέστη ή στο κρύο (π.χ. το χειμώνα να φοράνε ακόμα τα καλοκαιρινά ρούχα ή να μπορούν να πιουν ένα πολύ καυτό ρόφημα) (Φρανσίς, 2007).
- 2. Αιθουσαίο Σύστημα:** Εδώ, η δυσλειτουργία του συστήματος χωρίζεται στα άτομα που παρουσιάζουν υπερευαισθησία στα αιθουσαία ερεθίσματα και σε αυτά με υπαισθησία. Στην πρώτη περίπτωση, τα άτομα αποφεύγουν έντονες κινητικές δραστηριότητες όπως η κούνια, το σκαρφάλωμα και το περπάτημα. Στη δεύτερη, δε, αναζητά πολύ έντονες αισθητηριακές εμπειρίες όπως το στροβίλισμα και το πήδημα, προσπαθώντας έτσι να δίνει διαρκώς ερεθίσματα στο αιθουσαίο σύστημα (Willis, 2006).
- 3. Ιδιοδεκτικό Σύστημα:** Τα άτομα με δυσλειτουργία του ιδιοδεκτικού συστήματος συνήθως χαρακτηρίζονται από αδεξιότητα, μια τάση να πέφτουν και έλλειψη προσαρμοστικότητας και αντίληψης της θέσης του σώματος. Αντιμετωπίζουν δυσκολία στην εκτέλεση δραστηριοτήτων που απαιτούν λεπτή κινητικότητα, τρώνε απρόσεκτα και αποφεύγουν νέες κινητικές δραστηριότητες.
- 4. Όσφρηση και γεύση:** Η υπερβολική χρήση των δύο αυτών αισθήσεων δεν συνδέεται με τις ΔΑΦ, αλλά με τη νοητική ανεπάρκεια που διαπιστώνεται στα παιδιά με ΔΑΦ (Κυπριωτάκης, 2003). Ορισμένα παιδιά μπορεί να δέχονται με ευχαρίστηση δυσάρεστες οσμές και άλλα να επιδεικνύουν υπερευαισθησία ακόμα και στις πιο ανεπαίσθητες μυρωδιές. Ευαισθησία μπορεί να υπάρξει ακόμη στη γεύση και την υφή της τροφής. Συγκεκριμένα, μπορεί να προτιμούν γευστικά ουδέτερο φαγητό ή να το αγγίζουν και να το μυρίζουν προτού το φάνε. Ένα μεγάλο ποσοστό συνηθίζει να πίνει υπερβολικά πολύ νερό

και άλλα υγρά, τα οποία όμως σε μεγάλη κατανάλωση επιφέρουν εμετό (Φρανσίς, 2007).

- 5. Ακοή:** Πολλά παιδιά στο φάσμα, ιδιαίτερα σε μικρή ηλικία, δίνουν την εντύπωση ότι είναι κωφά καθώς καθυστερούν ή δεν αντιδρούν στα ακουστικά ερεθίσματα, ενώ αντιλαμβάνονται άλλα χαμηλής συχνότητας (Iarocci & McDonald, 2006). Συνήθως, γοητεύονται από μηχανικούς ήχους ή ήχους που οι άλλοι τους αγνοούν και ενοχλούνται με ήχους που είναι ξαφνικοί, υψηλών τόνων, συνεχείς και πολλαπλοί. Στους τελευταίους, μάλιστα, δεν αποκλείεται να αντιδράσουν βάζοντας τα δάχτυλα στα αυτιά τους ή να τους βιώνουν με υπερβολικό άγχος. Η υπερευαισθησία αυτή τείνει να μειώνεται όσο μεγαλώνουν (Φρανσίς, 2007).
- 6. Όραση:** Στον τομέα της όρασης, τα παιδιά στο φάσμα μπορεί να ενοχλούνται με συγκεκριμένα επίπεδα φωτισμών και χρωμάτων, αν και τις περισσότερες φορές αντιδρούν με ενθουσιασμό στα λαμπερά φώτα και τα γυαλιστερά αντικείμενα. Κοιτούν επίμονα συγκεκριμένα αντικείμενα που του τραβούν την προσοχή ή ακόμη αντικείμενα που στριφογυρίζουν (π.χ. το πλυντήριο). Επιπρόσθετα, φαίνεται να αναγνωρίζουν ανθρώπους και αντικείμενα από το εξωτερικό τους περίγραμμα και όχι από τις λεπτομέρειες της εμφάνισης. Τέλος, τα χαρακτηριστικά ανταπόκρισης στα οπτικά ερεθίσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω τείνουν να μειώνονται καθώς ενηλικιώνονται (Φρανσίς, 2007).

Ο παρακάτω πίνακας λειτουργεί σαν οδηγός για να καταλάβουμε πότε και αν ένα παιδί εμφανίζει υπερευαισθησία ή υπαισθησία στα αισθητηριακά ερεθίσματα (Willis, 2006):

ΑΙΣΘΗΣΗ	ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΥΠΑΙΣΘΗΣΙΑ
ΟΡΑΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> • Καλύπτει τα μάτια του όταν τα φώτα είναι πολύ λαμπερά. • Αίσθημα αναστάτωσης στην έκθεση πολλών χρωμάτων και αντικειμένων στο χώρο. • Τρίβει και αλληθωρίζει τα μάτια του συχνά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν αντιδρά στο φως. • Κρατά αντικείμενα κοντά στο πρόσωπό του σαν να μην μπορεί να τα δει. • Κοιτά επίμονα τα φώτα που τρεμοσβήνουν.
ΑΚΟΗ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Καλύπτει τα αυτιά του. ◆ Ανταποκρίνεται σε ήχους 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Μιλάει και τραγουδάει δυνατά.

	<p>που άλλα παιδιά αγνοούν.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Κάνει πως δεν ακούει όταν τον φωνάζεις με το όνομά του, αλλά ανταποκρίνεται όταν σε κάποιο παιδί πέσει ένα παιχνίδι. ◆ Ουρλιάζει έχοντας τα χέρια του κολλημένα στα αυτιά του. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ανεβάζει την ένταση στην τηλεόραση ή στον υπολογιστή. ◆ Παίζει πάντα με παιχνίδια που βγάζουν δυνατούς ήχους.
ΟΣΦΡΗΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> ● Κλείνει τη μύτη του σε συνηθισμένες μυρωδιές. ● Μυρίζει τον αέρα ή και άλλους ανθρώπους. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αγνοεί δυσάρεστες οσμές. ● Μπορεί να μυρίσει ανθρώπους ή παιχνίδια.
ΑΦΗ	<ul style="list-style-type: none"> ● Αναστατώνεται όταν τον αγγίζουν. ● Πολύ ευαίσθητος σε διάφορες υφές και υλικά. ● Αποφεύγει να λερωθεί ή να ακουμπήσει συγκεκριμένα παιχνίδια. ● Γρατζουνάει το δέρμα του ή ξαφνιάζεται μόλις κάποιος τον ακουμπήσει. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Πέφτει πάνω σε άλλους. ● Μασάει συχνά διάφορα αντικείμενα. ● Δεν αντιλαμβάνεται τις αλλαγές στη θερμοκρασία. ● Δεν είναι ικανός να πει πότε πονάει ή πότε έχει τραυματιστεί. ● Δεν κλαίει όταν πέφτει κάτω.
ΓΕΥΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> ● Πνίγεται κατά τη διάρκεια του φαγητού. ● Τρώει μόνο φαγητό συγκεκριμένης υφής. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Επιθυμεί μόνο πικάντικα φαγητά. ● Βάζει πολύ πιπέρι ή αλάτι στο φαγητό

	<ul style="list-style-type: none"> • Είναι ευαίσθητο σε ζεστά ή κρύα φαγητά. 	<p>του.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γλύφει παιχνίδια και αντικείμενα.
ΚΙΝΗΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν του αρέσει να κινείται, να χορεύει, να σκαρφαλώνει ή να χοροπηδάει. • Ταλαντεύεται • Δείχνει να περπατάει «χωρίς ισορροπία». 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν αισθάνεται ζαλάδα μόλις κινηθεί γύρω-γύρω. • Του αρέσει να κινείται πολύ γρήγορα. • Βρίσκεται σε διαρκή κίνηση. • Κινείται συνεχώς και μπροστά-πίσω.

6.3 Υποκείμενα Ελλείμματα

Προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητή η συγκεκριμένη διαταραχή, πρέπει εκτός από τα χαρακτηριστικά της κλινικής της εικόνας να ληφθούν υπόψιν και τα υποκείμενα γνωσιακά ελλείμματα που τη χαρακτηρίζουν.

α. Θεωρία του Νου

Κεντρικό έλλειμμα στις ΔΑΦ θεωρείται η περιορισμένη ή ελλιπής «Θεωρία του Νου» (Theory of Mind), μία σημαντική γνωστική θεωρία η οποία εξηγεί τις δυσκολίες των ατόμων του φάσματος στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα του ατόμου να επεξεργάζεται και να προβλέπει τόσο τη δική του συμπεριφορά όσο και των άλλων, βασιζόμενος στις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες και των δύο πλευρών (Dunbar, 2004. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 1997). Προϋπόθεση, βέβαια, για να κατακτήσει την εξής θεωρία, αποτελεί η συνειδητοποίηση ότι οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις των άλλων μπορεί να διαφέρουν από τις δικές του.

Η δυσκολία των ατόμων στο φάσμα να συνειδητοποιήσουν ότι ο κόσμος του νου και της πραγματικότητας διαφέρουν και δεν ταυτίζονται, μπορεί να εξηγηθεί με τον όρο της «νοητικής τύφλωσης» (mind-blindness). (Wellman, Cross & Watson, 2001). Δεν διαθέτουν τη διαισθητική ικανότητα να αντιλαμβάνονται ότι οι άλλοι έχουν αισθήματα και σκέψεις που διαφέρουν από τα δικά τους, σε αντίθεση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά τα οποία είναι ικανά ήδη από την ηλικία των τεσσάρων ετών να το κάνουν (Powel/Jordan, 1997. Howlin/Baron-Cohen/Hadwin,

1999. Hill/Frith, 2005. Βάρβογλη, 2007).

Αυτή η έλλειψη «Θεωρίας του Νου» των ατόμων με ΔΑΦ μπορεί να εξηγήσει έναν αριθμό δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους επικοινωνία αλλά και ορισμένες ακατάλληλες συμπεριφορές τους. Για παράδειγμα, ένα παιδί που έχει μάθει να δείχνει ένα σύμβολο-εικόνα κάθε φορά που διψάει μπορεί να στέκεται στην άδεια κουζίνα δίπλα από το ψυγείο κρατώντας την εικόνα- δεν κατανοεί το γεγονός ότι ο γονιός του που βρίσκεται κάπου αλλού μέσα στο σπίτι ότι δεν μπορεί αυτόματα να αντιληφθεί πως το παιδί διψάει. Ένα πιο λειτουργικό παιδί μπορεί να παρουσιάσει «ανάρμοστη συμπεριφορά» στο σχολείο, εξαιτίας της κυριολεκτικής κατανόησής του. Πιο συγκεκριμένα, αν ο δάσκαλος μια ζεστή μέρα το ρωτήσει «Μπορείς να ανοίξεις το παράθυρο;», αυτό που δεν μπορεί να «διαβάσει το νου» απαντά «ναι», δεν κάνει όμως καμία κίνηση, μιας και αντιλήφθηκε μία ερώτηση στην οποία κανείς απαντάει με ναι ή όχι, αλλά δεν αντιλήφθηκε το ευγενικό αίτημα του δασκάλου του (να ανοίξει δηλαδή το παράθυρο) (Φρανσίς, 2007).

β. Εκτελεστικές Λειτουργίες

Ο όρος «εκτελεστικές λειτουργίες» περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γνωστικών διεργασιών και ικανοτήτων συμπεριφοράς. Αναφέρεται σε νευροψυχολογικές διαδικασίες που επιτρέπουν τον αυτοέλεγχο στο σωματικό, γνωστικό και συναισθηματικό του κομμάτι (Corbett et al., 2009). Περιλαμβάνει μία σειρά από λειτουργίες όπως το σχεδιασμό ενεργειών, την αιτιολόγηση, τη μνήμη, τον έλεγχο παρορμητικών συμπεριφορών, την αναστολή των λανθασμένων αντιδράσεων, την ευελιξία στην γνώση, την επίλυση προβλημάτων και την οργανωμένη αναζήτηση πληροφοριών (Elliott, 2003. Hill, 2004. Chan et al., 2008). Βλάβη στις παραπάνω λειτουργίες οδηγεί το άτομο στην ακατάλληλη ανταπόκριση σε νέες κοινωνικές περιστάσεις, στις οποίες πρέπει να επιλέξει από πολλαπλές αλλά ανταγωνιστικές εναλλακτικές απαντήσεις (Φρανσίς, 2007).

γ. Συγκεκριμένη σκέψη

Τα άτομα στο φάσμα είναι πολύ συγκεκριμένα και κυριολεκτικά στον τρόπο που χρησιμοποιούν και κατανοούν τη γλώσσα. Ακόμα και οι πιο λειτουργικοί έχουν δυσκολίες στην ερμηνεία αφηρημένων εννοιών και εκφράσεων που είναι κομμάτι της μητρικής τους γλώσσας. Για παράδειγμα, εάν τους πεις τη φράση «Πετάω στα σύννεφα!», θα καταλάβουν την κυριολεκτική σημασία της φράσης (ότι δηλαδή όντως κάποιος πετάει στα σύννεφα) αντί για τη μεταφορική που υποδηλώνει χαρά και ενθουσιασμό. Αυτή, βέβαια, η συγκεκριμένη και κυριολεκτική σκέψη επηρεάζει και τον τρόπο που λειτουργούν και αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά τις διαφορετικές καταστάσεις. Η σύγχυση που τους προκαλεί η κυριολεκτική ερμηνεία της πληροφορίας είναι

βασική αιτία απροσάρμοστων συμπεριφορών και απουσίας συμμόρφωσης στο σχολείο, το σπίτι και τον εργασιακό χώρο (Dodd, 2005).

Παρόλο που μπορούν να δράσουν στο περιβάλλον τους, να αναπτύξουν δεξιότητες και να μάθουν να χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο, η ελλιπής ικανότητα απόδοσης νοήματος που τα χαρακτηρίζει τα δυσκολεύει στο να κατανοήσουν τι σημαίνουν και γιατί γίνονται όλες αυτές οι δραστηριότητες. Παράλληλα, αδυνατούν να συσχετίσουν τις ιδέες με τα γεγονότα αλλά και να τις συνδυάσουν μεταξύ τους (Φρανσίς, 2007).

δ. Δυσκολία γενίκευσης

Τα άτομα με ΔΑΦ, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι συχνά ικανά να αναπτύξουν δεξιότητες και συμπεριφορές σε ένα κατάλληλα δομημένο και συγκεκριμένο περιβάλλον. Η γενίκευση, όμως σε κάποιο άλλο περιβάλλον ή περίπτωση αποτελεί μία μεγάλη δυσκολία, επηρεάζοντας έτσι και την προσαρμογή τους στις εκάστοτε κοινωνικές καταστάσεις αλλά και τη μάθησή τους. Για παράδειγμα, μπορεί να μάθουν να πλένουν τα πιάτα, δεν συνειδητοποιούν όμως ότι η ίδια βασική διαδικασία εφαρμόζεται και για να πλύνουν τα ποτήρια (Φρανσίς, 2007).

ε. Οργάνωση και σειροθέτηση

Τα προβλήματα στην οργάνωση και τη σειροθέτηση είναι επίσης συχνά, κυρίως λόγω της δυσκολίας στη σύνδεση πολλαπλών πληροφοριών. Προκειμένου να επιτευχθεί η οργάνωση, απαιτείται η συγχώνευση διαφόρων στοιχείων και ιδεών αλλά και η ικανότητα ταυτόχρονης συγκέντρωσης της προσοχής στο άμεσο έργο και παράλληλα στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα άτομα στο φάσμα υστερούν στις ικανότητες αυτές, κυρίως λόγω του ότι είναι ικανά να επιστήσουν την προσοχή τους μόνο σε μεμονωμένες πληροφορίες.

Η σειροθέτηση είναι επίσης δύσκολη για τα άτομα αυτά καθώς απαιτεί παρόμοιες δεξιότητες. Δεν είναι ασύνηθες για τους ανθρώπους με ΔΑΦ να εκτελούν μία σειρά πράξεων ακολουθώντας παράλογη, μη παραγωγική σειρά και ούτε καν να το παρατηρούν. Συγκεκριμένο παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να σηκωθεί το πρωί, να χτενίσει τα μαλλιά του, και μετά να κάνει ντους και να λούσει τα μαλλιά του. Έτσι, καταλαβαίνουμε ότι τα άτομα αυτά έχουν κατακτήσει το κάθε βήμα μεμονωμένα, αλλά σε μία λάθος σειρά αφού δεν είναι ικανά να κατανοήσουν τις σχέσεις ανάμεσα στα βήματα ή το νόημα των βημάτων σε σχέση με το τελικό αποτέλεσμα (Φρανσίς, 2007).

6.4 Χαρακτηριστικά Λόγου

α. Ηχολαλία

Το φαινόμενο της ηχολαλίας είναι ένα κοινό πρόβλημα στα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα. Για την ακρίβεια, παρουσιάζεται στην πλειονότητα των παιδιών (περίπου στο 85%) που καταφέρνουν να αναπτύξουν προφορικό λόγο. Ως ηχολαλία ορίζεται η επανάληψη φράσεων ή λέξεων που το άτομο άκουσε από το περιβάλλον του είτε εκείνη τη στιγμή (άμεση ηχολαλία) είτε κάποια στιγμή στο παρελθόν (καθυστερημένη ηχολαλία). Η επεξεργασία που παρέχεται στην παραγωγή καθυστερημένης ηχολαλίας, συμπεριλαμβάνει ανάκτηση πληροφοριών από κάποιο είδος μακροπρόθεσμης μνήμης, ενώ στην άμεση ηχολαλία εμπλέκεται η βραχυπρόθεσμη μνήμη (Jordan, 1999).

Παλαιότερα, επικρατούσε η άποψη ότι η ηχολαλία αποτελούσε μία ανούσια ή ακατάλληλη επανάληψη χωρίς καμία ενδότερη σημασία, καθώς τα παιδιά αυτά δεν είχαν καμία επιθυμία να επικοινωνήσουν. Σύμφωνα, όμως, με πιο σύγχρονες μελέτες, οι ερευνητές κατάφεραν να αποδείξουν ότι το φαινόμενο αυτό δεν αποτελούσε απλώς μία απλή επανάληψη φράσεων δίχως νόημα, αλλά μία προσπάθεια στην ουσία να επικοινωνήσουν με τον ομιλητή τους. Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι και τα δύο είδη της ηχολαλίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν για κοινωνική συναλλαγή. Έτσι, στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν (είτε αυτό πρόκειται για απάντηση είτε για κάτι που θέλουν να ζητήσουν) χρησιμοποιούν φράσεις που είχαν ακούσει σε μία ανάλογη περίπτωση και τις είχαν απομνημονεύσει με σκοπό να τις επαναλάβουν όταν χρειαστούν (Βογινδρούκας, 2002 και 2005). Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι εκείνο ενός παιδιού στο φάσμα, το οποίο κάθε φορά που ήθελε να δει τηλεόραση έλεγε «Άφησε το τηλεκοντρόλ κάτω!», φράση φαινομενικά άσχετη με το σκοπό που είχε. Πίσω από αυτή τη φράση, όμως, κρυβόταν μία σημασιολογική σύνδεση που είχε κάνει το παιδί: όταν είχε πάει κάποτε να ανοίξει την τηλεόραση, η μητέρα του του είχε πει αυτή τη φράση. Έτσι, το παιδί συνέδεε κάθε φορά την επιθυμία του να δει τηλεόραση με τη συγκεκριμένη φράση (Minschew & Williams, 2007).

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η ηχολαλική συμπεριφορά δεν έχει πάντα στόχο την αλληλεπίδραση και πρόκειται όντως για μία απλή επανάληψη φράσεων ως αντίδραση στο άγχος και αμηχανία που μπορεί να βιώσουν τα παιδιά με ΔΑΦ.

β. Δυσκολίες στη χρήση αντωνυμιών

Η συνεχής σύγχυση του πρώτου και δεύτερου προσώπου στον ενικό αριθμό των προσωπικών αντωνυμιών είναι χαρακτηριστική στα παιδιά με ΔΑΦ τα οποία έχουν αναπτύξει προφορικό λόγο, Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούν το «εσύ» για να αναφερθούν στον εαυτό τους και το «εγώ» ή το «εμένα» για να αναφερθούν σε κάποιον άλλο. Η προηγούμενη αυτή δυσκολία χαρακτηρίστηκε από τον Kanner ως «αντιστροφή αντωνυμιών» (Siegel, 1996). Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω: α) της τάσης των παιδιών να επαναλαμβάνουν ηχολαλικά τις λέξεις που τονίζονται

περισσότερο μέσα στην πρόταση (Bartak & Rutter, 1974), β) των γενικότερων δυσκολιών σε τομείς που αφορούν τη μάθηση, την αντίληψη και την επεξεργασία του περιβάλλοντος (Newson, 1979), γ) ελλειμμάτων προσοχής που εμπλέκονται με την ικανότητα να αντιλαμβάνονται τη χρήση αντωνυμιών στη συνομιλία με άλλα άτομα και δ) της υποκείμενης ανάγκης για τοπική και όχι για σφαιρική συνοχή. Ακόμη, τα παιδιά στο φάσμα αντιλαμβάνονται μικρότερη ποσότητα πληροφοριών σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα (Frith, 1994). Παρόλα αυτά, όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι η δυσκολία στη χρήση των προσωπικών αντωνυμιών είναι κοινή σε όλα τα παιδιά με ΔΑΦ ανεξαρτήτως εθνικότητας και δομής της μητρικής γλώσσας (Jordan, 1989).

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, λάθη παρατηρούνται και στις καταλήξεις των ρημάτων που δηλώνουν το πρόσωπο που δρα (Βογινδρούκας, 1997). Η πληροφορία αυτή μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η δυσκολία στις αντωνυμίες δεν οφείλεται στους γραμματικούς κανόνες και τύπους της γλώσσας, αλλά στην έλλειψη κοινωνικότητας που χαρακτηρίζει τα παιδιά αυτά (Charney, 1980).

γ. Ιδιοσυγκρασιακός λόγος και νεολογισμοί

Οι περίεργες λεκτικές συμπεριφορές που υιοθετούν τα παιδιά με ΔΑΦ είναι γνωστές και ως ιδιάζων λόγος (idiosyncratic language). Ο όρος δίνει έμφαση στο γεγονός ότι παρόλο που υπάρχουν ομοιότητες στον τρόπο με τον οποίο ο ιδιάζων λόγος μαθαίνεται ή χρησιμοποιείται, κάθε παιδί χρησιμοποιεί μοναδικές λέξεις ή φράσεις σε συγκεκριμένα πλαίσια. Τα παιδιά στο φάσμα έχουν την τάση να ανακαλούν συγκεκριμένες λέξεις και φράσεις μόνο στο πλαίσιο όπου έχουν αρχικά χρησιμοποιηθεί, γεγονός που σημαίνει ότι ναι μεν μαθαίνουν την εκάστοτε λέξη μέσα από εμπειρίες, δεν είναι όμως ικανά να τη γενικεύσουν. Επιπλέον, δεν κατανοούν ότι ο ακροατής τους δεν είναι σε θέση να καταλάβει την αιτία για την οποία το παιδί χρησιμοποιεί αυτή τη φράση (Reed, 1994).

Μία άλλη μορφή του ιδιάζοντος λόγου είναι οι νεολογισμοί, οι οποίοι αποτελούν στην ουσία λανθασμένοι συνδυασμοί μορφημάτων που χρησιμοποιούν τα παιδιά, χωρίς κάποιο επικοινωνιακό νόημα για τον ακροατή (Κωνστανταρέα, 2001).

Η συχνότητα και η μορφή του ιδιάζοντος λόγου ποικίλλει. Έτσι, σε κάποια παιδιά η διαδικασία αυτή είναι ιδιαίτερα εφευρετική, ενώ σε άλλα παιδιά παρατηρείται επανάληψη αυτών των λέξεων ή φράσεων σε γλωσσικά πλαίσια όπου δε χρειάζονται. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί δηλώνει τη δυσκολία του στον προφορικό λόγο κατευθύνοντας τη συζήτηση για να εκφράσει καλύτερα αυτό που θέλει να πει (Frith, 1994).

δ. Σημασιολογία

Ο τομέας της σημασιολογίας και η κατάκτηση του λεξιλογίου αποτελούν ένα πολύκροτο

ζήτημα, καθώς ήδη το παιδί πριν πει την πρώτη του λέξη διαθέτει ένα παθητικό λεξιλόγιο. Οι πρώτες αναφορές του παιδιού γίνονται με ένα είδος ιδιόρρυθμων λέξεων όπου ένα ηχητικό σύμπλεγμα αναφέρεται συστηματικά σε ένα αντικείμενο του κόσμου (Bates et al., 1975). Το νόημα κατακτάται στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης παιδιού-ενήλικα όπου και οι δύο εστιάζουν σε ένα αντικείμενο και ο δεύτερος το κατονομάζει. Αξιοσημείωτα είναι όμως και τα είδη των σημασιολογικών λαθών που κάνουν τα παιδιά, οι υποεπεκτάσεις και οι υπερεπεκτάσεις, διότι δείχνουν ότι το παιδί δε χρησιμοποιεί τις λέξεις με το ίδιο εύρος αναφοράς με τον ενήλικα. Οι υπερεπεκτάσεις βασίζονται στις ομοιότητες σχήματος ή χρήσης των αντικειμένων, ενός τουλάχιστον χαρακτηριστικού τους ενώ οι υποεπεκτάσεις δείχνουν ότι η περιορισμένη εμπειρία οδηγεί σε στενότερα πλαίσια αναφοράς (Κατή, 2000). Αργότερα κατά την ανάπτυξη, το λεξιλόγιο εμπλουτίζεται με πιο αφηρημένες λέξεις, πράγμα που απαιτεί καλή νοητική ανάπτυξη.

Αναφορικά με τις ΔΑΦ, έρευνες έχουν δείξει ότι ο βαθμός δυσκολίας στο σημασιολογικό τομέα εξαρτάται από το επίπεδο της διαταραχής (βαθμός σοβαρότητας) αλλά και από το νοητικό δυναμικό του ατόμου. Επίσης, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα παιδιά στο φάσμα διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από αυτές των τυπικά αναπτυσσόμενων.

Με βάση τα παραπάνω, είναι φυσικό ακόλουθο να επικρατούν ορισμένες δυσκολίες. Μία από αυτές είναι η δυσκολία στην κατηγοριοποίηση των εννοιών, κυρίως λόγω της αδυναμίας στην οργάνωση σημασιολογικών κατηγοριών. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά στο φάσμα έδιναν το όνομα ενός σχετικού αντικειμένου ή μια έννοια που προέκυπτε από την ίδια σημασιολογική κατηγορία προκειμένου να περιγράψουν την έννοια που δε γνώριζαν, ενώ τα τυπικά παιδιά περιέγραφαν ή έδειχναν τη χρήση της (Menuyk & Quill, 1985). Όσον αφορά τις δυσκολίες στη γενίκευση, ο Peeters τις θεωρεί απόρροια της άκαμπτης σκέψης και των δυσκολιών της μάθησης. Όταν υπάρχει αυτή η ικανότητα στα παιδιά στο φάσμα, είναι στενά περιορισμένη και απαιτεί εξωτερική εκπαιδευτική βοήθεια με στόχο την επέκτασή της (Peeters, 1997).

Ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετωπίζουν στην κατάκτηση επιθέτων και προθέσεων, λόγω του ότι αυτές οι κατηγορίες λέξεων παίρνουν νόημα ανάλογα με το περιβάλλον και την εκάστοτε επικοινωνιακή περίσταση. Στα επίθετα, μπορεί να κατέχουν τη γενική τους έννοια, αλλά αυτή είναι συνδεδεμένη μόνο με το συγκεκριμένο αντικείμενο βάσει του οποίου κατέκτησαν την έννοια αυτή (Menuyk & Quill, 1985). Η φύση, επίσης, των προθέσεων (καθώς αποτελούν λέξεις με πολλαπλές σημασίες οι οποίες εξαρτώνται από τη θέση και το χρόνο) δημιουργούν προβλήματα στα παιδιά με ΔΑΦ (Simmon & Baltaxe, 1975, Jordan & Powell, 1995). Παρόμοιες δυσκολίες επικρατούν και στην εκμάθηση των ρημάτων.

Σε ότι αφορά το είδος των λέξεων, φαίνεται να υπάρχει ένα σοβαρό έλλειμμα στην κατανόηση και επακόλουθα στη χρήση αφηρημένων λέξεων. Ο Leslie απέδωσε το έλλειμμα αυτό

στη γενικότερη αδυναμία των παιδιών με ΔΑΦ να δημιουργούν μετα-αναπαραστάσεις, να κατανοούν και να αποδίδουν στους άλλους νοητικές καταστάσεις όπως πεποιθήσεις, σκοπούς, επιθυμίες κ.α. (Harpe, 2003).

Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί ότι οι περισσότερες σημασιολογικές δυσκολίες εξηγούνται καλύτερα από την πραγματολογική διαταραχή, η οποία θα αναλυθεί αμέσως παρακάτω.

ε. Πραγματολογία

Τα ελλείμματα στον πραγματολογικό τομέα αποτελούν το σημαντικότερο γλωσσικό πρόβλημα σε όλα τα άτομα με ΔΑΦ, ανεξαρτήτου ηλικίας. Ο τομέας αυτός περιλαμβάνει την ικανότητα μετάδοσης του επιθυμητού λεκτικού μηνύματος, την κατανόηση της επικοινωνιακής πρόθεσης, γνώσεις που έχει ο ομιλητής για τον κόσμο και την επικοινωνία (π.χ. η κίνηση του χαιρετισμού) αλλά και τους κανόνες που διέπουν την ανθρώπινη συνομιλία προκειμένου να διεξαχθεί επιτυχώς.

Οι Wetherby και Prutting, σε μία έρευνά τους όπου μελέτησαν τις γλωσσικές πράξεις των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια μιας κοινωνικής συναλλαγής, παρατήρησαν τα εξής στοιχεία: αδυναμία αναγνώρισης του ακροατή σε ένα διάλογο και των παιδιών να ρωτήσουν για πληροφορίες και απουσία σχολιασμού (Walenski, Tager-Flusberg & Ullman, 2006). Τα χαρακτηριστικά αυτά, βέβαια, παρόλο που ήταν σημαντικά δεν εμφανίστηκαν για πρώτη φορά σε αυτήν την έρευνα. Είναι γενικά γνωστό το γεγονός ότι η γλώσσα και η στάση των ατόμων στο φάσμα είναι κοινωνικά ακατάλληλες, καθώς τείνουν να κρατούν το σώμα τους σε υπερένταση χωρίς να παίρνουν στάσεις που να δηλώνουν ότι προσέχουν το συνομιλητή τους ή ότι ενδιαφέρονται για τη συζήτηση. Μία ερμηνεία για όλο αυτό είναι η ανικανότητα νοητικής αναπαραστάσης του μοντέλου του λόγου και ερμηνείας της στάσης του σώματος του έτερου συνομιλητή (Jordan, 1996).

Η πραγματολογία διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: i) την προλεκτική, η οποία επικρατεί όταν το παιδί δεν έχει ακόμα μάθει να επικοινωνεί με το λόγο και ii) τη λεκτική, στην οποία το παιδί έχει αναπτύξει προφορικό λόγο και τον χρησιμοποιεί για την επικοινωνία του.

➤ Προλεκτική Πραγματολογία

Τα άτομα με ΔΑΦ δεν χρησιμοποιούν χειρονομίες κατά τη διάρκεια της ομιλίας, πιθανόν γιατί δεν δίνουν σημασία στο αν οι χειρονομίες γίνονται και από την πλευρά του άλλου συνομιλητή ή γιατί δεν έχουν την ικανότητα να παρακολουθούν παράλληλα και τα λεγόμενα και τις κινήσεις του συνομιλητή. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εκφράσεις του προσώπου. Τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά θα χαμογελάσουν προκειμένου να δείξουν τη χαρά τους για κάτι ή θα κλάψουν για κάτι που δεν τους αρέσει. Στα παιδιά στο φάσμα, αντιθέτως, η εξωτερική τους συναισθημάτων μπορεί είτε να είναι διαταραγμένη με ένα μεγάλο ποσοστό να παραμένει συνεχώς ανέκφραστο είτε να είναι

ιδιόμορφη χρησιμοποιώντας περιέργους ή και μη κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους.

Η αποφυγή επικοινωνίας ή αλληλεπίδρασης με το βλέμμα θεωρείται ένα από τα πιο χαρακτηριστικά στοιχεία των ΔΑΦ. Πέρα από το γεγονός ότι δε χρησιμοποιούν την βλεμματική επαφή για να μεταβιβάσουν μηνύματα, συνήθως κοιτάζουν δίπλα από το συνομιλητή παρά τα μάτια του ή τον κοιτάζουν με γρήγορες και βιαστικές ματιές. Ακόμη, τα παιδιά στο φάσμα τείνουν να στέκονται σε μεγάλη απόσταση από αυτόν ή άλλες φορές πάρα πολύ κοντά του (Jordan, 1996).

➤ **Λεκτική Πραγματολογία**

Η πρώτη συστηματική μελέτη που εξέτασε τη λεκτική πραγματολογία σε παιδιά με ΔΑΦ ήταν αυτή της Baltaxe (1977), η οποία διαπίστωσε τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στη μετατόπιση από τη θέση του ακροατή σε αυτή του ομιλητή. Η δυσκολία αυτή στην εναλλαγή των ρόλων διακρίνεται και από το γεγονός ότι διακόπτουν απότομα το συνομιλητή τους προκειμένου να πάρουν το λόγο. Επιπλέον, διαπιστώθηκε η δυσκολία στην τήρηση των κοινωνικών κανόνων αλλά και η αδυναμία να επιτρέψει στον ακροατή να διαφοροποιήσει την καινούργια από την παλιά πληροφορία.

Σύμφωνα με τους Andersen-Wood και Smith (1997), η λεκτική πραγματολογία αφορά τρεις περιοχές της χρήσης του λόγου: την πρόθεση της επικοινωνίας, το χειρισμό της συζήτησης και την προϋποτιθέμενη γνώση.

Η πρόθεση της επικοινωνίας αφορά τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι χρησιμοποιούν την επικοινωνία (π.χ. για να χαιρετήσουν, να εκφράσουν μία άποψη κ.α.). Τα παιδιά στο φάσμα χρησιμοποιούν το λόγο για να χειριστούν και να ικανοποιήσουν τα δικά τους περίεργα ενδιαφέροντα και όχι για να επικοινωνήσουν (Baron-Cohen, 1988).

Στο κομμάτι του χειρισμού της συζήτησης, τα παιδιά δεν παίρνουν πρωτοβουλία να ξεκινήσουν διάλογο, αλλά και όταν γίνεται αυτό η θεματολογία περιορίζεται στη σφαίρα των δικών τους σκέψεων και ενδιαφερόντων. Δεν αξιολογούν τι έχει συμβεί και τι γνωρίζει ο συνομιλητής και αν ήταν παρών ή απών στα περιστατικά που αναφέρουν. Ακόμη, με αφορμή το γεγονός ότι αδυνατούν να προσλάβουν πληροφορίες από κώδικες μη λεκτικής επικοινωνίας, δεν μπορούν να μπουν στη διαδικασία να κρίνουν αν αυτό που λένε ενδιαφέρει ή όχι τον ακροατή τους. Κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας, όταν το θέμα δεν τους ενδιαφέρει συνηθίζουν είτε να απαντάνε μονολεκτικά είτε άσχετα τελείως με το θέμα. Φαίνεται να τους δυσκολεύει, επίσης, και η διατήρηση του ίδιου θέματος καθώς σε πολλές περιπτώσεις η συζήτηση μπορεί να διακοπεί απότομα αν σταματήσουν τα ερεθίσματα-ανατροφοδοτήσεις από τον έτερο συνομιλητή.

Τέλος, η προϋποτιθέμενη γνώση αφορά την ικανότητα των συνδιαλεγόμενων να εκτιμούν το νόημα και το επίπεδο της συζήτησης και να την προσαρμόζουν με βάση αυτά, μία ικανότητα η οποία λείπει από τα παιδιά με ΔΑΦ.

Όλες αυτές οι δυσκολίες που αναφέρθηκαν παραπάνω δυσχεραίνουν τη συνάφεια και οδηγούν τα άτομα στην επικοινωνιακή ανικανότητα, επηρεάζοντας έτσι τη γενικότερη κοινωνική ανάπτυξη αλλά και την ανάπτυξη των γνωστικών τους ικανοτήτων (Baron-Cohen, 1988).

6.5 Σεξουαλικότητα/Σεξουαλική Συμπεριφορά

Όσον αφορά τη σεξουαλικότητα, τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν ένα ιδιαίτερα μεγάλο εμπόδιο, το οποίο στο μεγαλύτερο ποσοστό του δημιουργείται από τα ελλείμματά τους στα πλαίσια της κοινωνικής συμπεριφοράς. Η δυσκολία στην κατανόηση και διατήρηση των κοινωνικών τους σχέσεων οδηγεί τους περισσότερους σε κοινωνική απόρριψη και απομόνωση. Συμπεριλαμβάνοντας, κιόλας, την απουσία ενσυναίσθησης, τις στερεοτυπικές συμπεριφορές αλλά και την περιορισμένη φαντασία γίνεται ακόμα πιο εμφανές πόσο ευαίσθητος μπορεί να γίνει ο τομέας αυτός για τα άτομα αυτά που ξεκινούν και μπαίνουν στην εφηβεία. Η εικασία για το που μπορεί να οδηγηθούν με τις πράξεις τους δεν υφίσταται, με αποτέλεσμα να βρίσκονται συνεχώς σε καταστάσεις όπου μπορεί να αρχίζουν και να αγκαλιάζουν ή να φιλάνε αγνώστους ή και να γδύνονται ή να αυνανίζονται δημοσίως. Ακόμη, η τεράστια επιθυμία να αποκτήσουν μία ερωτική σχέση μπορεί να τους κάνει εμμονικούς (παρά το χαρακτηριστικό τους της αδυναμίας διατήρησης των σχέσεων), ή να φτάσουν σε επίπεδα απόγνωσης, επιθετικής ή αυτοερεθιστικής συμπεριφοράς ή σε πλήρη παραίτηση από τη σεξουαλικότητά τους αν βιώσουν την απόρριψη (Haracopos & Pedersen, 1992).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί το γεγονός ότι, με την κατάλληλη εκπαίδευση, τα περισσότερα άτομα υψηλής λειτουργικότητας κατορθώνουν να αποκτήσουν ερωτικές σχέσεις οι οποίες μπορούν να καταλήξουν σε κάποιο τρυφερό συναισθηματικό δεσμό.

6.6 Συνοδά Προβλήματα

• Επιληψία

Τα επιληπτικά επεισόδια είναι αρκετά συχνά σε παιδιά με ΔΑΦ, με τη συχνότητα τους να κυμαίνεται μεταξύ 7 έως και 35% (Tuchman, Hirtz & Mamounas, 2013). Οι επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται συνήθως στα πρώτα 2 με 5 χρόνια της ζωής και μερικές φορές διαγιγνώσκονται μαζί με τις ΔΑΦ. Πέρα από το γεγονός ότι αποτελούν μία από τις πρώτες αιτίες θανάτου τους, μπορεί να διαγνωσθεί επίσης σε παιδιά με συνοδές νευρολογικές παθήσεις (π.χ. οξώδη σκλήρυνση), νοητική υστέρηση, γλωσσική παλινδρόμηση, ιστορικό βρεφικών σπασμών ή συνδρόμου Lennox-Gastaut και οικογενειακό ιστορικό επιληψίας (Filipek et al., 2000).

Πρόσφατα μία έρευνα έδειξε τον επιπολασμό της επιληψίας (σε ποσοστό 21.5%) σε άτομα

με ΔΑΦ και νοητική υστέρηση, σε αντίθεση με το 8% που βρέθηκε σε αυτούς που ανήκαν στο φάσμα αλλά δεν είχαν νοητική υστέρηση. Οι αριθμοί αυτοί απέδειξαν ότι ο επιπολασμός της επιληψίας είναι αδιαμφισβήτητα υψηλότερος στα άτομα με ΔΑΦ και νοητική υστέρηση παρά σε αυτά που ανήκουν μόνο στις ΔΑΦ, με ποσοστά δέκα φορές υψηλότερα από τον πληθυσμό έξω από το φάσμα (Amlet et al., 2008).

- **Γαστρεντερικά και διατροφικά προβλήματα**

Οι ΔΑΦ, πέρα από τις διαταραχές στην κοινωνική επικοινωνία και αυτές στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, μπορεί να προκαλέσουν και βιοχημικές διαταραχές στο σώμα προκαλώντας διατροφικά και γαστρεντερικά προβλήματα. Οι διατροφικές διαταραχές των παιδιών στο φάσμα δεν αφορούν μόνο τις επιλογές τους στο φαγητό αλλά και τη συμπεριφορά που επιδεικνύουν κατά τη διάρκειά του. Έχει αποδειχθεί ότι έως και το 90% των παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζουν διατροφικά προβλήματα, με το 70% αυτών να παρουσιάζουν τροφική επιλεκτικότητα η οποία εξαρτάται από το είδος, την υφή ή ακόμα και την παρουσίαση της τροφής στο πιάτο. Η εμμονή σε συγκεκριμένα φαγητά για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι επίσης συχνό φαινόμενο. Πολλοί γονείς έχουν επίσης αναφέρει την κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων (π.χ. χώμα, χαρτί) ως χαρακτηριστικό.

Παράλληλα, αν και τα γαστρεντερικά συμπτώματα είναι συνήθη και στο γενικό πληθυσμό, έχει αποδειχθεί από μελέτη ότι τα ποσοστά εμφάνισής τους είναι μεγαλύτερα στον πληθυσμό των ατόμων στο φάσμα. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι συχνή τάση για έμετο, προγενέστερη διάγνωση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, πόνοι στην κοιλιακή χώρα, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Valicenti et al., 2006). Στα παιδιά με περιορισμένη επικοινωνιακή ικανότητα μπορεί να είναι πιο δύσκολο να ανιχνευθούν τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Τέλος, σημειώνεται ότι εξαιτίας των βασικών ελλειμμάτων στην κοινωνική επικοινωνία και πιθανής ύπαρξης ορισμένων αισθητηριακών διαταραχών, τα γαστρεντερικά συμπτώματα στα παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να μην εκδηλώνονται με τον τυπικό τρόπο αλλά μέσω ασυνήθιστων συμπεριφορών.

- **Προβλήματα στον ύπνο**

Οι διαταραχές ύπνου παρατηρούνται συχνότερα σε παιδιά με ΔΑΦ, είτε λόγω της διαταραχής του κερκάρδιου ρυθμού είτε λόγω μεταβολών που παρατηρούνται κατά την έκκριση της μελατονίνης. Οι δυσκολίες αυτές δεν επηρεάζονται από τον εκάστοτε τύπο του φάσματος ή από το επίπεδο της γνωστικής δυσλειτουργίας, αλλά μπορεί να υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών ύπνου και επιθετικής συμπεριφοράς, αναπτυξιακής καθυστέρησης και αγχώδους διαταραχής (Kotagal & Broomall, 2012).

Η αϋπνία είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα που αναφέρουν τα άτομα στο φάσμα. Πιο

συγκεκριμένα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έναρξη ή τη διατήρηση του ύπνου, ξυπνάνε υπερβολικά νωρίς και στη συνέχεια δεν μπορούν να κοιμηθούν ξανά και βιώνουν ανεπαρκείς ή κακής ποιότητας ύπνους. Στον πληθυσμό των ΔΑΦ, η αιτία της αϋπνίας είναι πολυπαραγοντική, με συνηθέστερη διάφορους συμπεριφοριστικούς παράγοντες (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

- **Συναφή γενετικά σύνδρομα**

Εκτός από την πολύπλοκη συνεισφορά της γενετικής που προκαλεί τις ΔΑΦ, υπάρχουν επίσης γενετικά σύνδρομα τα οποία μπορούν να ανιχνευθούν. Αυτά τα σύνδρομα είναι τα εξής:

- Σύνδρομο εύθραυστου Χ
- Νευροδερματικές παθήσεις (όπως η κονδυλώδης σκλήρωση)
- Φαινυλκετονουρία
- Εμβρυικό σύνδρομο αλκοόλης
- Σύνδρομο Angelman
- Σύνδρομο Smith-Lemli-Opitz
- Σύνδρομο Down και
- Κολόβωμα ίριδας, συγγενής καρδιοπάθεια, ατρησία ρινικών χοανών, αναπτυξιακή καθυστέρηση, γεννητικές ανωμαλίες και το σύνδρομο CHARGE (Persico & Napolioni, 2013)

Η συνύπαρξη του γενετικού συνδρόμου και των ΔΑΦ, συχνά οδηγεί σε έναν αριθμό επιπρόσθετων επιπλοκών και δυσκολιών τόσο για το ίδιο το άτομο στο φάσμα όσο και για τον θεραπευτή. Παρά το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των γενετικών συνδρόμων που σχετίζονται με τις ΔΑΦ μεμονωμένα το καθένα είναι σπάνιο, συλλογικά όλα τους μαζί παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα. Τέλος, πολλά από τα σύνδρομα αυτά σχετίζονται με μέτρια ως και σοβαρή νοητική υστέρηση.

- **Διαταραχές ακοής**

Οι διαταραχές ακοής εμφανίζονται σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 33 και 46% των παιδιών με ΔΑΦ και είναι συχνότερα νευροαισθητηριακού τύπου (Klin, 1993). Οι συνηθέστερες διαταραχές είναι ήπια ή μέτρια βαρηκοΐα, με σοβαρή να εμφανίζει μόλις το 3,5%. Το στέλεχος των παιδιών με αυτισμό έχει, επίσης, μικρότερο μήκος από το φυσιολογικό, πιθανών λόγω καθυστερημένης εμβρυικής ανάπτυξης ενός τμήματός του (Rosenhall et al. 2003).

- **Νοητική Υστέρηση**

Η νοητική υστέρηση είναι συχνό φαινόμενο στις ΔΑΦ. Σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα,

γνωρίζουμε ότι τουλάχιστον το 50% των ατόμων στο φάσμα παρουσιάζει κάποιου βαθμού νοητική υστέρηση (αν και συνήθως παρατηρείται η μέτρια). Πραγματοποιούνται και μελέτες με στόχο τη διερεύνηση της γενετικής σχέσης μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών, με πιο πρόσφατη αυτή στη Μεγάλη Βρετανία. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήσαν δείγμα 8.000 ζευγών διδύμων μονοζυγωτών, ετεροζυγωτών, του ίδιου ή και του διαφορετικού φύλου, από την οποία η γενετική συσχέτιση αποδείχθηκε ήπια (Hoekstra et al. 2009).

- **Μαθησιακές Δυσκολίες**

Μαθησιακές δυσκολίες συναντώνται στο 75% περίπου των παιδιών με ΔΑΦ και αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση συμπεριφορικών διαταραχών (Baird et al. 2003). Τα πιο χαρακτηριστικά προβλήματα που εμφανίζονται είναι έντονο άγχος, ελλιπής οργάνωση, αίσθημα απόρριψης, προβλήματα στις σχέσεις και στην αλληλεπίδραση με γονείς και εκπαιδευτικούς, εμμονή στην καθημερινή ρουτίνα και διάσπαση της προσοχής.

- **Ψυχιατρικές διαταραχές**

Είναι το ζήτημα που, από διαφοροδιαγνωστικής πλευράς, απαιτεί τη μεγαλύτερη προσοχή, καθώς δεν είναι λίγα τα περιστατικά με ΔΑΦ που ενώ είχαν εξαιρεθεί από τη διάγνωση κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, στη συνέχεια βρέθηκαν με υψηλές εκτιμήσεις συννοσηρότητας. Τα ευρήματα μίας έρευνας υπογράμμισαν ότι τα παιδιά στο φάσμα μπορεί να έχουν προβληματικές συμπεριφορές και συναισθήματα για ποικίλους λόγους. Ο ένας παράγοντας, όμως, που πρέπει σίγουρα να συμπεριληφθεί στη διαφορική διάγνωση των συμπεριφοριστικών ή συναισθηματικών προβλημάτων στο παιδί με ΔΑΦ είναι η παρουσία μίας επιπλέον ψυχιατρικής διαταραχής που ίσως επικαλύπτει τις ΔΑΦ (Leyfer et al. 2006).

Οι πιο συνηθισμένες συννοσηρές διαταραχές με τις ΔΑΦ είναι οι εξής:

- Κατάθλιψη
- Αγχώδεις Διαταραχές
- Υπερκινητικό σύνδρομο
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Διπολική διαταραχή
- Παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (σε μεμονωμένες περιπτώσεις παιδιών) (Volkmar et al. 2005)

- **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)**

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί την πιο συχνή συννοσηρή διαταραχή σε παιδιά με ΔΑΦ. Ωστόσο, όταν τα συμπτώματα της διάσπασης και της υπερκινητικότητας εμφανίζονται στα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα, η διάκριση μεταξύ των δύο διαταραχών καθίσταται δύσκολη. Δεν είναι σπάνιο το

γεγονός να δίνονται ταυτόχρονα και οι δύο διαγνώσεις μαζί, ιδιαίτερα στα άτομα με ΔΑΦ που έχουν κανονική νοημοσύνη.

Πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω το θέμα. Συγκεκριμένα, οι Reiersen et al. (2007) διέκριναν υψηλότερα επίπεδα αυτιστικών στοιχείων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ οι Nijmeijer et al. (2008) κατέφτασαν στο ίδιο συμπέρασμα εξετάζοντας 256 ζευγάρια διδύμων με τουλάχιστον ένα από τα δύο να έχει ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα και με ευρήματα άλλων ερευνών, το 53,65% των συμμετεχόντων με ΔΑΦ έχουν διάγνωση και για ΔΕΠ-Υ.

Δεδομένων, λοιπόν, των υψηλών ποσοστών συννοσηρότητας, προτείνεται από τους ερευνητές η διαφοροποίηση των δύο πληθυσμών καθώς συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων των ΔΑΦ και ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα εκείνων που αφορούν τις κοινωνικές δεξιότητες.

7. ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ

Η εκπόνηση των επιδημιολογικών ερευνών για τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος αποτελεί μια περίπλοκη και δύσκολη διαδικασία, κυρίως λόγω της ιδιαίτερης συνθετότητας που τις χαρακτηρίζει αλλά και της ανάγκης για μια πιο εμπειριστατωμένη κατανόηση της φύσης, της αιτιολογίας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Αναλυτικότερα, τα τελευταία 40 χρόνια, τα επιδημιολογικά στοιχεία παρουσιάζουν μία ανησυχητική αύξηση στα ποσοστά (King & Bearman, 2008). Η προηγούμενη άποψη επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι αρχικά ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνονταν από 4 έως 10 άτομα ανά 10.000 γεννήσεις, ενώ μόλις στις αρχές του 2000 το ποσοστό αυτό είχε ανέβει στα 60 έως 116 ανά 10.000 γεννήσεις (Wing & Gould, 1979, Charman, 2002, Bryson, Rogers & Fombonne, 2003, Fombonne, 2003). Επιπλέον, στις ΗΠΑ 1 έως 3 στα 1000 παιδιά διαγιγνώσκονται με αυτισμό, ενώ η αναλογία αγοριών/κοριτσιών κυμαίνεται από 2 έως 4,3 προς 1 (Tan et.al., 2012, Lord & Schopler, 1987, Fombonne, 2003). Μολονότι οι συχνότητες αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν οριστικές, γιατί υπάρχουν διαφορετικές μεθοδολογίες στις διάφορες μελέτες, δείχνουν όμως ότι οι καταστάσεις αυτές δεν είναι τόσο σπάνιες. Στη χώρα μας εκτιμάται, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α), ότι υπάρχουν περίπου 35.000 παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού.

Οι παράγοντες, που περιπλέκουν τη διαδικασία ερμηνείας του επιπολασμού των ΔΑΦ και συνάμα τις επιδημιολογικές έρευνες είναι οι εξής:

1. **Αλλαγές στη διαγνωστική πρακτική.** Σύμφωνα με το καινούργιο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-5 (2013), τα άτομα πια χωρίζονται σε άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) και τα άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό (ΥΛΑ) (APA, 2013). Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί είναι ότι κάθε αυτιστικό άτομο είναι διαφορετικό, όλοι όμως βρίσκονται σε ένα φάσμα κοινών χαρακτηριστικών (Willis, 2009).
2. **Αυξανόμενη συνειδητοποίηση της διαταραχής με επακόλουθο τη βελτιστοποίηση των παροχών ειδικών υπηρεσιών.** Από τη δεκαετία του 1960 και ύστερα, παρατηρήθηκε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη διαταραχή, κυρίως στην Αγγλία και στις ΗΠΑ, το οποίο φυσικά οδήγησε και στην εκπόνηση ενός μεγάλου αριθμού ερευνών και μελετών γύρω από το συγκεκριμένο θέμα (Volkmar et.al., 2004). Σε συνδυασμό με την αδιαμφισβήτητη δύναμη και προβολή από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καθώς και τη βελτίωση των παροχών ειδικών υπηρεσιών, οι γονείς άρχισαν να ευαισθητοποιούνται και να γίνονται πιο πρόθυμοι στην αποδοχή ότι το παιδί τους μπορεί να ανήκει στο φάσμα του αυτισμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη προσέλευση τέτοιων περιστατικών στα εκάστοτε κέντρα,

πιο αξιόπιστη διάγνωση αλλά και διαθεσιμότητα θεραπευτικών ή και συμβουλευτικών υπηρεσιών (Wing & Potter, 2002).

3. *Αναγνώριση της συσχέτισης του αυτισμού με άλλες διαταραχές.* Όπως θα αναφερθεί και στη συνέχεια, είναι γνωστό ότι πέρα από τον αυτισμό μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές (νοητική υστέρηση, επιληψίες κ.ά.). Αυτό βέβαια μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση, δημιουργώντας έτσι λανθασμένα ποσοστά του επιπολασμού (Wing & Potter, 2002). Επίσης, δεν είναι σπάνιο και το φαινόμενο της εσκεμμένης αντικατάστασης της διάγνωσης, με απώτερο σκοπό μία καλύτερη ή οικονομικότερη ιατρική παροχή (Cohen, 2004, Volkmar et.al., 2004).

Καταληκτικά, η χρησιμότητα όλων των επιδημιολογικών ερευνών που εκπονήθηκαν και εκπονούνται είναι αδιαμφισβήτητα τεράστια, τόσο για την αποσαφήνιση της ακριβούς αιτιολογίας της διαταραχής όσο και για την ευρύτερη κατανόησή της (Rutter, 2005).

8. ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Η ακριβής αιτιολογία του αυτισμού παραμένει μέχρι και σήμερα άγνωστη. Όλες οι εμπεριστατωμένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η λύση του «αινίγματος» είναι κοντά, αλλά δεν είναι μόνο μία. Επιπλέον, όλες συγκλίνουν στην άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε οργανικά και όχι σε ψυχογενή αίτια. Στην ουσία, ο αυτισμός είναι μία πολυπαραγοντική διαταραχή που μπορεί να προκληθεί από διαφορετικές αιτίες και γεγονότα. Κάποια από αυτά μπορεί να είναι μία επιπλοκή κατά τη διάρκεια του τοκετού, καθυστέρηση στην αναπνοή του βρέφους ή ακόμα και διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μητέρας κατά την κύηση. Παρόμοιες καταστάσεις παρατηρούνται, όμως, και σε άλλες περιπτώσεις παιδιών που δεν εμφανίζουν αυτισμό, γεγονός που καθιστά απευθείας αυτά τα στοιχεία ανεπαρκή. Για την εξήγηση, λοιπόν, του φαινομένου αυτού, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών ασχολείται και συμβάλλει με το δικό του τρόπο στην εύρεση απάντησης στο ερώτημα της αιτιολογίας της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (Rutter, Bailey, Bolton, and Couter, 1994).

Ο Kanner αρχικά υπέθεσε ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα εγγενούς ανεπάρκειας συναισθηματικής φύσεως (Jordan, 1999, Rutter, 2000). Κατά τη διάρκεια, όμως, της δεκαετίας του 1960, επικρατούσε η θέση ότι ο αυτισμός είναι απόρροια «κακιάς ανατροφής» των παιδιών από τη μητέρα («ψυχρή» μητέρα) ή της γενικότερης λανθασμένης στάσεως των γονιών απέναντι στα παιδιά τους (Dawson, et al., 2002). Επρόκειτο, λοιπόν, για μία συναισθηματικού τύπου διαταραχή χωρίς να συνδέεται με οργανικά αίτια. Με τη μετέπειτα επιστημονική έρευνα, όμως, η άποψη αυτή ανατράπηκε.

Βασιζόμενοι, λοιπόν, στη θεωρία ότι ο αυτισμός οφείλεται σε οργανικά αίτια, η μελέτη των γενετικών παραγόντων περιλαμβάνει επιγραμματικά i) το βαθμό κληρονομικότητας, ii) τη συσχέτισή του με άλλες γενετικές διαταραχές ή ιατρικές καταστάσεις, iii) τον εντοπισμό χρωμοσωμάτων, iv) τα επίπεδα πρωτεϊνών και v) την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εγκεφάλου.

Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του Bailey (Brown, 2004 και Παπαγεωργίου, 2005), που πραγματοποιήθηκε το 1995, έγινε μελέτη και σύγκριση 27 ζευγαριών μονοζυγωτικών διδύμων του ίδιου φύλου με 20 ζεύγη διζυγωτικών διδύμων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι στο 60% των μονοζυγωτικών διδύμων είχαν αναπτύξει αυτισμό και τα δύο δίδυμα, σε αντίθεση με τα διζυγωτικά, στα οποία ο αυτισμός είχε εμφανιστεί μόνο στο ένα από τα δύο δίδυμα. Η ραγδαία πτώση του παράγοντα κινδύνου από τα μονοζυγωτικά δίδυμα στους λοιπούς συγγενείς, στενούς και μακρινούς, αποδεικνύει ότι ο αυτισμός μπορεί να συνδυάζεται με κληρονομικούς παράγοντες (Dawson et.al., 2002). Κάτι που επιβεβαιώνει το οργανικό υπόβαθρο του αυτισμού, είναι ο εντοπισμός, μεταξύ των μελών της οικογενείας, ελλειμμάτων στο λόγο, τη μάθηση ή στην

κοινωνική αλληλεπίδραση. Τα προηγούμενα αυτά ελλείμματα μπορεί να παραπέμπουν σε στοιχεία του αυτισμού, αλλά τις περισσότερες φορές διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα και το βαθμό (Filipek et.al., 2000, Rutter, 2005).

Παράλληλα, σε ένα μικρό ποσοστό παιδιών με ΔΑΦ έχει εντοπιστεί η παρουσία του εύθραυστου χρωμοσώματος X, που αποτελεί την κύρια αιτία της νοητικής υστέρησης. Συγκεκριμένα, το προηγούμενο σύνδρομο εμφανίζεται στα άτομα με αυτισμό σε ποσοστό 4-8% (Brown, 2004, Volkmar et.al., 2004, Rutter, 2000). Συν τοις άλλοις, έχουν υπάρξει ευρήματα που δείχνουν ότι τα $\frac{3}{4}$ των παιδιών με ΔΑΦ που δεν είχαν καμία νευρολογική ανωμαλία στην παιδική ηλικία, εμφάνισαν επιληπτικές κρίσεις (Filipek et.al., 2000).

Προκαταρκτικές μελέτες ευρείας ανίχνευσης γονιδιώματος σε διάφορα πληθυσμιακά δείγματα οικογενειών που είχαν παραπάνω από ένα παιδιά με ΔΑΦ, κατέληξαν στην υπόδειξη διάφορων γονιδιακών τόπων σε 16 διαφορετικά χρωμοσώματα που θεωρείται ότι σχετίζονται με την εκδήλωση αυτισμού (Brown, 2004, Tager-Flusberg, Joseph & Folstein, 2001, Rutter, 2005). Η εμφανής, βέβαια, διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού σε αγόρια-κορίτσια, υποδηλώνει ότι η διαταραχή ενδέχεται να οφείλεται σε ανωμαλίες των φυλετικών χρωμοσωμάτων (Γενά, 2002). Μέχρι και σήμερα, όμως, δεν έχει υπάρξει κάποια επιβεβαίωση ότι κάποιο από τα παραπάνω είναι υπεύθυνο για τα συμπτώματα των ΔΑΦ. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι διαφορετικά και πολλά γονίδια, συντελούν σε ποιοτικά διαφορετικές εκφάνσεις της ΔΑΦ (Tager-Flusberg, Joseph & Folstein, 2001, Rutter, 2005).

Μία διαφορετική άποψη έδωσαν οι βιοχημικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, με συγκεκριμένη αυτή του Nelson, όπου διαπίστωσε ότι τέσσερις πρωτεΐνες απαραίτητες για την ανάπτυξη του εγκεφάλου ήταν σε υψηλότερα επίπεδα στο μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με αυτισμό. Σε παρόμοιες έρευνες ανιχνεύτηκαν επίσης και αυξημένα ποσοστά σεροτονίνης στο αίμα. Τα ευρήματα αυτά δηλώνουν μεν καταφανή βιοχημική ανωμαλία, αλλά δεν συνιστούν ερμηνεία της παρουσίας των χαρακτηριστικών της ΔΑΦ (Brown, 2004).

Τέλος, αποτελέσματα μελετών MRI έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΑΦ ενεργοποιούν διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, πράγμα που σημαίνει ότι η διαδικασία επεξεργασίας των οπτικών ερεθισμάτων διαφέρει σε σχέση με τη διαδικασία των ατόμων που δεν έχουν εμφανίσει αυτισμό (Brown, 2004).

Όπως προαναφέρθηκε, εκτός από τα αίτια που οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες, έχουν διεξαχθεί πλήθος ερευνών για τον εντοπισμό πιθανών ανοσολογικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η πιο πρόσφατη, είναι αυτή που πραγματοποιήθηκε από ερευνητές του King's College του Λονδίνου, του Karolinska Institute στη Σουηδία και του Mount Sinai University των ΗΠΑ. Η

μελέτη τους έδειξε ότι η κατανόηση των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση του αυτισμού είναι εξίσου σημαντική με τη μελέτη της κληρονομικής διάθεσης, γεγονός που ανέτρεψε τα έως τώρα δεδομένα.

Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές ανέλυσαν δεδομένα από 2 εκατομμύρια παιδιά της Σουηδίας που γεννήθηκαν εκεί μεταξύ του 1982 και του 2006. Από αυτά, 14.516 διαγνώστηκαν με αυτισμό. Στη μελέτη αναλύθηκαν τα ζεύγη των μελών της οικογένειας, πανομοιότυπα και μη ταυτόσημα δίδυμα, τα αδέρφια, τα μητρικά και πατρικά ετεροθαλή αδέρφια και τα ξαδέρφια. Επίσης, περιελάμβανε δύο διαφορετικούς δείκτες κινδύνου: α) την κληρονομικότητα και β) το Σχετικό Κίνδυνο Παλινδρόμησης (Relative Recurrence Risk), ο οποίος αφορά στον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο όταν ένας συγγενής του έχει αυτισμό. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η κληρονομικότητα αποτελεί το μισό κίνδυνο, με το υπόλοιπο μισό να το καλύπτουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (τρόπος ζωής, υγεία των γονιών, κοινωνική και οικονομική κατάσταση). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με έναν αδερφό ή αδερφή με αυτισμό έχουν δέκα φορές περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με την ασθένεια, τρεις φορές εάν είναι ετεροθαλής αδερφός ή αδερφή και διπλάσιες πιθανότητες αν έχουν μια ξαδέρφη με αυτισμό (Sandin, Lichtenstein, Kuja-Halkola, Hultman & Reichenberg, 2014).

Όσον αφορά τους ανοσοβιολογικούς παράγοντες, ο πιθανός ρόλος των εμβολίων που περιέχουν θιμεροσάλη έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας, χωρίς όμως να έχει τεκμηριωθεί κάποιο επιστημονικό πόρισμα (Parker et.al., 2004, Nelson & Bauman, 2003). Μπορεί η χορήγηση του τριπλού εμβολίου, να ενεργοποιεί ήδη παρόντες αποκλίνοντες μηχανισμούς (Παπαγεωργίου, 2005). Υπάρχει όμως η περίπτωση, επειδή τα εμβόλια χορηγούνται σε μικρές ηλικίες όπου ο εγκέφαλος δεν έχει πάψει να αναπτύσσεται, τα συμπτώματα του αυτισμού να εκδηλωθούν σε δυσχερέστερο βαθμό από τα αναμενόμενα χωρίς εμβολιασμό (Del Guidice, 2002).

Με βάση, λοιπόν, όλα τα προηγούμενα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός είναι μία εξαιρετικά πολύπλοκη διαταραχή, της οποίας τα αίτια δεν έχουν ακόμη εξιχνιαστεί επακριβώς. Εάν επιτευχθεί βέβαια αυτό, τότε θα μπορούσε να σχεδιαστεί ένα πλήρες και οργανωμένο σύστημα κατηγοριοποίησης καθώς και μία αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση. Μέχρι τότε όμως, κρίνεται αναγκαία η συμβολή μίας διεπιστημονικής προσέγγισης (από κλάδους της αναπτυξιακής και κλινικής ψυχολογίας, της νευρολογίας, της γενετικής και της παιδαγωγικής), προκειμένου να δοθεί μία ολοκληρωμένη εικόνα για τη φύση και την αντιμετώπιση της διαταραχής (Dawson et.al., 2002, Tager-Flusberg, Joseph & Folstein, 2001).

9. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με την Francesca Happé (2003) στο ερώτημα: “Τι είναι ο αυτισμός” μπορούν να δοθούν πολλές απαντήσεις, όμως θα ήταν ωφέλιμο να αποσαφηνιστούν ορισμένοι μύθοι και παρανοήσεις όσον αφορά αυτό το φάσμα. Παρακάτω παρουσιάζονται 8 μύθοι για τον αυτισμό, του οποίους θα πρέπει να γίνουν γνωστοί στα άμεσα ενδιαφερόμενα άτομα.

- 1) Ο αυτισμός δεν προκαλείται από “ψυχρό γονεϊκό περιβάλλον”.
- 2) Ο αυτισμός είναι μια βιολογικά προσδιορισμένη διαταραχή.
- 3) Ο αυτισμός δεν περιορίζεται στην παιδική ηλικία. Διαρκεί σε όλη τη ζωή του ατόμου.
- 4) Ο αυτισμός δεν χαρακτηρίζεται πάντοτε από ειδικές ή “έλλογες” δεξιότητες.
- 5) Ο αυτισμός *απαντάται* σε όλα τα επίπεδα νοημοσύνης, αλλά συνήθως από γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση).
- 6) Ο αυτισμός **δεν** είναι ψυχιατρική ασθένεια.
- 7) Ο αυτισμός δεν είναι απλά ένα “κέλυφος” μέσα στο οποίο ένα “φυσιολογικό παιδί περιμένει να εξέλθει.
- 8) Ο αυτισμός είναι μια σοβαρή διαταραχή της επικοινωνίας, της κοινωνικότητας και της δημιουργικής φαντασίας.

10. ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟ DSM-IV ΚΑΙ ΤΟ DSM 5

10.1 DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV η Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος διαχωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες διαταραχών: Την Αυτιστική Διαταραχή, την Διαταραχή Rett, την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, το Σύνδρομο Asperger και την Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Η Αυτιστική Διαταραχή παρόλο που οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες και όχι σε περιβαλλοντολογικούς, η διάγνωσή της βασίζεται στα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς του παιδιού και όχι στις ιατρικές εξετάσεις. Το DSM-IV (γνωστό και ως DSM-IV-TR) είναι ένα εγχειρίδιο που δημοσιεύθηκε το 1994 από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (A.P.A.) της Ουάσινγκτον, το οποίο βοηθάει στη διάγνωση και την ταξινόμηση των διαταραχών. Ανάμεσα σε όλες της διαταραχές το DSM-IV αναφέρει τα διαγνωστικά κριτήρια για την Αυτιστική Διαταραχή, που μπορούμε να τα κατατάξουμε σε τρεις κατηγορίες: α) της κοινωνικής συμπεριφοράς, β) της επικοινωνίας και γ) της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Για να διαγνωσθεί κάποιο παιδί με Αυτιστική Διαταραχή θα πρέπει να εμφανίσει έξι ή περισσότερα χαρακτηριστικά από τις τρεις κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, εκ των οποίων δύο τουλάχιστον θα πρέπει να σχετίζονται με την πρώτη κατηγορία, ένα χαρακτηριστικό τουλάχιστον θα πρέπει να σχετίζεται με την δεύτερη και τέλος ένα τουλάχιστον από την τρίτη κατηγορία (Γενά,2002).

Η πρώτη κατηγορία των διαγνωστικών κριτηρίων της Αυτιστική Διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV, αφορά, όπως αναφέρθηκε παραπάνω την κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού και περιλαμβάνει τέσσερα χαρακτηριστικά εκ των οποίων τουλάχιστον δύο πρέπει να εκδηλωθούν στο παιδί. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η έκπτωση της εξωλεκτικής συμπεριφοράς, όπως είναι η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, οι στάσεις του σώματος και οι χειρονομίες που ρυθμίζουν κοινωνικές συναλλαγές. Το δεύτερο χαρακτηριστικό διάγνωσης είναι η αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους, όπως αναμένεται από άτομα της ηλικίας τους. Τέλος, τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά είναι ότι το παιδί δεν αναζητά είτε απολαύσεις και ενδιαφέροντα με άλλα άτομα είτε κοινοποίηση επιτευγμάτων (π.χ. αποφεύγουν να επιδείξουν σε άλλους αντικείμενα που τους ενδιαφέρουν) και η έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Η δεύτερη κατηγορία διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV, η οποία αναφέρεται στην ποιοτική έκπτωση επικοινωνίας του παιδιού και παρουσιάζει τέσσερα χαρακτηριστικά, από τα οποία τουλάχιστον ένα πρέπει να εμφανίσει το παιδί. Τα δύο πρώτα χαρακτηριστικά είναι η καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία (που δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω

εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες και παντομίμα) και η καταφανής έκπτωση ομιλίας στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλιών με άλλους ανθρώπους σε άτομα με επαρκή ομιλία. Τα επόμενα δύο χαρακτηριστικά αναφέρουν την χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιομορφίες λόγου, καθώς και την απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Η τελευταία κατηγορία, η οποία αφορά τα περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα σχήματα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκδηλώνονται με ένα τουλάχιστον χαρακτηριστικό από τα ακόλουθα τέσσερα χαρακτηριστικά. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η ενασχόληση με ένα ή περιορισμένου αριθμού στερεότυπα πρότυπα που συρρικνώνουν τα ενδιαφέροντα και που θεωρούνται μη φυσιολογικά ως προς την ένταση ή την εστίαση. Τα δύο επόμενα χαρακτηριστικά που ακολουθούν είναι η εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες και μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες και οι στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μαννερισμοί (π.χ. χτύπημα και στρίψιμο χεριών και δαχτύλων, ή σύνθετες κινήσεις με συμμετοχή όλου του σώματος). Τελευταίο χαρακτηριστικό διαγνωστικού κριτηρίου της Αυτιστικής Διαταραχής της κατηγορίας που αφορά την αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι η επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων (π.χ. ρόδες αυτοκινήτου).

Επίσης, για να διαγνωσθεί ένα παιδί με Αυτιστική Διαταραχή θα πρέπει να παρουσιάζει καθυστέρηση ή μη φυσιολογική λειτουργία σε έναν από τους παρακάτω τομείς με έναρξη πριν από την ηλικία των τριών ετών. Ο πρώτο τομέας είναι οι κοινωνικές συναλλαγές, ο δεύτερος είναι ο λόγος, όπως χρησιμοποιείται στην κοινωνική επικοινωνία και ο τρίτος τομέας είναι το συμβολικό ή επινοητικό παιχνίδι. Τέλος, η διαταραχή του Αυτισμού δεν εξηγείται από την ύπαρξη Διαταραχής Rett ή της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής (DSM-IV, 1994)

Η Διαταραχή Rett παρουσιάζεται στο DSM-IV (1994) σε ξεχωριστή διαγνωστική ενότητα, καθώς η διαφορική διάγνωση της με τις άλλες διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος είναι ποιο έντονες. Η εμφάνιση της Διαταραχής Rett γίνεται μόνο σε θήλεα άτομα και είναι η μόνη Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή που προκαλεί κινητικές δυσκολίες λόγω των ανωμαλιών στη σωματική ανάπτυξη των ατόμων που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή. Έτσι, στο DSM-IV γίνεται αντιληπτό ότι για να διαγνωσθεί κάποιος από τη Διαταραχή Rett θα πρέπει να πληρεί όλα τα κριτήρια και τα συμπτώματα που ακολουθούν. Τα τρία κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής είναι η φαινομενικά φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη, η φαινομενικά φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη στους πρώτους πέντε μήνες μετά τη γέννηση και η φυσιολογική περίμετρος κεφαλής κατά τη γέννηση. Επίσης, η έναρξη των παρακάτω πέντε συμπτωμάτων μετά την περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της Διαταραχής Rett. Τα συμπτώματα, λοιπόν, είναι η επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στην ηλικία από πέντε έως

σαράντα οχτώ μηνών, η απώλεια των ήδη κερτημένων κινητικών δεξιοτήτων των χεριών, στην ηλικία από πέντε έως 30 μηνών, ακολουθούμενη από στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών (π.χ. τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους ή πλύσιμο των χεριών), η εμφάνιση ασυντόνιστης βάδισης και κίνησης του κορμού και η σημαντική έκπτωση στις ικανότητες εκφοράς και κατανόησης του λόγου, συνοδευόμενη από σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση (DSM-IV, 1994; Γενά,2002)

Στη συνέχεια, ακολουθεί η παρουσίαση διαγνωστικών κριτηρίων της Παιδική Αποδιοργανωτικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV, στο οποίο γίνεται αναφορά ότι η διάγνωση της διαταραχής αυτής έχει την προϋπόθεση φυσιολογικής ανάπτυξης κατά τα δύο πρώτα έτη της ηλικίας του παιδιού και ακολουθεί έκπτωση βασικών λειτουργιών, κάνοντας τα το πρώτο και το τέταρτο κριτήριο απαραίτητο για τη διάγνωση, ενώ στο δεύτερο και στο τρίτο κριτήριο απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικών.

Το πρώτο κριτήριο αναφέρει την φαινομενικά φυσιολογική ανάπτυξη για τα δύο τουλάχιστον πρώτα έτη της ηλικίας, διαπιστούμενη από την παρουσίαση ανάλογων με την ηλικία δεξιοτήτων: λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, παιχνιδιού και προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

Το δεύτερο κριτήριο αφορά την κλινικά σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν αποκτηθεί στο παρελθόν (πριν την ηλικία των δέκα ετών) σε δύο τουλάχιστον από τους παρακάτω πέντε τομείς. Οι πέντε τομείς είναι οι εξής: η εκφορά και κατανόηση λόγου, οι κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά, έλεγχος του ορθού ή της κύστης, παιχνίδι και κινητικές δεξιότητες.

Το τρίτο κριτήριο παρουσιάζει τις ανωμαλίες στη λειτουργικότητα σε δύο τουλάχιστον από τους τρεις τομείς που ακολουθούν. Ο πρώτος τομέας είναι η ποιοτική υποβάθμιση στις κοινωνικές συναλλαγές (π.χ. έκπτωση σε μη λεκτικές αντιδράσεις, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλίκους, απουσία κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας). Ο δεύτερος τομέας αφορά την ποιοτική υποβάθμιση της επικοινωνίας (π.χ καθυστέρηση ή πλήρης ανεπάρκεια στην ομιλούμενη γλώσσα, αδυναμία έναρξης ή διατήρησης συζητήσεων, στερεότυπη και επαναληπτική χρήση του λόγου, μη συμμετοχή σε παιχνίδι που προϋποθέτει ανάληψη ρόλων) και ο τελευταίος τομέας είναι οι περιορισμένοι, επαναληπτικοί και στερεότυποι τρόποι συμπεριφοράς, ομοίως περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτύπων και μαννερισμών.

Τελευταίο και ένα από τα σημαντικά κριτήρια είναι ότι η διαταραχή δεν αποδίδεται σε άλλη ειδική Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή Σχιζοφρένεια (DSM-IV, 1994).

Το σύνδρομο Asperger σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV παρουσιάζει διαγνωστικά συμπτώματα, τα οποία διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) την σοβαρή και επίμονη έκπτωση των

κοινωνικών λειτουργιών και την ανάπτυξη ιδιόρρυθμων ενδιαφερόντων και τρόπων κοινωνικής συναλλαγής. Έντονη είναι, επίσης η αναφορά τεσσάρων ακόμα κριτηρίων που είναι απαραίτητα για την διάγνωση της διαταραχής (Γενά, 2002).

Το πρώτο κριτήριο σύμφωνα με το DSM-IV είναι η ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω χαρακτηριστικά. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η έντονη έκπτωση πολλών μη λεκτικών αντιδράσεων, όπως η βλεμματική επαφή, οι συναισθηματικές εκφράσεις του προσώπου, των στάσεων του σώματος και οι χειρονομίες που εμπλέκονται στην κοινωνική συναλλαγή. Το δεύτερο χαρακτηριστικό αναφέρει την αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλίκους, όπως συνηθίζονται στην ηλικία του, ενώ το τρίτο χαρακτηριστικό παρουσιάζει την έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης να μοιραστεί με άλλα άτομα απολαύσεις, ενδιαφέροντα και επιδόσεις (π.χ. να επιδεικνύει, να φέρνει ή να δείχνει με το δάχτυλο αντικείμενα και θέματα ενδιαφέροντος). Τέλος, το τέταρτο χαρακτηριστικό αφορά την έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Το δεύτερο κριτήριο που αφορά την διάγνωση του Συνδρόμου Asperger είναι οι περιορισμένοι, επαναληπτικοί και στερεότυποι τρόποι συμπεριφοράς, μείωση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με ένα τουλάχιστον από τα ακόλουθα τέσσερα χαρακτηριστικά. Τα δύο πρώτα χαρακτηριστικά αναφέρουν την περιοριστική ενασχόληση με ένα ή μικρού αριθμού στερεότυπα πρότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, που δεν είναι φυσιολογικά είτε σε ένταση είτε σε εστίαση και η εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ιδιότητες, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες. Τα επόμενα δύο χαρακτηριστικά είναι οι στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μαννερισμοί (π.χ. χτύπημα των χεριών ή των δαχτύλων, ή κινήσεις ολόκληρου του σώματος) και η επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων.

Το τρίτο κριτήριο, το οποίο μαζί με τα επόμενα τρία κριτήρια θεωρούνται απαραίτητα για τη διάγνωση της Διαταραχής Asperger, αναφέρει ότι η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή και άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Στο τέταρτο κριτήριο γίνεται αναφορά στο ότι δεν υπάρχει εν γένει κλινικά σημαντική καθυστέρηση στη γλώσσα (π.χ. χρήση μεμονωμένων λέξεων στην ηλικία των δύο ετών, χρήση επικοινωνιακών προτάσεων στην ηλικία των τριών ετών).

Το πέμπτο κριτήριο διάγνωσης της διαταραχής αναλύει την ανυπαρξία της κλινικά σημαντικής καθυστέρησης στους τομείς της γνωστικής ανάπτυξης, αυτό-εξυπηρέτησης, προσαρμοστικής συμπεριφοράς (εξαιρούμενης της κοινωνικής συναλλαγής), περιέργειας για εξερεύνηση ερεθισμάτων του περιβάλλοντος.

Το έκτο και τελευταίο κριτήριο, σύμφωνα με το DSM-IV, αναφέρει ότι δεν πληρούνται κριτήρια για άλλη Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή για Σχιζοφρένεια (DSM-IV, 1994).

Η επόμενη και τελευταία διαταραχή που ανήκει στο Φάσμα του Αυτισμού είναι η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Συμπεριλαμβανομένου του Άτυπου Αυτισμού), της οποίας η διάγνωση σύμφωνα με το DSM-IV, χρησιμοποιείται για άτομα που εμφανίζουν εκτεταμένη απώλεια στις αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές, ή στις λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες ή στερεότυπη συμπεριφορά, στερεότυπα ενδιαφέροντα και στερεότυπες δραστηριότητες. Όμως, δεν καλύπτουν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια από τις συγκεκριμένες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, για Σχιζοφρένεια, για Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας, ή για Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (Γενά, 2002).

10.2 Οι Αλλαγές Που Φέρνει Το DSM-5

Στις 18 Μαΐου 2013 εκδόθηκε στα ελληνικά το ιατρικό εγχειρίδιο DSM-5, το οποίο είναι ένα εργαλείο ταξινόμησης και διάγνωσης από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία και υπερισχύει του DSM-IV-TR. Όσον αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια του Αυτισμού σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στο DSM-5, καθώς ο όρος “Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές” (Δ.Α.Δ.) αντικαταστάθηκε από τον όρο “Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος” (Δ.Α.Φ.), που θεωρείται τώρα ως μία διαγνωστική κατηγορία με μία ομάδα συμπτωμάτων. Ακόμη, το Σύνδρομο Rett θεωρήθηκε ως ξεχωριστή διαταραχή και εξαλείφθηκε από υποκατηγορία της αυτιστικής διαταραχής και οι τέσσερις υποκατηγορίες του αυτισμού πλέον καταργήθηκαν (Σύνδρομο Asperger, Αυτισμός, Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή και Δ.Α.Δ-μη προσδιοριζόμενη αλλιώς) και έγιναν μία ενιαία κατάσταση που ονομάζεται Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.) και χωρίζεται σε τρία επίπεδα σοβαρότητας.

- 1) Επίπεδο 1: «Ανάγκη υποστήριξης» (δυσκολίες στα παρακάτω)
- 2) Επίπεδο 2: «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (αξιοσημείωτες δυσκολίες) και
- 3) Επίπεδο 3: «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» (σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία)

Σύμφωνα με το DSM-5 η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος διαχωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων:

- α) ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση.
- β) και περιορισμός επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (RRBs).

Η πρώτη κατηγορία συμπτωμάτων, όπως αναφέρεται παραπάνω στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR, ήταν διαχωρισμένη σε δύο συμπτώματα: την έλλειψη κοινωνική επαφής και την έλλειψη επικοινωνίας. Στο καινούριο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) γίνεται αντιληπτή η ένωση συμπτωμάτων και πλέον ονομάζεται προβλήματα στην

κοινωνική επικοινωνία.

Επιπλέον, λόγω της αναγκαίας παρουσίασης των δύο συμπτωμάτων, που αναφέρθηκαν παραπάνω, στη διάγνωση της Διαταραχής του Αυτιστικού Φάσματος, η διαταραχή στην κοινωνική επικοινωνία μπορεί να διαγνωσθεί ακόμα και αν δεν υπάρχει περιορισμός επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (RRBs). (American Psychiatric Association, 2013)

Συνεχίζοντας, διαβάζοντας το καινούριο Διαγνωστικό Εργαλείο, μπορούν να γίνουν αντιληπτές κι άλλες διαφορές. Ξεκινώντας με την υπερευαισθησία και υποευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα, σημειώθηκε η εξής αλλαγή, ότι τώρα αποτελούν μέρος της ομάδας των επαναλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών και ένα άτομο θα λαμβάνει πλέον διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας» όταν θα παρουσιάζει δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά δεν θα εμφανίζει στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-5 ένα παιδί για να ανήκει στο φάσμα του αυτισμού θα πρέπει να έχει κάνει εμφάνιση συμπτωμάτων μέχρι την ηλικία των 3, τα οποία θα πρέπει να είναι φανερά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά οι σχετιζόμενες με αυτά λειτουργικές διαταραχές μπορεί να φανερωθούν αργότερα. Τέλος, κάθε διάγνωση συνοδεύεται από «επιμέρους δείκτες», οι οποίοι για παράδειγμα είναι: εάν το άτομο με αυτισμό έχει και νοητική υστέρηση, επιληψία ή κάποια άλλη ιατρική κατάσταση, για να παρέχεται μια πιο πλήρης εικόνα για τις δυσκολίες και τις ικανότητες του κάθε παιδιού. Άλλοι δείκτες, βέβαια, δηλώνουν πότε εμφανίστηκαν τα αυτιστικά συμπτώματα ή εάν το παιδί φαινόταν να αναπτύσσεται κανονικά και μετά παλινδρόμησε.

Στο *Παράρτημα 1*, είναι αντιληπτές οι διαφορές ανάμεσα στο DSM-IV, DSM-5 και ICD-10, δοσμένες σε έναν πίνακα.

11. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Οι ΔΑΦ αποτελούν ομάδα αναπτυξιακών διαταραχών με έναρξη στην πρώτη παιδική ηλικία και ποικίλη βαρύτητα. Χαρακτηρίζονται από επίμονες διαταραχές της κοινωνικής επαφής και αλληλεπίδρασης και περιορισμένες, ασυνήθιστες, επαναληπτικές συμπεριφορές. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα διαγνωστικά κριτήρια των ΔΑΦ, σύμφωνα με την 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, DSM-5) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (American Psychiatric Association, APA). Να σημειωθεί ότι προκειμένου να γίνει η διάγνωση, απαιτούνται και τα 5 κριτήρια Α, Β, Γ, Δ, Ε (APA, 2013).

1) Α. Επίμονες διαταραχές της κοινωνικής επαφής και αλληλεπίδρασης, όπως εκδηλώνονται με όλα τα επακόλουθα:

- Διαταραχές στην κοινωνική-συναισθηματική διαντίδραση, π.χ. έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης να μοιραστεί ενδιαφέροντα ή συναισθήματα με άλλους, δυσκολία στην έναρξη ή διατήρηση μίας συζήτησης κλπ.
- Διαταραχές σε εξωλεκτικές συμπεριφορές που χρησιμεύουν στην κοινωνική αλληλεπίδραση, π.χ. ελαττωμένη βλεμματική επαφή, ελαττωμένη χρήση ή κατανόηση χειρονομιών και στάσεων του σώματος ή ακόμη και πλήρης απουσία λεκτικής/εξωλεκτικής επικοινωνίας κλπ.
- Διαταραχές στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων, π.χ. δυσκολία στην προσαρμογή της συμπεριφοράς στο κοινωνικό πλαίσιο, μειωμένη συμμετοχή σε παιχνίδια φαντασίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους, δυσκολία στη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ανάλογες της ηλικίας κλπ.

2) Β. Περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με δύο από τα ακόλουθα:

1. Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χρήση αντικειμένων ή λόγου, π.χ. απλοί κινητικοί μαννερισμοί, τοποθέτηση παιχνιδιών στη σειρά, περιστροφή αντικειμένων, ηχολαλία, χρήση ιδιοσυγκρασιακών εκφράσεων κλπ.
2. Υπερβολική προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα λεκτικής/εξωλεκτικής συμπεριφοράς ή υπερβολική αντίσταση σε αλλαγές, π.χ. σημαντική δυσφορία σε μικρές αλλαγές, χρήση τελετουργιών χαιρετισμού, ανάγκη για χρησιμοποίηση της ίδιας διαδρομής καθημερινά κλπ.
3. Ιδιαίτερα περιορισμένα, στερεότυπα ενδιαφέροντα με παθολογική ένταση ή εστίαση, π.χ. έντονη προσκόλληση ή ενασχόληση με ασυνήθη αντικείμενα κλπ.

4. Υπερ- ή υποαπαντητικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακά στοιχεία του περιβάλλοντος, π.χ. εμφανής αδιαφορία σε πόνο/θερμοκρασία, μη αναμενόμενη αντίδραση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική όσφρηση ή αφή αντικειμένων, οπτική προσήλωση σε φώτα ή κίνηση.

3) Γ. Τα συμπτώματα είναι παρόντα από την πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο, αλλά μπορεί να μην είναι πλήρως εμφανή, έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις μειωμένες ικανότητες. Επιπλέον, τα συμπτώματα μπορεί να καλύπτονται από εκμαθημένες στρατηγικές στη μετέπειτα ζωή.

4) Δ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στο κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο βασικό πεδίο της λειτουργικότητας.

5) Ε. Οι διαταραχές δεν εξηγούνται επαρκέστερα ως νοητική υστέρηση (νοητική αναπτυξιακή διαταραχή) ή ως γενικευμένη αναπτυξιακή διαταραχή. Η νοητική υστέρηση και οι ΔΑΦ συχνά συνυπάρχουν. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση συννοσηρότητας, θα πρέπει η κοινωνική επικοινωνία να είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη για το γενετικό αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου.

12. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαφορική διάγνωση είναι η διαδικασία ταυτοποίησης μίας διαταραχής από άλλες, των οποίων κάποια από τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά είναι παρόμοια.

12.1 Διαφορική Διάγνωση από τη σχιζοφρένεια

Η διάκριση του αυτισμού από τη σχιζοφρένεια και η αναγνώρισή του ως ξεχωριστό σύνδρομο χρονολογείται ήδη από τη δεκαετία του 1940, χάρη στις μελέτες των πρωτοπόρων για την εποχή εκείνη Kanner και Asperger (Γενά, 2002). Η διάκριση αυτή ήταν, όντως, απαραίτητη να γίνει διότι και οι δύο έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως έκπτωση της κοινωνικότητας και του συναισθήματος, διαταραχές στο λόγο και αντίσταση στις περιβαλλοντικές αλλαγές (Rutter, & Schopler, 1987). Ταυτόχρονα όμως, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές οι οποίες ξεχωρίζουν τις δύο αυτές διαταραχές.

i) Η ηλικία έναρξης και κλινική εξέλιξη: Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται από το τρίτο έως το δέκατο έτος της ηλικίας, με την κορύφωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων να γίνεται κατά την περίοδο της εφηβείας, σε αντίθεση με τον αυτισμό ο οποίος μπορεί να διαφανεί από αρκετά σημάδια πριν από το τρίτο έτος (Γενά, 2002). Η σχιζοφρένεια, επίσης, εμφανίζεται ύστερα από αρκετά χρόνια φυσιολογικής ανάπτυξης, κάτι που δεν υφίσταται στον αυτισμό καθώς ήδη από το δεύτερο έτος ζωής το παιδί παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα στην κοινωνική και γλωσσική του συμπεριφορά (Κωνστανταρέα, 2001). Ακόμη, η συμπτωματολογία στον αυτισμό διακρίνεται από μία σταθερότητα σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια, όπου τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν περιόδους ύφεσης και άλλοτε επιδείνωσης των συμπτωμάτων (Mash, Barkley, & Hefferman, 2003). Αν όμως το παιδί με το αυτισμό εμφανίσει ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που διαρκέσουν τουλάχιστον για ένα μήνα, τότε η σχιζοφρένεια μπορεί να δοθεί σαν επιπρόσθετη διάγνωση (Μάνος, 1997).

ii) Η συμπτωματολογία: Εδώ η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι τα παιδιά με Σχιζοφρένεια δεν εμφανίζουν ελλείμματα στη γλωσσική επικοινωνία και στις κοινωνικές δεξιότητες ούτε στερεοτυπικές αντιδράσεις, τομείς στους οποίους το παιδί με αυτισμό δεν εμφανίζει φυσιολογική ανάπτυξη (Γενά, 2002).

iii) Ανταπόκριση σε φαρμακευτική αγωγή: Στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, η χρήση νευροληπτικών φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε ύφεση των συμπτωμάτων. Αντίθετα, στον αυτισμό, η χρήση τέτοιων φαρμάκων χορηγείται μόνο σε περιπτώσεις μετρίασης συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα των τονοκλονικών σπασμών, χωρίς να επιφέρει ύφεση των αυτιστικών συμπτωμάτων (Γενά, 2002).

iv) *Οικογενειακό ιστορικό*: Στα παιδιά με αυτισμό ανιχνεύεται θετικό οικογενειακό ιστορικό με διαταραχές των γνωστικών ή κοινωνικών λειτουργιών (ιδιαίτερα στο λόγο), ενώ στα άτομα με Σχιζοφρένεια το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ψυχικές νόσους (Mesibov, & Dawson, 1986).

12.2 Διαφορική Διάγνωση από τη Νοητική Υστέρηση

Αν και υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στον αυτισμό και τη νοητική υστέρηση, όπως η αδυναμία συναισθηματικής έκφρασης, η αντίσταση σε περιβαλλοντικές αλλαγές και οι ασυνήθιστες αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα, υπάρχουν τρεις ξεκάθαρες διαφορές οι οποίες μπορούν να τις ξεχωρίσουν (Mash, Berkley, & Hefferman, 2003).

i) *Επικοινωνιακή συμπεριφορά*: Τα παιδιά με νοητική υστέρηση, ακόμα και όταν δεν έχουν αναπτύξει προφορικό λόγο, προσπαθούν να επικοινωνήσουν. Όταν, δε, τον αναπτύξουν, μπορούν να τον χρησιμοποιήσουν για επικοινωνία. Τα παιδιά με αυτισμό, από την άλλη, χρειάζονται ειδική εκπαίδευση για να χρησιμοποιήσουν το λόγο στην επικοινωνία, υστερώντας φυσικά και στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών (Γενά, 2002).

ii) *Κοινωνική Συμπεριφορά*: Το κύριο διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο του αυτισμού και της νοητικής υστέρησης, είναι ότι στην πρώτη περίπτωση τα παιδιά χαρακτηρίζονται από μία δυσλειτουργία στην κοινωνική συναλλαγή (Volkmar, & Cohen, 1988).

iii) *Δυσλειτουργίες σε διάφορους αναπτυξιακούς τομείς*: Τα παιδιά με Νοητική Υστέρηση παρουσιάζουν, κατά κύριο λόγο, καθυστέρηση στους περισσότερους τομείς της ανάπτυξης, χωρίς όμως να εμφανίζουν ιδιαίτερες παρεκκλίσεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τη γλωσσική ικανότητα. Παράλληλα, τα παιδιά με αυτισμό συνηθίζουν να εμφανίζουν καθυστέρηση και προβλήματα στους τομείς των κοινωνικών δεξιοτήτων και στην κατανόηση και χρήση σύνθετου και αφηρημένου λόγου (Γενά, 2002).

12.3 Διαφορική Διάγνωση από την Κώφωση

Αν και η κώφωση δεν έχει πολλά κοινά σημεία με τον αυτισμό, το γεγονός ότι αρκετές φορές παιδιά με ΔΑΦ δεν ανταποκρίνονται σε ακουστικά ερεθίσματα και στη φωνή των γονιών τους, δίνει την εντύπωση σε αυτούς ότι μπορεί να πάσχουν από ακουστική ανεπάρκεια. Παρόλα αυτά, είναι γνωστό ότι τα παιδιά με ΔΑΦ, μπορεί να είναι ευπαθή σε μολύνσεις του αυτιού αλλά δεν εμφανίζουν προβλήματα ή απώλεια ακοής (Κωνστανταρέα, 2001).

12.4 Διαφορική Διάγνωση από την Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ)

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα που χαρακτηρίζουν τα παιδιά με ΕΓΔ, είναι η ικανότητά

τους να καταφεύγουν στην εξωλεκτική επικοινωνία για να εκφραστούν, κάτι το οποίο δε συμβαίνει στην περίπτωση των παιδιών με αυτισμό. Επιπρόσθετα, παρά το γεγονός ότι εμφανίζουν κοινωνική καθυστέρηση, ενδιαφέρονται για τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τέλος, η εξωλεκτική τους νοημοσύνη βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα, καθιστώντας τη μειονεξία τους λιγότερο σοβαρή από αυτή των παιδιών με αυτισμό της αντίστοιχης ηλικίας (Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1988).

12.5 Διαφορική Διάγνωση από την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)

Παρόλο που στη ΔΕΠΥ τα παιδιά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στον κοινωνικό τομέα και στην επικοινωνία τους, συχνά τίθεται θέμα διαφοροδιάγνωσης από τις ΔΑΦ σε παιδιά που ο εκφραστικός τους λόγος είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο και η νοημοσύνη τους σε φυσιολογικά επίπεδα αλλά εμφανίζουν δυσκολία στην κατανόηση των κοινωνικών κανόνων και περιορισμένο εύρος προσοχής (Tidmarsh & Volkmar, 2003).

12.6 Διαφορική Διάγνωση από την Επιλεκτική (ή Εκλεκτική) Αλαλία

Υπάρχει μία σύγχυση ορισμένες φορές ανάμεσα στις ΔΑΦ και την επιλεκτική αλαλία. Στην ουσία, όμως, το αναπτυξιακό ιστορικό μεταξύ τους διαφέρει, ενώ σε κάποιες περιστάσεις παρατηρείται και εκλεκτική χρήση του λόγου (Παλιοκώστα, 2006).

12.7 Διαφορική Διάγνωση από καθυστέρηση που οφείλεται σε περιβαλλοντική ένδεια

Τα παιδιά, που λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων (π.χ. κακοποίηση, ιδρυματοποίηση) εκδηλώνουν συμπεριφορές παρόμοιες με αυτές των παιδιών με αυτισμό όπως γλωσσική ανεπάρκεια, κοινωνική απόσυρση και αδιαφορία για παιχνίδια και γενικότερα, μπορούν να ξεπεράσουν τις όλες αυτές δυσκολίες όταν βρεθούν στο κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Γενά, 2002). Εξάλλου, ο λόγος τους δεν μοιάζει με αυτόν των ατόμων με αυτισμό και δεν καταφεύγουν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές (Ornitz & Ritvo, 1976).

13. ΤΕΣΤ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

Η διάγνωση του αυτισμού γίνεται εφικτή με την βοήθεια του Διαγνωστικού εργαλείου DSM-V, αλλά και με κάποια άλλα έγκυρα εργαλεία- τεστ, που εντοπίζουν έγκαιρα τα παιδιά, τα οποία βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Παρακάτω αναφέρονται με λεπτομέρειες ορισμένα τεστ, τα οποία βοηθούν στη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος.

13.1 Checklist for Autism in Toddlers (CH.A.T.)

Το Checklist for Autism in Toddlers (CH.A.T.) αξιολογεί την έλλειψη δεξιοτήτων, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τον αυτισμό. Οι δεξιότητες αυτές είναι η βλεμματική παρακολούθηση ενηλίκου, το συμβολικό παιχνίδι και το προδηλωτικό δείξιμο. Το CH.A.T., λοιπόν είναι ένα ερωτηματολόγιο για παιδιά με αυτισμό στην νηπιακή ηλικία και αναπτύχθηκε από μία ομάδα ερευνητών στο Πανεπιστήμιο του Cambridge στη Μεγάλη Βρετανία, το 1992. Η ομάδα αυτή είχε ως στόχο να δημιουργήσει ένα απλό και εύχρηστο διαγνωστικό εργαλείο με 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου (απαντώντας, δηλαδή, με ναι ή όχι), που διαρκεί 5 λεπτά και να εντοπίζονται τα πρώτα σημάδια της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος σε ηλικίες παιδιών 18-24 μηνών.

Το ερωτηματολόγιο διεξάγεται από τον παιδίατρο του παιδιού ρωτώντας τις ερωτήσεις στους γονείς του παιδιού και παρακολουθώντας το ίδιο το παιδί στην διάρκεια της επίσκεψης.

Οι ερευνητές εφάρμοσαν το CH.A.T. σε 16.000 παιδιά στην νοτιοανατολική Αγγλία και αποδείχθηκε ότι εντόπισε με 80% επιτυχία παιδιά, τα οποία σε περαιτέρω αξιολόγηση διαγνώστηκαν με αυτισμό. Επίσης, τα παιδιά που πέρασαν με επιτυχία το τεστ αξιολόγησης CH.A.T. δεν διαγνώστηκαν αργότερα με Δ.Α.Φ., γεγονός που κατέστησε το συγκεκριμένο εργαλείο αξιόλογο και έγκυρο.

Έτσι, σύμφωνα με το CH.A.T. τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού από του 18 μήνες ζωής τους παρουσιάζουν δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- 1) Έλλειψη παιχνιδιού μίμησης
- 2) Έλλειψη δηλώσεων
- 3) Έλλειψη κοινωνικού ενδιαφέροντος
- 4) Έλλειψη κοινωνικού παιχνιδιού
- 5) Έλλειψη κοινής προσοχής.

(Νότας & Νικολαΐδου, 2006 ;Πηγή: Ελληνική Εταιρεία "Η Ασπίδα του Δαυΐδ")

13.2 Modified Checklist for Autism in Toddlers (M- CH.A.T.)

Μετά την επιτυχία που σημειώθηκε στην Μεγάλη Βρετανία από την ομάδα ερευνητών με το

ερωτηματολόγιο για τα παιδιά με αυτισμό στην νηπιακή ηλικία, μία δεύτερη ομάδα ερευνητών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τέσσερα χρόνια μετά, το 1996, τροποποίησε το ερωτηματολόγιο για το αμερικανικό κοινό, με αποτέλεσμα να δημιουργήσουν το M-CH.A.T. (Modified Checklist for Autism Toddlers). Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 23 ερωτήσεις βασισμένες στις 9 ερωτήσεις του CH.A.T. και διαρκεί λιγότερο από 2 λεπτά, αντιστοιχεί σε ηλικίες παιδιών από 16-30 μηνών. Το M-CH.A.T. διεξάγεται πάλι από τον παιδίατρο προς τους γονείς του παιδιού, ενώ ο παιδίατρος παρατηρεί και το ίδιο το παιδί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Η ομάδα ερευνητών από την Αμερική εφάρμοσαν το ερωτηματολόγιο σε 1.076 παιδιά και απέδειξαν ότι το 70% των παιδιών, για τα οποία συμβούλευσαν περαιτέρω αξιολόγηση, διαγνώστηκαν αργότερα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Και στις δύο περιπτώσεις, βέβαια, το ερωτηματολόγιο βοηθά στην πρόωπη διάγνωση, αλλά πάντα οι παιδίατροι συστήνουν περαιτέρω αξιολόγηση για να επιβεβαιωθεί πλήρως η υποψία και τα σημάδια που δείχνει το παιδί.

Το ερωτηματολόγιο M-CH.A.T. έχει μεταφραστεί και στα ελληνικά. Την μετάφραση και στη στάθμιση ανέλαβαν η Δρ. Παναγιώτα Περβανίδου και ο Δρ. Γεώργιος Π. Χρούσος, στην Αθήνα το 2009, μετά από την έγκριση των προτεργατών. Στο *Παράρτημα 2* διατίθεται η ελληνική έκδοση του M-CH.A.T.

Επίσης, στο *Παράρτημα 3* διατίθεται η ελληνική έκδοση του **M-CH.A.T.-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up)**. Το M-CH.A.T.-R/F είναι ένα δωρεάν τεστ ανίχνευσης αυτισμού, με έλεγχο παρακολούθησης, σε νήπια ηλικίας 16 έως 30 μηνών, με διάρκεια λιγότερο από 2 λεπτά και ανάλογα με το σκορ “καταχωρεί το παιδί σε μία από τις τρεις κατηγορίες: α) χαμηλού κινδύνου (συνολικό σκορ 0-2), β) μέτριου κινδύνου (συνολικό σκορ 3-7) και γ) υψηλού κινδύνου (συνολικό σκορ 8-20). Είναι μια αναθεωρημένη έκδοση και βγήκε το 2009 από την Diana Robins, ενώ η μετάφραση και η στάθμιση του στην ελληνική γλώσσα έγινε το 2015 από τον Δρ. Δημήτρη Δημητρίου- Παπαβασιλείου και την Έλενα Γλυκύ (Πηγές: Ελληνική Εταιρεία “Η Ασπίδα του Δαυίδ”; Επίσημη σελίδα της Α' Παιδιατρική Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Official Site of M- CH.A.T.; Wikispaces, 2010).

13.3 Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό (Autism Diagnostic Interview) (ADI)

Η Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό (ADI) δημιουργήθηκε το 1995 από Rutter και τους συνεργάτες του. Αυτή η συνέντευξη είναι μία διαγνωστική τεχνική, η οποία πραγματοποιείται με την συνεργασία των γονέων, και απευθύνεται με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στη γνωστή τριάδα των ελλειμμάτων του αυτισμού. Έτσι, διευκολύνεται ο ειδικός στην συλλογή έγκυρων συναφών

πληροφοριών, οι οποίες αφορούν το παιδί (Harpe, 2003).

13.4 Διαγνωστική Συνέντευξη για τον Αυτισμό, Αναθεωρημένη Έκδοση (Autism Diagnostic Interview, Revised) (ADI-R)

Το ADI χρησιμοποιείται εδώ και πολλές δεκαετίες για τη διάγνωση του Αυτισμού, του προγραμματισμού θεραπείας και τη διάκριση του αυτισμού από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Το 2003, λοιπόν, βγήκε το ADI-R, μία αναθεωρημένη έκδοση του κλασικού ADI, το οποίο απευθύνεται σε παιδιά και ενήλικες με διανοητική ηλικία άνω των 2 ετών, ενώ χρονομετρείται -μαζί με την βαθμολόγηση- από 1 ώρα και 30 λεπτά έως και 2 ώρες και 30 λεπτά. Χορηγείται από τον ειδικό στους γονείς ή τους φροντιστές του παιδιού, καθώς ο ειδικός παρατηρεί το παιδί κατά την διάρκεια της επίσκεψης.

Η συνέντευξη αυτή αξιολογεί τα άτομα που θεωρούνται ύποπτα για αυτισμό ή για άλλες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Επίσης, είναι χρήσιμο για την επίσημη διάγνωση, για την επεξεργασία αλλά και για τον εκπαιδευτικό σχεδιασμό.

Το ADI-R αποτελείται από 93 σημεία, αλλά επικεντρώνεται σε τρεις λειτουργικές περιοχές:

- Γλώσσα/ Επικοινωνία
- Αμοιβαίες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις
- Περιορισμένες, στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα.

Ακολουθώντας τις τυποποιημένες διαδικασίες, η συνέντευξη καταγράφει και στη συνέχεια κωδικοποιεί τις απαντήσεις του πληροφοριοδότη. Οι ερωτήσεις του ειδικού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καλύπτουν 8 τομείς:

- Το ιστορικό του εξεταζόμενου συμπεριλαμβανομένου την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευσή του, την προηγούμενη διάγνωση, καθώς και τη φαρμακευτική του αγωγή.
- Επισκόπηση της συμπεριφοράς του εξεταζόμενου.
- Πρόωρη ανάπτυξη και αναπτυξιακά ορόσημα.
- Γλωσσική κατάκτηση και απώλεια της γλώσσας ή άλλων δεξιοτήτων.
- Η τρέχουσα λειτουργικότητα σε σχέση με τη γλώσσα και την επικοινωνία.
- Κοινωνική ανάπτυξη και παιχνίδι.
- Ενδιαφέροντα και συμπεριφορά.
- Σχετικές κλινικές συμπεριφορές όπως, επιθετικότητα, αυτοτραυματισμός και πιθανά επιληπτικά χαρακτηριστικά.

Στο *Παράρτημα 4* δίνεται η φόρμα παραδείγματος του ADI-R (Νότας& Νικολαΐδου, 2006;

Πηγή: Wikispaces, 2010).

13.5 Childhood Autism Rating Scale (C.A.R.S.)

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (C.A.R.S.) κατασκευάστηκε στις Η.Π.Α., στο Πανεπιστήμιο της Β. Καρολίνας, Chapel Hill, το 1998, από την ομάδα TEACCH. Η κλίμακα αυτή είναι μία δομημένη συνέντευξη χωρισμένη σε 15 υποκλίμακες, που συνθέτουν σε ευρεία κλίμακα το φάσμα του αυτισμού και αφορά παιδιά άνω των 24 μηνών. Οι 15 υποκλίμακες είναι οι εξής:

- 1) Αλληλεπίδραση με τους γύρω τουλάχιστον
- 2) Μίμηση
- 3) Συναισθηματική απόκριση
- 4) Χρήση μερών του σώματος
- 5) Χρήση αντικειμένων
- 6) Προσαρμογή στην αλλαγή
- 7) Οπτική ανταπόκρισης
- 8) Ακουστική ανταπόκρισης
- 9) Γευστική, οσφρητική και απτική ανταπόκριση και χρήση
- 10) Φόβος ή νευρικότητα
- 11) Λεκτική επικοινωνίας
- 12) Μη λεκτική επικοινωνίας
- 13) Επίπεδο ενεργητικότητας
- 14) Επίπεδο και συνέπεια στην πνευματική ανταπόκριση
- 15) Γενικές εκτιμήσεις

Για κάθε τομέα χρησιμοποιείται μία επταβάθμια κλίμακα για να κριθεί κατά πόσο υπάρχει απόκλιση στη συμπεριφορά του παιδιού από την κατάλληλη για την ηλικία συμπεριφορά, έπειτα από παρατήρηση φυσικά. Τα τελικό αποτέλεσμα του τεστ κατηγοριοποιείται σε τρεις βαθμίδες: α) φυσιολογικό, β) μετρίου επιπέδου αυτισμός γ) σοβαρός αυτισμός. Η διάρκεια του τεστ είναι 30-45 λεπτά και θεωρείται ευρέως αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο.

Το αρνητικό βέβαια που υπάρχει στο συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο είναι ότι δημιουργήθηκε πριν την έκδοση του DSM-IV και ICD-10, με αποτέλεσμα την απόκλιση των αποτελεσμάτων του C.A.R.S και των παραπάνω επίσημων διαγνωστικών εργαλείων (Νότας& Νικολαΐδου, 2006; Janzen, 2003; Happe, 2003).

13.6 Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (C.A.R.S., 2)

Εξαιτίας του αρνητικού παράγοντα του διαγνωστικού εργαλείου C.A.R.S., το 2009, βγήκε αναθεωρημένο και ενισχυμένο το C.A.R.S.,2, που καλύπτει ολόκληρο το φάσμα του αυτισμού,

συμπεριλαμβανομένου και του Συνδρόμου Asperger. Όμως, με το καινούριο DSM-5 (2013), ο όρος Σύνδρομο Asperger έχει απαλειφθεί, έτσι είναι πιθανό να υπάρχει απόκλιση στα αποτελέσματα του διαγνωστικού εργαλείου C.A.R.S.,2 και DSM-5. Το διαγνωστικό εργαλείο C.A.R.S., 2, λοιπόν, βοηθάει στην αναγνώριση των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού και μέσω της άμεσης παρατήρησης και των ποσοτικών χαρακτηριστικών καθορίζει τα συμπτώματα. Έτσι, μετά τη συλλογή χαρακτηριστικών ο ειδικός ολοκληρώνει το τεστ μέσα σε 5-10 λεπτά. Η κλινική αξία του τεστ επεκτείνεται, διατηρώντας βέβαια τη σαφήνεια του πρώτου C.A.R.S. τη συντομία και την απλότητα, καθώς όπως αναφέρθηκε η διάρκειά του είναι μικρή.

Το τεστ CARS2 προτείνεται ως το καλύτερο γιατί:

- 1) Καλύπτει όλο το φάσμα του αυτισμού, όπως ορίζεται από εμπειρική έρευνα.
- 2) Βασίζεται σε χρήση δεκαετιών πάνω σε χιλιάδες άτομα.
- 3) Αξιολογεί όλες σχεδόν τις ηλικίες και τα λειτουργικά επίπεδα.
- 4) Τα αποτελέσματα δείχνουν μια σταθερή, ισχυρή, θετική και συγκεκριμένη σχέση με τη διάγνωση αυτισμού.
- 5) Οι βαθμολογίες είναι αξιόπιστες σύμφωνα με το χρόνο, τις ρυθμίσεις, τις πηγές των πληροφοριών και τους βαθμολογητές.

Το C.A.R.S.,2 προσθέτει μορφές και λειτουργίες που ενσωματώνουν διαγνωστικές πληροφορίες, προσδιορίζουν τις λειτουργικές δυνατότητες, παρέχουν πληροφορίες στους γονείς, και σχεδιάζουν στοχευμένη παρέμβαση για παιδιά από 2 ετών και άνω. Επίσης, το συγκεκριμένο τεστ περιλαμβάνει τρεις μορφές:

A) *Βασική Έκδοση (Standard Version) (C.A.R.S.2-ST)*, που αφορά άτομα ηλικία κάτω των 6 ετών και άτομα με επικοινωνιακές δυσκολίες ή κάτω από το μέσο όρο εκτίμησης στο IQ τεστ. Η βαθμολογία του φυλλαδίου είναι ισοδύναμη με αυτή του αρχικού C.A.R.S.

B) *Υψηλής Λειτουργικότητας Άτομα (High- Functioning Individuals) (C.A.R.S.2-HF)*, που αφορά προχωρημένα άτομα ηλικία 6 ετών και άνω ή άτομα με δείκτη νοημοσύνης πάνω από τους 80 βαθμούς, ενώ η βαθμολογία φυλλαδίου διαφέρει καθώς η αξιολόγηση γίνεται προφορικά.

Γ) *Ερωτηματολόγιο για Γονείς και Φροντιστές (Questionnaire for Parents or Caregivers) (C.A.R.S.2-QPC)*, είναι μια μη σταθμισμένη μορφή για τη συγκέντρωση πληροφοριών με σκοπό την κατασκευή των παραπάνω μορφών (δηλαδή, C.A.R.S.2-ST και C.A.R.S.2-HF).

Κάθε μία από τις δύο πρώτες μορφές, C.A.R.S.2-ST και C.A.R.S.2-HF, περιλαμβάνει 15 θέματα καλύπτοντας τις παρακάτω λειτουργικές περιοχές:

- I) Συσχετισμός με άλλα άτομα
- II) Μίμηση (ST). Κοινωνικοσυναισθηματική κατανόηση (HF).
- III) Συναισθηματική αντίδραση (ST). Συναισθηματική έκφραση και ρύθμιση των συναισθημάτων

(HF).

IV) Χρήση σώματος

V) Χρήση αντικειμένου (ST). Χρήση αντικειμένου μέσα σε παιχνίδι (HF).

VI) Προσαρμοστικότητα στην αλλαγή (ST). Προσαρμοστικότητα στην αλλαγή/ ανάπτυξη ενδιαφερόντων (HF).

VII) Οπτική διάκριση.

VIII) Ακουστική διάκριση.

IX) Γεύση, όσφρηση, αντιδράσεις αφής και Χρήση.

X) Φόβο ή νευρικότητα (ST). Φόβο ή άγχος (HF).

XI) Λεκτική επικοινωνία.

XII) Μη λεκτική επικοινωνία.

XIII) Επίπεδο δραστηριότητας (ST). Ταύτιση σκέψεων και γνωστικών δεξιοτήτων (HF).

XIV) Επίπεδο και συνέπεια πνευματικής αντίδρασης

XV) Γενικές εντυπώσεις.

Η τρίτη μορφή, που είναι ένα μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο για τους γονείς ή τους φροντιστές καλύπτει τα θέματα:

α) Πρόωρη ανάπτυξη

β) Κοινωνικές, συναισθηματικές και επικοινωνιακές δεξιότητες

γ) Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές

δ) Παιχνίδι και ρουτίνα

ε) Ασυνήθιστα αισθητηριακά ενδιαφέροντα.

(Πηγές: Wikispaces, 2010).

13.7 Gilliam Autism Rating Scale (G.A.R.S.)

Το 1995 βγήκε το Gilliam Autism Rating Scale (G.A.R.S.), το οποίο πήρε το όνομα του από τον Gilliam, τον ιδρυτή του. Το G.A.R.S. είναι ένα σταθερό εργαλείο ανίχνευσης και αξιολόγησης για τη διάγνωση του αυτισμού. Μέσω της παρακολούθησης του παιδιού ο ειδικός εξετάζει 4 περιοχές. Αυτές οι 4 τομείς περιλαμβάνουν στερεοτυπικές συμπεριφορές, επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση και την αναπτυξιακή διαταραχή. Όμως λόγω της εξέλιξης των πραγμάτων ακολούθησαν νέες εκδόσεις λόγω των αλλαγών του DSM (Νότας & Νικολαΐδου, 2006; Janzen, 2003;).

13.8 Gilliam Autism Rating Scale 2 (G.A.R.S.,2)

Λίγο καιρό αργότερα το 1995, βγήκε το G.A.R.S.,2, πιο εξελιγμένο για να συμπίπτουν τα αποτελέσματα του με το επίσημο διαγνωστικό εργαλείο DSM-IV-TR. Το G.A.R.S.,2, λοιπόν, είναι ένα διαγνωστικό τεστ, που σχεδιάστηκε με σκοπό να βοηθήσει ειδικούς και γονείς για τον εντοπισμό και την διάγνωση του αυτισμού σε άτομα ηλικία 3 έως 22 ετών και για την εκτίμηση της σοβαρότητας της διαταραχής. Η διάρκεια του τεστ είναι σύντομη, αφού διαρκεί από 5 έως 10 λεπτά και αποτελείται από 42 στοιχεία, τα οποία περιγράφουν τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές των ατόμων με αυτισμό.

Όπως όλα τα τεστ, έτσι και το G.A.R.S.,2 έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ξεκινώντας από τα πλεονεκτήματα θα γίνει αντιληπτό πως το συγκεκριμένο τεστ:

- 1) Είναι εύκολο να διαχειριστεί
- 2) Δεν είναι χρονοβόρο
- 3) Είναι έγκυρο και αξιόπιστο
- 4) Είναι εύκολο στη σύγκριση
- 5) Γίνεται άμεση παρατήρηση
- 6) Είναι εύκολο στη βαθμολόγηση
- 7) Χρησιμοποιεί τον ορισμό του DSM
- 8) Έχει μεγάλο φάσμα στη λήψη δειγμάτων.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και μειονεκτήματα, τα οποία είναι προφανές πως είναι ολιγάριθμα.

- 1) Είναι άτυπο ερωτηματολόγιο για τους γονείς
- 2) Υπάρχει έλλειψη αξιολόγησης επαναλαμβανόμενης έρευνας
- 3) Έχει υποκειμενική βαθμολόγηση
- 4) Μπορεί να χορηγηθεί και από μη ειδικούς, όπως για παράδειγμα από γονείς, και τα αποτελέσματα του τεστ να μην είναι έγκυρα.

Η φόρμα ερωτηματολογίου αποτελείται από 4 τομείς όπως στο αρχικό G.A.R.S, δηλαδή α) στερεοτυπικές συμπεριφορές, β) επικοινωνία, γ) κοινωνική αλληλεπίδραση και δ) αναπτυξιακές διαταραχές. Οι ερωτήσεις που δίνονται σε κάθε τομέα είναι οι εξής:

α) Στερεοτυπικές Συμπεριφορές:

- 2) Αποφεύγει την βλεμματική επαφή, δηλαδή κοιτάει μακριά όταν κάποιος τον κοιτάει στα μάτια;
- 3) Παρατηρείται γρήγορος πτερυγισμός δαχτύλων ή των χεριών μπροστά στα μάτια του για 5 δευτερόλεπτα ή παραπάνω;
- 4) Χτυπάει τις παλάμες του ή τα δάχτυλά του μεταξύ τους μπροστά ή πλάγια του προσώπου;

- 5) Παράγει ήχους υψηλής συχνότητας (π.χ. ιι-ιι-ιι) ή άλλους φωνητικούς ήχους για αυτό-διέγερση;
- 6) Χαστουκίζει, χτυπάει ή δαγκώνει τον εαυτό του ή προσπαθεί να αυτοτραυματιστεί με άλλο τρόπο;
- 7) Κοιτάζει τα χέρια, τα αντικείμενα ή αντικείμενα στο περιβάλλον για τουλάχιστον 5 δευτερόλεπτα;
- 8) Τρώει συγκεκριμένες τροφές ή αρνείται να φάει κάτι που τρώνε οι περισσότεροι άνθρωποι συνήθως;
- 9) Γλύφει, δοκιμάζει να φάει ή τρώει αντικείμενα μη βρώσιμα;
- 10) Μυρίζει αντικείμενα;
- 11) Κάνει περιστροφές ή γυρνά και κάνει κύκλους;
- 12) Περιστρέφει αντικείμενα που δεν έχουν σχεδιαστεί για αυτό;
- 13) Ενώ κάθετα ή στέκεται κουνά το σώμα του μπρος-πίσω;
- 14) Περπατάει στις μύτες;
- 15) Κάνει απότομες κινήσεις και εκτινάσσεται όταν μετακινείται από μέρος σε μέρος;

β) Επικοινωνία:

- Επαναλαμβάνει ξανά και ξανά λέξεις ή φράσεις;
- Αποτυγχάνει να αρχίζει συζητήσεις με συνομηλίκους ή ενήλικες;
- Χρησιμοποιεί τις αντωνυμίες ακατάλληλα;
- Μιλάει ή κάνει νοήματα με επίπεδο τόνο ή με δυσρυθμικά μοτίβα;
- Ανταποκρίνεται ανάρμοστα σε απλές εντολές;
- Κοιτάει μακριά ή αποφεύγει να κοιτάξει αυτόν που φωνάζει το όνομά του;
- Δεν ζητά την άδεια για να πάρει πράγματα που θέλει;
- Δεν χρησιμοποιεί σωστά τις λέξεις “ναι” και “όχι”;
- Χρησιμοποιεί ακατάλληλα την αντωνυμία “εγώ”;
- Επαναλαμβάνει ακατάλληλους ήχους ξανά και ξανά;
- Χρησιμοποιεί χειρονομίες ή ενδείξεις αντί για ομιλία για να πάρει αντικείμενα που θέλει;
- Δίνει ανάρμοστες απαντήσεις σε σύντομες ιστορίες;

γ) Κοινωνική Αλληλεπίδραση

- Αντιστέκεται στην σωματική επαφή με τους άλλους;
- Δεν μιμείται άλλα πρόσωπα όταν παίζει;
- Είναι συναισθηματικά το άτομο κενό, δηλαδή δεν παρατηρούνται συναισθηματικές αντιδράσεις;

- Γελάει, χαχανίζει και κλαίει χωρίς αιτία;
- Αναστατώνεται όταν αλλάζει η ρουτίνα του;
- Αποφεύγει την βλεμματική επαφή, δηλαδή κοιτάζει μακριά όταν κάποιος τον κοιτά στα μάτια;
- Κοιτάζει επίμονα ή φαίνεται δυσαρεστημένο ή χωρίς ενθουσιασμό, όταν επαινείται ή ψυχαγωγείται;
- Παραμένει απόμακρος σε στιγμές που πρέπει να είναι ομαδικός;
- Συμπεριφέρεται φοβισμένα χωρίς αιτία;
- Δεν είναι στοργικό άτομο, δηλαδή δεν δίνει στοργικές απαντήσεις;
- Δεν δείχνει ενδιαφέρον όταν ένα άτομο είναι παρόν;
- Χρησιμοποιεί παιχνίδια ή αντικείμενα ανάρμοστα;
- Κάνει κάποια πράγματα επανειλημμένα ή τελετουργικά;
- Απαντά αρνητικά ή με θυμό όταν του δίνονται διαταγές ή εντολές ή οδηγίες;
- Βάζει τα αντικείμενα σε συγκεκριμένη σειρά με ακρίβεια, μεθοδικό τρόπο και αναστατώνεται όταν διαταραχθεί η σειρά αυτή;

δ) Αναπτυξιακές Διαταραχές

- Ανέπτυξε το παιδί κάποια ικανότητα (π.χ. βάρδιση) και στη συνέχεια παλινδρόμησε (π.χ. σταμάτησε να περπατάει και ξεκίνησε να μπουσουλάει πάλι);
- Χαμογελούσε το παιδί στους γονείς ή στα αδέρφια του, όταν έπαιζε με αυτούς;
- Έκλαιγε το παιδί όταν πλησίαζαν άγνωστα άτομα μέχρι την ηλικία του ενός έτους;
- Ασχολήθηκε με το παιχνίδι μίμησης πριν την ηλικία των 3 ετών;
- Περνούσε χρόνο μόνο του ενώ θα μπορούσε να είναι με άλλα άτομα;
- Συμμετέχει σε συμβολικά παιχνίδια, δηλαδή να παίζει με κούκλες και να προσποιείται κάποιον άλλον;
- Όταν συναντιόταν με άλλους φαινόταν σαν να ήταν σε έναν δικό του κόσμο;

Όταν βγαίνουν τα αποτελέσματα το παιδί διαγιγνώσκεται με αυτισμό: μάλλον απίθανο, πιθανόν, πολύ πιθανόν. Έτσι, αν ένα άτομο κάνει το G.A.R.S,2 και σημειώσει βαθμολογία 85 ή και παραπάνω είναι πολύ πιθανό να είναι αυτιστικό. Αν ο δείκτης βαθμολογία είναι 70-84 είναι πιθανό να είναι αυτιστικό άτομο και αν ο δείκτης εμφανίσει βαθμολογία 69 ή λιγότερο είναι απίθανο να είναι το άτομο αυτιστικό (Πηγές: Official Site of “PEARSON”- Psychology, Health and Education Assessments and Interventions).

13.9 Gilliam Autism Rating Scale 3rd Edition (G.A.R.S.,3)

Το 2013 μαζί με την έκδοση του καινούριου DSM-5, βγήκε ανανεωμένο το G.A.R.S.,3 με στόχο την αποφυγή απόκλισης αποτελεσμάτων με το επίσημο διαγνωστικό εργαλείο DSM. Βασισμένο στα προηγούμενα τεστ αξιολόγησης G.A.R.S. το συγκεκριμένο τεστ βοηθά στην διάγνωση του ατόμου με αυτισμό και καθορίζει την σοβαρότητα της διαταραχής, βασισμένο πάντα στα κριτήρια διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5. Απευθύνεται σε άτομα ηλικίας από 3 έως 22 ετών, ενώ η διάρκεια του τεστ παραμένει μικρή, αφού χρονομετρείται από 5 έως 10 λεπτά, έπειτα φυσικά από την παρακολούθηση του ατόμου από την ειδικό κατά την διάρκεια της επίσκεψης. Το Gilliam Autism Rating Scale 3 είναι, πλέον, ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την εκτίμηση του Φάσματος του Αυτισμού στον κόσμο.

Πενήντα-έξι στοιχεία περιγράφουν με σαφήνεια τις τυπικές συμπεριφορές των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, και ομαδοποιούνται σε έξι υποκλίμακες:

- Περιοριστικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές
- Κοινωνική αλληλεπίδραση
- Κοινωνική επικοινωνία
- Συναισθηματικές αντιδράσεις
- Γνωστικό στυλ
- Δυσπροσαρμοστική ομιλία

Νέες νόρμες βασιζόμενες σε ένα δείγμα 1.859 ατόμων, που εκπροσωπούν δημογραφικά χαρακτηριστικά των στοιχείων απογραφής της Αμερικής το 2010 και το 2011, έφεραν στην επιφάνεια μία έγκυρη, εύκολη και αποτελεσματική μέθοδο με σκοπό τον πιθανό εντοπισμό και την σοβαρότητα της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.), η οποία αντιστοιχεί πάντα στα διαγνωστικά κριτήρια της Δ.Α.Φ σύμφωνα με το DSM-5 (Πηγές: Official Site of WPS Publishing LLC, PAR Leading Publisher of Psychological Assessment Materials και PRO-ED Publisher)

13.10 Bayley Scales for Infant and Toddler Development, Second Edition (BSDI- II)

Η κλίμακα Bayley Scales II βγήκε το 1993, η οποία αποτελεί μια επανέκδοση του Bayley Scales, που αφορά την βρεφική ανάπτυξη παιδιών ηλικίας 1 έως 42 μηνών. Η χρήση της κλίμακας αφορά τον εντοπισμό παιδιών με αναπτυξιακή καθυστέρηση ή παιδιών υψηλού κινδύνου. Η διάρκεια χορήγησης της κλίμακας Bayley Scales II κρατάει από 45 έως 60 λεπτά, ενώ μπορεί να δοθεί σε μία ή δύο ενότητες. Χρησιμοποιούνται τρεις κλίμακες, οι οποίες είναι οι εξής:

1) Γνωστική: περιλαμβάνει εκτίμηση αισθητηριακών και αντιληπτικών ικανοτήτων, μνήμης,

επίλυσης προβλημάτων, εκφοράς λόγου και επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

2) Κίνησης: περιλαμβάνει εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του σώματος και της λεπτής κινητικότητας.

3) Συμπεριφοράς: περιλαμβάνει μέτρηση της προσοχής και της διέγερσης, προσανατολισμού και συναισθηματικού ελέγχου.

Παρακάτω δίνονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κλίμακας, καθώς υπάρχουν σε κάθε κλίμακα και τεστ για κάθε διαταραχή.

Πλεονεκτήματα:

- Είναι αξιόπιστα και έγκυρα.
- Η νοητική και κινητική κλίμακα έχει υψηλούς συντελεστές συσχέτισης (0,83 και 0,77 αντίστοιχα για δοκιμή αξιόπιστων επαναλήψεων).
- Δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος κατά τη διάρκεια χορήγησής του.

Μειονεκτήματα:

- Δεν αξιολογείται ποιοτικά το παιδί υπό ένα νατουραλιστικό πρίσμα ή ενώ κινείται στο χώρο.
- Δεν εξετάζεται η ποιότητα της κίνησης.
- Η κλίμακα υστερεί στη μέτρηση αλλαγών με την πάροδο του χρόνου, ειδικά σε παιδιά με αναπηρίες μέτριου ή σοβαρού επιπέδου, των οποίων οι ρυθμοί των αλλαγών μπορεί αν είναι αργοί και πολύ δυσδιάκριτοι (Νότας & Νικολαΐδου, 2006; Πηγή: Wikipedia).

13.11 Bayley Scales for Infant and Toddler Development, Third Edition (BSDI-III)

Το 2006 βγήκε η ανανεωμένη κλίμακα Bayley Scales for Infant and Toddler Development, Third Edition (BSDI-III) βασιζόμενη στην κλασική κλίμακα Bayley Scales, σημειώνοντας κάποιες αλλαγές.

Το τεστ BSDI-III έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της αναπτυξιακής λειτουργίας των βρεφών και των νηπίων. Σε περίπτωση εντοπισμού καθυστέρησης της αναπτυξιακής λειτουργίας, παραπέμπονται οι γονείς σε ειδικούς για περαιτέρω διερεύνηση του παιδιού. Αρχικά, το τεστ συνεχίζει να απευθύνεται σε βρέφη και παιδιά ηλικία 1 έως 42 μηνών, αλλά ο χρόνος διάρκειας του τεστ αυξήθηκε, καθώς χρονομετρείται το τεστ στα 30 έως 90 λεπτά. Η πιο σημαντική αναθεώρηση του BSDI-III είναι η ανάπτυξη των πέντε διακριτών κλιμάκων που στοχεύουν στην κατάλληλη αξιολόγηση για την ανάπτυξη των παιδιών από τη γέννησή τους μέχρι την ηλικία των 3 χρόνων,

ενώ το BSDI-II περιελάμβανε μόνο τρεις κλίμακες.

Όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό παραπάνω δίνονται οι τρεις κλίμακες του BSDI-II, στο BSDI-III ισχύουν οι παρακάτω κλίμακες:

- Γνωστική
- Γλώσσα
- Κίνηση
- Κοινωνικό- συναισθηματική
- Προσαρμοστικής συμπεριφοράς

Η βαθμολογία του BSDI-III χαρακτηρίζεται πιο σύνθετη από αυτή του Bayley Scales II, με αποτέλεσμα το 2011 να διεξαχθεί μία μελέτη πάνω στα αποτελέσματα που εξάγονται από το BSDI-III με αυτά της προηγούμενης έκδοσης. Η μελέτη απέδειξε ότι η ερμηνεία των βαθμολογιών θα πρέπει να γίνονται με μεγάλη προσοχή, καθώς η συσχέτιση με την προηγούμενη έκδοση φαίνεται χειρότερη σε δοκιμές με χαμηλότερες τιμές σκορ (Πηγές: Wikipedia)

13.12 Κλίμακα Διαγνωστικής Παρατήρησης για τον Αυτισμό (Autism Diagnostic Observation Schedule) (ADOS-G)

Το Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord et al 1989) εξελίχθηκε σε μια περαιτέρω μορφή, το Pre- Linguistic ADOS (Di Lavore Lord and Rutter,1995) αλλά τώρα χρησιμοποιείται σε μια πιο γενική μορφή την ADOS-G (Lord et al 1996).

Το ADOS ήταν το «χρυσό πρότυπο» για την αξιολόγηση και τη διάγνωση του αυτισμού και της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής σε ηλικίες, αναπτυξιακά επίπεδα και γλωσσικές δεξιότητες. Το ADOS-G, βασισμένο στο κλασικό ADOS, προσπαθεί μέσα από μια σειρά δομημένων δραστηριοτήτων να αξιολογήσει την κοινωνική και επικοινωνιακή λειτουργικότητα του παιδιού. Αφορά μία ατομική αξιολόγηση και περιλαμβάνει μία σειρά δραστηριοτήτων συναρτώμενων με κοινωνικές δεξιότητες, (δημιουργική) φαντασία, ικανότητες (συμβολικού) παιχνιδιού και ικανότητα κατανόησης συναισθημάτων (εμπάθεια).

Το ADOS-G συμπληρώνεται σε 20-40 λεπτά (σε σχέση με το ADOS το οποίο συμπληρωνόταν μέσα σε 30 έως 45 λεπτά), αλλά παρέχει περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με την άτυπη παρατήρηση. Όπως το ADOS-R, το ADOS-G χρησιμοποιείται ευρέως στα πρωτόκολλα παρατήρησης του αυτισμού. Απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες, εκτός από το Pre- Linguistic ADOS, το οποίο απευθυνόταν σε ηλικίες κάτω των 6 ετών.

Στο *Παράρτημα 5* δίνεται σε πίνακα οι δραστηριότητες που χορηγούνται στο ADOS-G. Ενώ στο *Παράρτημα 6* δίνεται το τεστ ADOS πάνω στο οποίο βασίστηκε το ADOS-G (Νότας&

Νικολαΐδου, 2006; Janzen, 2003; Happe, 2003; Lord, 2000 Πηγές: Wikispaces, 2010).

13.13 Αναθεωρημένο Ψυχοεκπαιδευτικό Προφίλ (PEP-R)

Η κλίμακα αξιολόγησης PEP-R εκδόθηκε το 1990 και περιέχει μία σειρά δραστηριοτήτων για τη διάγνωση ιδιοσυγκρασιακών συμπεριφορών και δεξιοτήτων συναφών με τον αυτισμό. Το συγκεκριμένο τεστ μας δίνει πληροφορίες σε τρία επίπεδα:

- Στο προφίλ των ικανοτήτων του αυτιστικού παιδιού, που αξιολογείται σε επτά τομείς:

- 1) Μίμηση
- 2) Αισθητηριακή αντίληψη
- 3) Λεπτή κινητικότητα
- 4) Αδρή κινητικότητα
- 5) Οπτικό-κινητικό συντονισμό
- 6) Γνωστικές λειτουργίες
- 7) Γνωστική λεκτική λειτουργία

και σε επιπλέον τέσσερις τομείς οι άτυπες συμπεριφορές του παιδιού.

- Στην αξιολόγηση του βαθμού σοβαρότητας της Παθολογικής Συμπεριφοράς
- Με βάση τα αποτελέσματα δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας ενός εξατομικευμένου προγράμματος για το παιδί, σε παιδαγωγούς και γονείς και ενδιαφερόμενους για αυτήν την κατηγορία.

Το αναπτυξιακό-ψυχολογικό προφίλ που προκύπτει αποτελεί τη βάση για τον σχεδιασμό ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που έχει εξατομικευμένο χαρακτήρα (Happe, 2003)

13.14 Social Communication Questionnaire (SCQ)

Το 2001 βγήκε το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικότητας και Επικοινωνίας (SCQ), το οποίο είναι μία οικονομικά αποδεκτή αξιολόγηση για τον έλεγχο διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. Το SCQ είναι ένα ερωτηματολόγιο 40 σημείων, το οποίο απευθύνεται σε γονείς με μορφή απαντήσεων ναι/όχι. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας άνω των 4 ετών και με διανοητικό επίπεδο άνω των 2 ετών, ενώ η διάρκεια του τεστ είναι λιγότερη από 10 λεπτά.

Το εργαλείο αυτό είναι βασισμένο στο Autism Screening Questionnaire (ASQ) και βοηθά στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων της επικοινωνίας και της κοινωνική λειτουργίας παιδιών που έχουν αυτισμό ή άλλες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Είναι διαθέσιμο σε δύο μορφές, τη μόνιμη και τη τρέχουσα, και το καθένα αποτελείται από μόλις 40 ναι-ή-όχι ερωτήσεις. Και οι δύο μορφές μπορούν να δοθούν απευθείας στο γονέα, που μπορεί να απαντήσει στις ερωτήσεις χωρίς

επίβλεψη. Το έντυπο της μόνιμης μορφής εστιάζει σε ολόκληρο το αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, παρέχοντας μια συνολική βαθμολογία που ερμηνεύεται σε σχέση με συγκεκριμένα σημεία-πρότυπα. Η βαθμολογία αυτή προσδιορίζει τα άτομα που μπορεί να έχουν αυτισμό και θα πρέπει να παραπέμπονται για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση αργότερα (Πηγή: Wikispaces, 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι εξαιτίας της καινούριας έκδοσης του DSM-5 περιπλέκονται τα αποτελέσματα και σημειώνεται απόκλιση στα αποτελέσματα των παραπάνω εργαλείων με τους όρους του DSM-5. Υπάρχουν και εξαιρέσεις, όπως το G.A.R.S.,³ , το οποίο αναθεωρεί τις προηγούμενες εκδόσεις του. Στα επόμενα χρόνια, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επανεκδοθούν τα παραπάνω εργαλεία, ώστε να μην χάσουν την αξιοπιστία τους και να συγκλίνουν τα αποτελέσματα τους με το επίσημο διαγνωστικό εργαλείο DSM-5.

Επιπλέον, θα ήταν πρόπον να αναφερθούν τα παρακάτω εργαλεία:

- **Asperger Syndrome Diagnostic Scale (A.S.D.S.)**
- **Childhood Asperger Syndrome Test (C.A.S.T.)**
- **Gilliam Asperder's Disorder Scale (G.A.D.S.)**
- **Australian Scale for Asperger's Syndrome (A.S.A.S.)**
- **Krug Asperger's Disorder Index (K.A.D.I.)**
- **Monteiro Interview Guidelines for Diagnosing Asperger's Syndrome (M.I.G.D.A.S.)**

Τα εργαλεία που αναφέρθηκαν αφορούν την διάγνωση του Συνδρόμου Asperger, όμως με την νέα έκδοση του DSM, ο όρος Σύνδρομο Asperger έχει απαλειφθεί, με αποτέλεσμα να ακυρώνονται κατά κάποιο τρόπο τα παραπάνω τεστ (Νότας & Νικολαΐδου, 2006; Janzen, 2003; Πηγή: Wikispaces, 2010).

14. ΘΕΩΡΙΕΣ

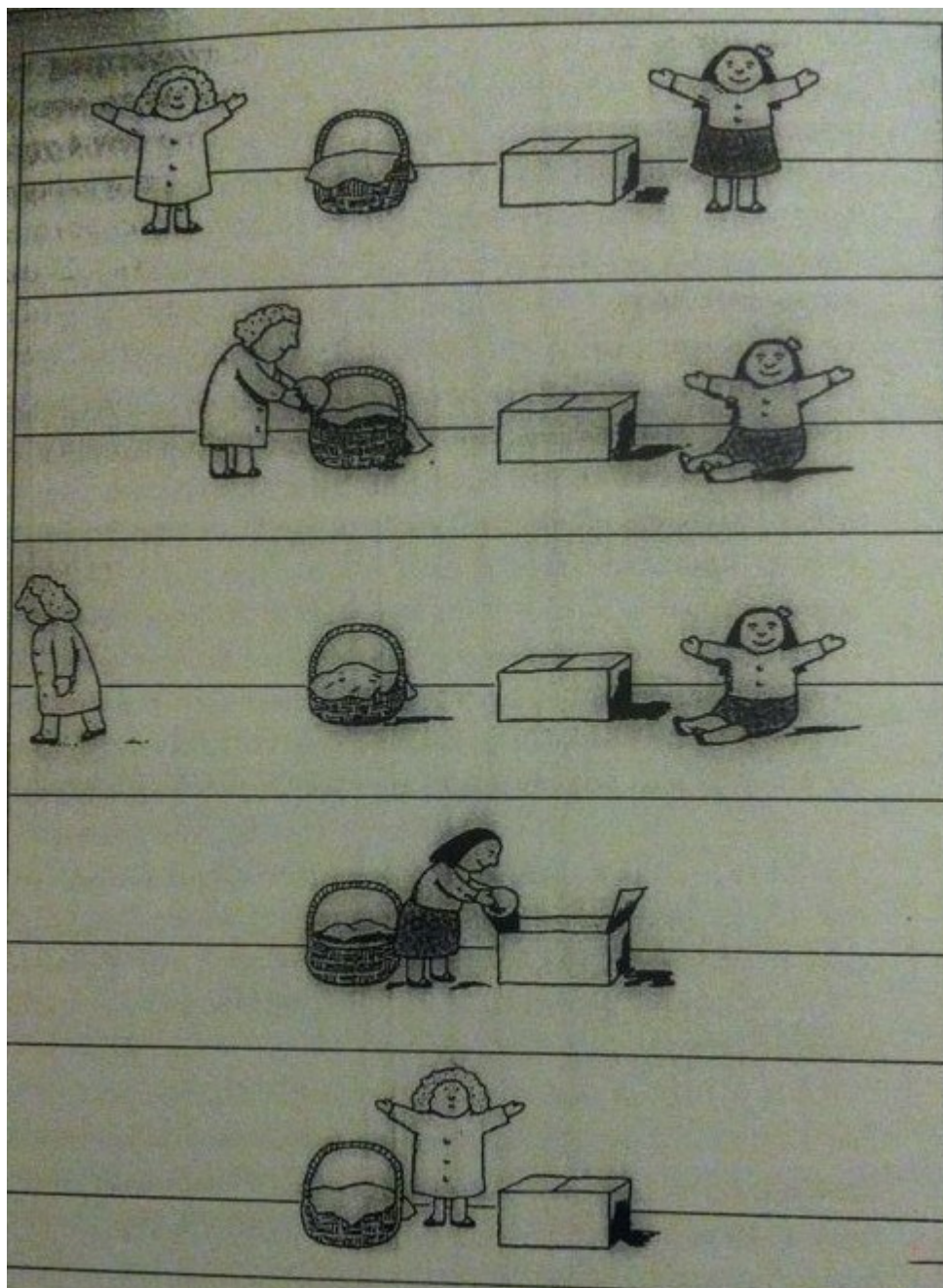
14.1 Θεωρία Του Νου

Η θεωρία του Νου είναι μια ψυχολογική θεωρία, που έκανε την εμφάνισή της μετά το άρθρο των Premack και Woodruff με τίτλο: “ Έχουν οι χιμπατζήδες θεωρία του νου;”, οι οποίοι υποστήριξαν ότι η θεωρία του νου είναι η ικανότητα που διαθέτουμε για το νου μας και τον νου των άλλων ανθρώπων. Είναι η ικανότητα, δηλαδή, να αντιλαμβανόμαστε ότι οι άλλοι διαθέτουν διαφορετικές νοητικές λειτουργίες (πεποιθήσεις, προθέσεις, επιθυμίες, ανάγκες) από τις δικές μας και να έχουμε την ικανότητα πρόβλεψης και ερμηνείας των συμπεριφορών στις ανεξάρτητες νοητικές καταστάσεις που αποδίδουμε στον εαυτό μας. (Μισαηλίση, 2001).

Το 1985 δημοσιεύθηκε ένα άρθρο από τους Baron-Cohen, Leslie και Frith με τίτλο: “ Έχει ένα αυτιστικό παιδί θεωρία του νου;” βασισμένο στο άρθρο του Premack και Woodruff. Έτσι, διερεύνησαν την πρόβλεψη ότι τα αυτιστικά άτομα στερούνται τη θεωρία του νου, εξετάζοντας είκοσι αυτιστικά παιδιά ηλικίας άνω των 4 ετών στο κλασικό Sally-Ann Task, το οποίο είναι μια απλή έκδοση τεστ που αξιολογεί την εσφαλμένη αντίληψη του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης του τεστ, οι ψυχολόγοι στο παιδί δύο κούκλες την Sally και την Ann. Η Ann έχει ένα κουτί και η Sally έχει ένα καλάθι. Στη συνέχεια, το παιδί παρακολουθεί την Sally να τοποθετεί τον βόλο της στο καλάθι και να βγαίνει έξω. Ενώ, αυτή βρίσκεται έξω, η άτακτη Ann μετακινεί τον βόλο της Sally από το καλάθι στο δικό της κουτί και τότε βγαίνει έξω. Η Sally επιστρέφει μέσα και δίνεται στο παιδί η εξής ερώτηση: “Πού θα κοιτάξει η Sally για τον βόλο της;”. Ο Baron-Cohen και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι το 80% των παιδιών (δηλαδή 16 στα 20 παιδιά) με αυτισμό απέτυχαν να εκτιμήσουν την εσφαλμένη αντίληψη της Sally, ενώ 86% των παιδιών με Σύνδρομο Down (δηλαδή 12 στα 14) με μάλλον μικρότερη νοητική ηλικία τα κατάφερα στο Sally- Ann Task (F. Happe, 1998; Frith&Happe, 1994, Happe, 2003). Εκτός από το Sally-Anne Task ακολούθησαν και άλλα τεστ όπως το Smarties Tube Experiment, The Picture- Sequence Experiment και το The Nodding and Flapping bee Experiment. Στο Smarties Tube Experiment το παιδί ερωτάται να μαντέψει τι υπάρχει μέσα στον κλειστό σωλήνα με Smarties. Όταν το παιδί απαντήσει ότι έχει Smarties ή γλυκά, τότε ανοίγει ο σωλήνας και του φανερώνεται ένα μολύβι. Το πώμα αντικαθίσταται και γίνεται η εξής ερώτηση στο παιδί: “Όταν ο Βασίλης έρθει μέσα σκοπεύω να του δείξω τον σωλήνα και να τον ρωτήσω τι πιστεύει ότι έχει μέσα. Τι θα πει ο Βασίλης;”. Σ' αυτό το τεστ, λοιπόν, ένα παιδί με φυσιολογική ανάπτυξη 4 χρόνων θα σημειώσει επιτυχία, αντίθετα τα παιδιά με αυτισμό θα αποτύχουν να αναγνωρίσουν ότι ο Βασίλης θα έχει μία εσφαλμένη αντίληψη. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι τα αυτιστικά παιδιά δεν κατέχουν τη θεωρία του νου εξαιτίας των

τριών χαρακτηριστικών συμπεριφοράς που παρουσιάζουν. Αυτό, λοιπόν οδήγησε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να κατανοήσουν την άποψη των άλλων ανθρώπων, αλλά και να αντιληφθούν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι άνθρωποι και όχι αντικείμενα. Επιπλέον, τα αυτιστικά άτομα δυσκολεύονται να αναπτύξουν και το δημιουργικό-φανταστικό παιχνίδι (Lennard-Brown, 2004; Janzen, 2003).

Το 1990 ο Baron-Cohen περιέγραψε την έλλειψη της θεωρίας του νου ως νοητική τύφλωση, επεξηγώντας ότι τα άτομα με νοητική τύφλωση στερούνται την ικανότητα να κατανοούν τον εαυτό τους και τους άλλους, να “διαβάζουν τον νου” του άλλου δηλαδή (Baron-Cohen, 2001).



Η παραπάνω εικόνα δείχνει το Sally- Ann Test



Η παραπάνω εικόνα δείχνει το *Smarties Tube Experiment*.

14.2 Θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής

Η θεωρία του νου παρόλο που εξηγούσε πολλά από τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού (έλλειψη κοινωνικοποίησης, φαντασίας, επικοινωνίας), δεν ήταν αρκετό για να εξηγήσει και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της διαταραχής (εμμονή με αντικείμενα, περιορισμένα ενδιαφέροντα, εξαιρετικές ικανότητες στις τέχνες ή στα μαθηματικά). Έτσι, το 1989, η Frith συνέλαβε την ιδέα της θεωρίας της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής, την οποία ανέπτυξε το 1994 μαζί με την Happe.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, στον ανθρώπινο νου υπάρχει η ικανότητα σύνδεσης των πληροφοριών που φτάνουν στο μυαλό με κομμάτια, ώστε να αναλυθούν και να χρησιμοποιηθούν. Έτσι, η ικανότητα αυτή επιτρέπει στον άνθρωπο να επεξεργάζεται τις πληροφορίες ώστε να αντιλαμβάνεται τα γεγονότα και τις καταστάσεις ανάλογα με το πλαίσιο. Επίσης, τα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα αντιλαμβάνονται τα πολλαπλά ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον και επικεντρώνονται στην πληροφορία που είναι σημαντική, αλλά χωρίς να αποκόβει το υπόλοιπο πλαίσιο. Στα αυτιστικά άτομα, όμως δεν συμβαίνει αυτό, καθώς δεν έχουν την ικανότητα να συνθέσουν ένα σύνολο ερεθισμάτων και για αυτό εμμένουν στην λεπτομέρεια.

Έτσι, τα αυτιστικά άτομα τα καταφέρνουν καλά με τα παζλ ή με την απομνημόνευση των τηλεφωνικών καταλόγων ή με τους υπολογισμούς, εξαιτίας της ανικανότητας να προσλάβουν γρήγορα τις πληροφορίες και να προσλαμβάνουν την ουσία των σημαντικών γεγονότων που γίνονται γύρω τους (Frith, 1989; Frith & Happe, 1994). Με τη Θεωρία της Αδύναμης Κεντρικής Συνοχής δίνεται εξήγηση στο ερώτημα: Γιατί τα αυτιστικά άτομα μιλούν για ώρες για ένα συγκεκριμένο θέμα, πάνω στο οποίο κατέχουν απίστευτες γνώσεις, αλλά είναι ανίκανα να διευρύνουν το πλαίσιο της συζήτησης; Τα άτομα με διαταραχή Αυτισμού έχουν μονοτροπικό ενδιαφέρον σε σχέση με τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα άτομα που έχουν πολυτροπικό ενδιαφέρον και γι' αυτό το λόγο επικεντρώνονται σε ένα μόνο ερέθισμα που δέχονται, αφού δεν έχουν την ικανότητα να διαχειριστούν όλα τα ερεθίσματα λόγω του βομβαρδισμού που νιώθουν.

14.3 Θεωρία της Εκτελεστικής Δυσλειτουργίας

Ο όρος “εκτελεστικές λειτουργίες” περιέχει ένα ευρύ φάσμα γνωστικών διεργασιών και ικανοτήτων συμπεριφοράς όπως είναι ο σχεδιασμός, η εργατική μνήμη, ο έλεγχος παρορμήσεων, η αναστολή και μετατόπιση καθώς και η έναρξη παρακολούθησης πράξεων. Η λειτουργία αυτή δίνει την ικανότητα στο άτομο να εφαρμόσει την κατάλληλη στρατηγική για την επίλυση προβλημάτων. Σύμφωνα με την Elisabeth Hills (2006) κατά τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές μελέτες πάνω στο θέμα της εκτελεστικής λειτουργίας σε άτομα με αυτισμό. Τα άτομα με αυτισμό

φανερώνουν συμπτώματα αδυναμίας λόγω της ανεπάρκειας κατάκτησης εκτελεστικών λειτουργιών σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με αυτισμό που συνδέονται με τις εκτελεστικές λειτουργίες είναι:

- Ανεπιτυχείς κοινωνικές αλληλεπιδράσεις
- Ακαδημαϊκές δυσκολίες
- Δυσκολία στην αντίληψη συναισθημάτων
- Αδυναμία επίλυσης προβλημάτων που δυσκολεύει την κοινωνικής τους αλληλεπίδραση.

Εξαιτίας, λοιπόν, των παραπάνω ανεπαρειών, τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται στην οργάνωση, προσκολλώνται σε μια συγκεκριμένη σκέψη και δεν εμφανίζουν ευελιξία. Επίσης, παρουσιάζουν δυσκολία στη γενίκευση των αποκτημένων γνώσεων και επιζητούν την ομοιότητα.

15. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ (Δ.Α.Φ.)

15.1 Οι Γονείς Των Παιδιών Με Αυτισμό

Η ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στην οικογένεια δεν έχει πάντα αρνητικές επιπτώσεις. Εννοείται πως το παιδί έχει ανάγκη από προσοχή και την φροντίδα των γονέων, αλλά την αντίστοιχη προσοχή χρειάζονται και τα αδέρφια του παιδιού με αυτισμό, ώστε να αντεπεξέλθουν σωστά στο γεγονός, πως στην οικογένεια τους ανήκει ένα άτομο με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ). Αξίζει να σημειωθούν οι δυσκολίες των γονέων που αντιμετωπίζουν τόσο με το παιδί τους, που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού, όσο και με τους ίδιους τους εαυτούς. Το οικογενειακό περιβάλλον θα υποστεί αλλαγές με την είσοδο ενός αυτιστικού παιδιού, καθώς οι τρόποι συμπεριφοράς και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού διαφέρουν. Έτσι, θα πρέπει να υπάρξει μια συνεργασία και από τις δύο πλευρές για μια αρμονική συμβίωση.

Ας μην ξεχνάμε βέβαια, ότι η κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και αντιμετωπίζει διαφορετικές δυσκολίες, για παράδειγμα, θέματα υγείας, κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, σύνθεση οικογένειας, κουλτούρας και φιλοσοφίας. Όπως διαφέρουν, λοιπόν, τα προβλήματα, έτσι διαφέρει και η αντιμετώπιση του προβλήματος από κάθε άνθρωπο. Στην είδηση για τον ερχομό ενός αυτιστικού παιδιού σε μία οικογένεια αποτελεί τραυματικό γεγονός, αφού οι γονείς πλάθουν την εικόνα ενός ιδανικού παιδιού και αυτή με τη σειρά της καταρρίπτεται. Το σοκ αυτό, λοιπόν, γίνεται η πηγή ισχυρών συναισθημάτων για τους γονείς, που ορισμένες φορές τα συναισθήματα είναι αντιφατικά (θλίψη, οργή, ενοχές, απόρριψη, ντροπή, πανικός, θυμός, ελπίδα, φόβος, άρνηση, αγανάκτηση, ανησυχία, άγχος). Έτσι, κάποιος γονιός θα κλάψει, άλλος θα αφοσιωθεί στη δουλειά του, άλλος θα αφοσιωθεί στα παιδιά του, και άλλος θα κάνει κάτι άλλο. Πάντα, όμως πρέπει να θυμόμαστε ότι ο κάθε γονιός έχει το δικαίωμα να εκφράσει διαφορετικά την *θλίψη* του και να σεβόμαστε πάντα τον πόνο του.

Εν συνεχεία, οι ειδικοί οφείλουν να ενημερώσουν τον γονέα μετά την έκρηξη της θλίψης του, με αποτέλεσμα να αρχίσει να μαθαίνει το παιδί του και να κατανοήσει τον αυτισμό. Συχνά, μετά την θλίψη των γονέων ακολουθεί η *άρνηση*, καθώς προσπαθούν να πείσουν τον εαυτό τους ότι όλα είναι φυσιολογικά και ορισμένοι αρχίζουν να παραλογίζονται και να κατηγορούν ειδικούς λέγοντας τους αναξιόπιστους και καταρρίπτοντας την ειδικότητά τους. Θεωρείται απολύτως φυσιολογικό ένα γονέα να αναζητήσει και μία δεύτερη γνώμη, αλλά στο στάδιο της άρνησης η αναζήτηση δεν σταματά μέχρι να ακούσει ότι όλα ήταν ψέματα και πως το παιδί του είναι φυσιολογικό. Όταν η διάγνωση του παιδιού αρχίζει να γίνεται αποδεκτή και το στάδιο της άρνησης

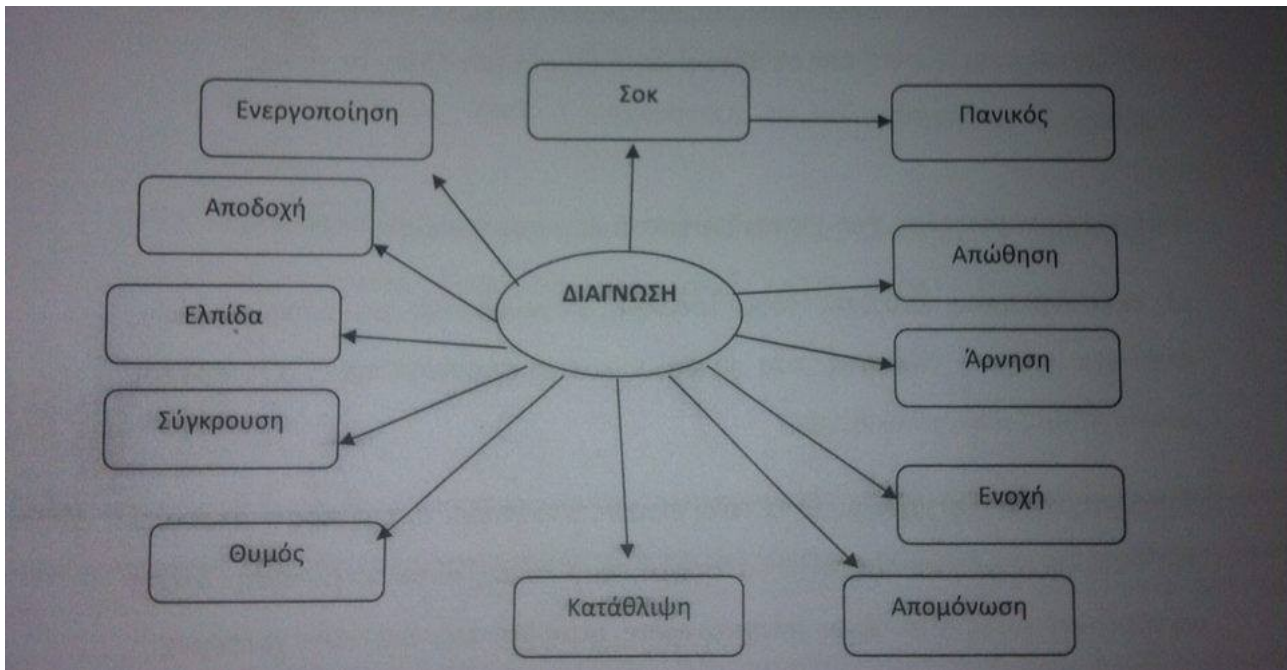
να φτάνει στο τέλος του, τότε η αναζήτηση αλλάζει πορεία και από την δεύτερη γνώμη ειδικών, καταλήγει σε έγκυρες πληροφορίες για την διαταραχή του παιδιού.

Έπειτα, έρχεται στην επιφάνεια το συναίσθημα της *ενοχής* και οι γονείς ψάχνουν την αιτία σε ανούσια πράγματα. Πολλές φορές κατηγορούν τον εαυτό τους ή την κληρονομικότητα ή διάφορες ενέργειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως το ποτό, το τσιγάρο, τις τροφές ή χάπια. Επίσης, ορισμένες φορές πιστεύουν ότι τιμωρούνται από τον Θεό για διάφορες ενέργειες και νιώθουν ενοχές ότι οι δικές τους οι πράξεις έκαναν αυτό το πράγμα στο παιδί τους. Οι ενοχές αρχίζουν να ξεθωριάζουν από το πλάνο, όταν οι γονείς λαμβάνουν την κατάλληλη ενημέρωση για την αιτιολογία τους φάσματος και αντιλαμβάνονται τις ευθύνες τους και την αγάπη που πρέπει να δώσουν σε αυτό το ξεχωριστό παιδί.

Το *άγχος* και η *ανησυχία* εμφανίζεται σε υψηλά επίπεδα στην οικογένεια, ιδίως αμέσως μετά την οριστικοποίηση της διάγνωσης της διαταραχής. Μάλιστα, οι Bristol και Schopler (1983), υποστήριξαν ότι οι γονείς των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν ένα προφίλ αγχώδους διαταραχής και σε σύγκριση με τους γονείς άλλων παιδιών με διαφορετική διαταραχή εμφανίζουν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους. Σύμφωνα με τον Νότα Σ., οι ανησυχίες και το άγχος αυτών των γονέων οφείλεται στις απορίες και στον φόβο, που εμφανίζονται ξαφνικά μπροστά τους για το άγνωστο, όπως η βαρύτητα της διαταραχής του παιδιού, η κάλυψη των αναγκών, τον μέλλον και η προοπτική, εύρεση κατάλληλης θεραπείας και ικανών ειδικών, αντιδράσεις κοινωνικού περιβάλλοντος, συνέπειες στην υπόλοιπη οικογένεια και στα παιδιά.

Όταν οι γονείς αρχίζουν να κατευνάζουν τα παραπάνω συναισθήματα, σημαίνει ότι αρχίζουν να προχωρούν στο *στάδιο της προσαρμογής*. Στο στάδιο αυτό, οι γονείς αντιμετωπίζουν τη πραγματικότητα και εκτιμούν με ρεαλιστικό τρόπο τις ανάγκες του παιδιού θέτοντας σε ενέργεια τον εαυτό τους με σκοπό να το βοηθήσουν. Έτσι, οι ειδικοί τους ενημερώνουν για τις ιατρικές, θεραπευτικές και παιδαγωγικές ανάγκες του παιδιού, αλλά και για του μακροπρόθεσμους στόχους και για το μέλλον που προδιαγράφεται. Ως υπεύθυνοι φροντιστές ενός αυτιστικού παιδιού, πρέπει να λάβουν πλήρης ενημέρωση, με σκοπό να επιλέξουν την καταλληλότερη θεραπεία και εκπαίδευση για το παιδί τους, που οι ίδιοι θεωρούν ότι είναι η πιο σωστή. Τέλος, θα λάβουν ενημέρωση για τη αναδιαμόρφωση του οικογενειακού βίου και τις πιθανές αλλαγές που θα υπάρξουν στο περιβάλλον, καθώς η οικογένεια θα πρέπει να συμβαδίζει ως ένα βαθμό με τις ανάγκες του παιδιού (Γενά, 2002; Νότας, 2006; 2005; Ζώης και Δημητρακόπουλος, 2004).

Παρακάτω δίνεται εικονογραφημένος ο λεγόμενος “κύκλος του πένθους”, που παρουσιάζει εν συντομία τις παραπάνω αντιδράσεις των γονέων.



15.2 Τα Αδέρφια των Παιδιών με Αυτισμό

Σε μία οικογένεια που ανήκει ένα παιδί με αυτισμό εκτός από τους γονείς είναι σημαντικό και τα αδέρφια του παιδιού να μάθουν, να αποδεχτούν και να κατανοήσουν το πρόβλημα που εμφανίζεται στο παιδί. Γι' αυτό το λόγο στα μικρότερα αδέρφια η αλήθεια πρέπει να ειπωθεί με απλό τρόπο ώστε να βρεθεί σε σύγχυση το μυαλό των παιδιών. Τα ψέματα, η απόκρυψη της αλήθεια και τα αναπάντητα ερωτήματα θα δημιουργήσει αρνητικές συνέπειες στα αδέρφια, με αποτέλεσμα ορισμένες φορές τα αδέρφια να ερμηνεύουν την συμπεριφορά του παιδιού με αυτισμό με έναν δικό τους τρόπο, ο οποίος επιφέρει κάποιες φορές συναισθήματα θυμού και ενοχής. Από την μία πλευρά, τα αδέρφια παιδιών με Δ.Α.Δ. συχνά θα νιώθουν την απόρριψη από το αδερφάκι του λόγω των χαρακτηριστικών του αυτισμού, με αποτέλεσμα να αποξενώνονται από αυτό και να νιώθουν υπεύθυνα για τη συμπεριφορά αυτή. Από την άλλη πλευρά, ορισμένα αδέρφια χωρίς να έχουν επίγνωση της κατάστασης θεωρούν υπαίτιους τους γονείς τους και συμπεριφέρονται με θυμό και επιθετικότητα προς αυτούς. Έτσι, θα ήταν λειτουργικό οι γονείς μαζί με την καθοδήγηση ειδικών να ενισχύσουν στην ανάπτυξη της αδερφικής σχέσης των παιδιών με την επεξήγηση και την ενημέρωση για το πρόβλημα του παιδιού, ώστε να αποφευχθεί πιθανόν προβλήματα στη σχέση

των αδερφών. Επίσης, τα αδέρφια θα ήταν δυνατόν να διδαχθούν, από τους ειδικούς, τρόπους επικοινωνίας και δραστηριότητες (παιχνίδια) και να συμμετέχουν σε συζητήσεις και αποφάσεις της οικογένειας, όσον αφορά το αδερφάκι τους, με την προϋπόθεση να το επιθυμούν τα ίδια και να είναι στην επιθυμητή ηλικία ώστε να σκεφτούν το καλύτερο και το σωστό.

Η βοήθεια προς το παιδί με αυτισμό, εκτός από τους γονείς, προσφέρεται και από τα αδέρφια του, με σκοπό την βελτίωση τρόπων, κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας του παιδιού. Όμως, η ανάθεση πολλών ευθυνών δίνει τη δυνατότητα τα αδέρφια να κουραστούν να αγανακτήσουν και να βιώσουν έντονο άγχος και πίεση και αυτό με τη σειρά του έχει ως αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση, αλλά και την πρόωρη ωριμότητα στα αδέρφια λόγω των γεγονότων. Επίσης, το αίσθημα της πίεσης οδηγεί αρκετές φορές τα αδέρφια με παιδί που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού, να επιλέξει στο μέλλον ένα επάγγελμα που θ βοηθούσε το παιδί με αυτισμό ή άλλους ανθρώπους. Βέβαια, ορισμένα αδέρφια αντιδρούν στο αίσθημα της πίεσης εντελώς διαφορετικά με στόχο την διαφοροποίηση τους από την οικογένεια και τις οικογενειακές μέριμνες. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι γονείς θα ήταν πρόπον να ικανοποιούν και τις ανάγκες των άλλων παιδιών, διότι και αυτά έχουν το δικαίωμα προσοχής και φροντίδας, χωρίς να μεταθέτουν τις δικές τους ευθύνες σε αυτά. Γι' αυτό πολλές φορές θα γίνει αντιληπτή μία διασπαστική συμπεριφορά από τα αδέρφια, η οποία σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει αποσκοπεί στην προσέλκυση της προσοχής των γονιών στα παιδιά τους. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι οι πρωτότοκες κόρες της οικογένειας νιώθουν ιδιαίτερη ευθύνη για την φροντίδα του παιδιού του αυτισμού, σαν να κατέχουν τον ρόλο της δεύτερης μητέρας.

Όλα τα μέλη της οικογένειας έχουν ίσες ανάγκες και δικαιώματα, έτσι οι γονείς θα ήταν σωστό να ικανοποιούν τις ανάγκες όλων των παιδιών, ώστε να μη νιώθουν παραμελημένα. Όταν έρχεται ένα παιδί με αυτισμό στην οικογένεια, μπορεί να αλλάξουν τα πάντα, διότι είναι λογικό ότι αυτό το παιδί απαιτεί περισσότερη προσοχή από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αυτόματα, όμως, τα αδέρφια του παιδιού με αυτισμό δεν πρέπει να γίνονται μεγάλα, παραμένουν και αυτά μικρά παιδιά, που επιθυμούν την προσοχή των γονιών τους. Έτσι, θα πρέπει να μαθαίνουν τις ανάγκες που έχει το αδερφάκι τους με αυτισμό και όταν νιώθουν παραμελημένα, οι γονείς, θα ήταν μια όμορφη ιδέα, να εξηγήσουν στα αδέρφια του παιδιού τον λόγο που απαιτεί προσοχή το παιδί με αυτισμό, ενώ αυτά μπορούν να το καταφέρουν για τη συγκεκριμένη στιγμή και μόνα τους. Η οικογένεια του παιδιού με αυτισμό θα μπορούσε να ζήσει ήρεμα και αρμονικά, με την προϋπόθεση να μοιράσει δίκαια και ορθά τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα που έχει κάθε μέλος (Γενά,2002; Νότας,2006).

15.3 Συνήθεις Ερωτήσεις Γονέων σε Ειδικούς μετά την Αποδοχή και τη Διάγνωση του Παιδιού

- 1) Τι προκαλεί τον αυτισμό;
- 2) Θεραπεύεται ο αυτισμός;
- 3) Η ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στην οικογένεια σε ποιο βαθμό έχει αρνητικές επιπτώσεις στα άλλα παιδιά της;
- 4) Τι πρέπει να πω στα άλλα μου παιδιά για να μάθουν ότι έχουν ένα αδερφάκι με αυτισμό;
- 5) Είναι ο αυτισμός μεταδοτικός;
- 6) Πω εξελίσσεται το αυτιστικό άτομο στην ενήλικη ζωή του;
- 7) Ποιες είναι οι συμπεριφορές του παιδιού με αυτισμό;
- 8) Γιατί χτυπάει τα άλλα παιδιά στο σχολείο;
- 9) Γιατί δεν κάθεται στον κύκλο στο σχολείο μαζί με τα άλλα παιδιά;
- 10) Ποιες είναι απαραίτητες συμπεριφορές για την επικοινωνία

(Πηγές: Official Site of Autism Hellas και της Ελληνική Εταιρείας Ειδικής Αγωγής “Προσέγγιση”)

15.4 Συνήθεις Ερωτήσεις Αδερφών για το Παιδί με Αυτισμό σε Ειδικούς

- 1) Τι πρέπει να κάνω όταν ο/η αδερφός/ή μου παίρνει τα πράγματά μου και τα καταστρέφει;
- 2) Νιώθω άσχημα γιατί κάποιες φορές του θυμώνω και του/της βάζω τις φωνές. Τι πρέπει να κάνω εκείνες τις στιγμές;
- 3) Τι θα κάνω όταν βγαίνω έξω με τον/την αδερφό/ή μου και καρφώνουν οι άλλοι τον βλέμμα τους πάνω μας και εγώ ντρέπομαι και ενοχλούμαι;
- 4) Ανησυχώ, ποιος θα αναλάβει το μέλλον του/της και την φροντίδα του/της;
- 5) Τι μπορώ να κάνω όταν πειράζουν τον/την αδερφό/ή μου τα άλλα παιδιά;
- 6) Οι γονείς μου από εδώ και πέρα δεν θα αφιερώνουν καθόλου χρόνο σε εμένα;

(Πηγή: Official Site of Autism Hellas)

15.5 Οι Στόχοι της Συμβουλευτικής και ο Ρόλος των Ειδικών

Ο σύμβουλος της οικογένειας με παιδί που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού θα πρέπει να λάβει υπόψιν του τη σοβαρότητα της κατάστασης, καθώς και να είναι πλήρως ενημερωμένος όσο αφορά την διάγνωση, την αξιολόγηση και τους τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής. Ένας σύμβουλος χάνει το κύρος του και την εμπιστοσύνη της οικογένειας, όταν δεν είναι σε θέση να

πληροφορήσει τους γονείς σωστά. Όμως, δεν είναι σωστό και να δίνει την εντύπωση ότι γνωρίζει τα πάντα για την αντιμετώπιση της διαταραχής, αλλά το προτιμότερο είναι να λειτουργεί στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας, της οποίας τα μέλη συμμετέχουν στην θεραπεία του παιδιού ανάλογα με την ειδικότητα του καθενός.

Αρχικός στόχος στο ξεκίνημα της συμβουλευτικής γονέων είναι η αποδοχή, η κατανόηση και η εμπιστοσύνη, ώστε οι γονείς να νιώθουν άνεση να εκφράσουν στον ειδικό τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις αμφιβολίες, τις προσδοκίες και τα σχέδια για το αυτιστικό παιδί τους. Στη συνέχεια, ο ειδικός οφείλει να βοηθήσει τους γονείς στην αποδοχή της κατάστασης και των προβλημάτων στο οικογενειακό περιβάλλον με την είσοδο του παιδιού αυτού, αλλά και την κατανόηση και αντιμετώπιση αυτών με ρεαλιστικό τρόπο. Εκτός, βέβαια, από τα προβλήματα θα πρέπει να τονιστούν και τα θετικά στοιχεία του παιδιού, καθώς οι γονείς να μην έχουν την εικόνα ενός προβλήματος, αλλά την εικόνα ενός παιδιού με ορισμένες ιδιαιτερότητες.

Στην συμβουλευτική παρέμβαση ξεχωρίζουμε δύο βασικές κατευθύνσεις, την συμβουλευτική αντικατοπτρισμού (reflective counseling) και το συμπεριφοριστικό μοντέλο (behavioral counseling). Η πρώτη παρέμβαση έχει ως στόχο την ανάλυση των συναισθημάτων του παιδιού και των γονέων, ενώ η δεύτερη την μορφή εκπαίδευσης των γονέων, με αποτέλεσμα να μπορούν οι γονείς, όπως και οι ειδικοί, να εκπαιδευθούν, αλλά και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς ενός αυτιστικού παιδιού.

Πολλές φορές, οι γονείς χρειάζονται την γενετική συμβουλευτική (genetic counseling), της οποίας ο στόχος είναι η ενημέρωση των γονέων για τα ποσοστά που πιθανόν να οφείλεται η διαταραχή σε γενετικούς παράγοντες, αλλά και οι πιθανότητες γέννησης δεύτερου παιδιού με ίδια ή παρόμοια διαταραχή. Επιπλέον, η συγκεκριμένη συμβουλευτική βοηθάει τους γονείς να ξεπεράσουν την αμφισβήτηση της αναπαραγωγική τους ικανότητας, αλλά και να σχεδιάσουν το μέλλον της οικογένειας τους σε μία άλλη πραγματικότητα. Τέλος, μία άλλη βοήθεια προς τους γονείς των παιδιών με αυτισμό είναι η έκτακτη φροντίδα (respite care), η οποία αποσκοπεί στην βοήθεια προς τους γονείς φροντίζοντας ειδικά τα παιδιά με αυτισμό σε ειδικούς χώρους, ώστε οι γονείς να αποκτήσουν λίγο χρόνο και για τις δικές τους ανάγκες.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων ο ειδικός εκτός από την κατανόηση των αναγκών και των συναισθημάτων των γονέων θα πρέπει να είναι άριστος στην επικοινωνία με τους γονείς και να κατέχει πλήρη ενημέρωση όσον αφορά τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ). Επιπρόσθετα, ο ειδικός θα πρέπει να έχει ενσυναίσθηση για την κατάσταση και τα συναισθήματα των γονέων και σεβασμό στις απόψεις τους. Τέλος, θα πρέπει να είναι συνεργάσιμος και ικανός στον συντονισμό της διεπιστημονική ομάδας, καθώς όλοι θα συναποφασίζουν για το καλύτερο πρόγραμμα θεραπευτική παρέμβασης του παιδιού και ακόμη να είναι ενθουσιώδης, υπομονετικός

και ισχυρό κίνητρο για επαγγελματική εξέλιξη. Ας μην ξεχνάμε, ότι είναι ένα γερό θεμέλιο για την οικογένεια, η οποία τώρα βρίσκει τον δρόμο της (Γενά,2002).

Σύμφωνα με την Συριοπούλου-Δελλή (2011), στην Ελλάδα, η Ελληνική Εταιρία Προστασία Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ), είναι μία φιλανθρωπική οργάνωση. Σε αυτήν την οργάνωση υπάρχουν μέλη, που είναι γονείς και φίλοι ατόμων με αυτισμό, αλλά και ειδικοί που ενδιαφέρονται για την Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, από όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Επίσης, στην ΕΕΠΑΑ μετέχουν ως συλλογικά ή συνδεδεμένα μέλη σχεδόν όλοι οι άλλοι σύλλογοι αυτιστικών ατόμων. Η Εταιρία σκοπεύει να εργαστεί “ για τα δικαιώματα των αυτιστικών ατόμων, και πιο συγκεκριμένα:

- α) Για την ύπαρξη ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών διαγνωστικών μονάδων για την έγκυρη διάγνωση και ακριβή αξιολόγηση των παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα αυτισμού,
- β) για την εξασφάλιση κατάλληλης εκπαίδευσης,
- γ) για την εξασφάλιση των μέσων για μια προστατευμένη και αξιοπρεπή ζωή για τα αυτιστικά άτομα, όταν οι οικογένειές τους δεν θα ζουν,
- δ) για την παροχή κάθε είδους βοήθειας,
- ε) για τη διευκόλυνση της επιστημονικής έρευνας για τον αυτισμό.”

Η Ελληνική Εταιρία Προστασία Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ) εκπροσωπεί τη χώρα μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση Autism- Europe, στην οποία συμμετέχουν οι οργανώσεις για τον αυτισμό των Ευρωπαϊκών χωρών.

15.6 Τα Δικαιώματα του Παιδιού με Αυτισμό και της Οικογένειας

Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανέλαβε την ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και πολύ χρήσιμη πρωτοβουλία της έκδοσης στα ελληνικά του προαναφερόμενου υλικού του Π.Ο.Υ. και την διανομή του, εκτός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε ένα ευρύ φάσμα αποδεκτών που περιλαμβάνει το σύστημα υπηρεσιών υγείας, άλλους κυβερνητικούς τομείς όπως την εκπαίδευση, την απασχόληση, την κοινωνική ασφάλιση και τις κοινωνικές υπηρεσίες, τη στέγαση, τη δικαιοσύνη κ.α., την αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα που εκπαιδεύουν επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις – ιδιαίτερα στις οργανώσεις των χρηστών των υπηρεσιών και των οικογενειών τους.

Ήδη εκδόθηκαν στα ελληνικά και διανεμήθηκαν τα άρθρα με αριθμό 1,2,5 και 7 εγχειρίδια, ενώ η έκδοση των υπολοίπων θα ολοκληρωθεί έως το Δεκέμβριο του 2004.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κεντρικά μηνύματα των ήδη εκδοθέντων τίτλων, όπως εμφανίζονται αντίστοιχα στα εξώφυλλα :

“Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας πρέπει να βασίζονται στις πρόσφατες εξελίξεις όσον αφορά στην αντίληψη, θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, στις τρέχουσες μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας και στις κυβερνητικές πολιτικές σε άλλους τομείς”.

“Για να επιτευχθεί ο συντονισμός των υπηρεσιών και των δράσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας προαπαιτείται η ύπαρξη μιας πολιτικής και ενός σχεδίου δράσης. Χωρίς επαρκείς πολιτικές και σχέδια δράσης, οι ψυχικές διαταραχές είναι πιθανό να αντιμετωπίζονται με αποσπασματικό και μη αποδοτικό τρόπο”.

“Η συνηγορία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αύξηση της συνειδητοποίησης στα θέματα ψυχικής υγείας καθώς και για τη διασφάλιση ότι τίθενται στις προτεραιότητες των κυβερνήσεων. Μπορεί επίσης να επιφέρει βελτιώσεις στην πολιτική, τη νομοθεσία και την ανάπτυξη των υπηρεσιών”.

“Η εστίαση στην ποιότητα εξασφαλίζει ότι οι πόροι, έστω και ελλιπείς, θα χρησιμοποιηθούν αποδοτικά και αποτελεσματικά. Χωρίς ποιότητα δεν υπάρχει εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα του συστήματος”.

16. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '60 τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές διέμεναν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή εγκαταλείπονταν χωρίς καμία εκπαίδευση. Αυτό άλλαξε σταδιακά, όταν ο Ivan Lovaas τους εκπαίδευσε με μεθόδους, οι οποίες βασίζονταν στην θεωρία της ανάλυσης της συμπεριφοράς. Επίσης ανέπτυξε ολοκληρωμένα ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα, τα οποία απέδειξαν ότι η συνεχής συμμετοχή των γονέων στην εκπαίδευση των παιδιών τους ωφελεί. Βασικός στόχος της εκπαίδευσης ήταν η βελτίωση των ικανοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, με αποτέλεσμα την ολοκλήρωση της ανεξαρτητοποίησης (Γενά, 2002).

Η λογοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των ατόμων με αυτισμό. Για να αναπτύξουν βελτιωμένη επικοινωνία, ο λογοθεραπευτής τους εκπαιδεύει με εναλλακτικές και επιπρόσθετες στρατηγικές. Οι γνώσεις του λογοθεραπευτή για τη φυσιολογική και τη μη φυσιολογική επικοινωνιακή ανάπτυξη καθώς και για την κοινωνική ανάπτυξη, καθορίζουν το επικοινωνιακό επίπεδο του παιδιού. Ανάλογα με το επίπεδο της επικοινωνίας και της γλώσσας του παιδιού σχεδιάζεται το πρόγραμμα της παρέμβασης.

Ο λογοθεραπευτής συμβάλλει στη δόμηση και ενθάρρυνση του εκπαιδευτικού προγράμματος, στην εκπαίδευση των γονέων με τρόπους αντιμετώπισης των αντιδραστικών συμπεριφορών και στην ενημέρωση άλλων ειδικών, οι οποίοι ασχολούνται με το παιδί. Η κυριότερη συμβολή του λογοθεραπευτή είναι στην ανάπτυξη της κατανόησης και έκφρασης της γλώσσας και στην βελτίωση κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού με αυτισμό.

Υπάρχουν μερικές στρατηγικές εκπαίδευσης, οι οποίες έχουν θετικά αποτελέσματα στη διδασκαλία των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αρχικά οι απλές και σαφείς οδηγίες είναι αρκετά κατανοητές προς τα παιδιά. Επιπλέον η κατανόηση/γνώση των ανθρώπων, οι οποίοι βρίσκονται στο κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων με αυτισμό, για τις συνήθειες και τις ρουτίνες τους τους ωφελεί για την ύπαρξη ομαλής καθημερινότητας. Η δημιουργία καρτών οργάνωσης, λιστών και των ημερολογίων γίνεται με τη συνεργασία του λογοθεραπευτή και των φροντιστών του κάθε παιδιού. Τέλος, η ένταξη αντικειμένων, τα οποία ενδιαφέρουν και έχουν νόημα για το παιδί, συμβάλλει στην ανάπτυξη και στην αύξηση συγκέντρωσης στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Το πρόγραμμα παρέμβασης των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές οργανώνεται με την ορθή και κατάλληλη στοχοθεσία. Η αναλυτική αξιολόγηση των ικανοτήτων του παιδιού συμβάλλει στην στοχοθεσία. Η επιλογή των διδακτικών στόχων εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού και τις ήδη κατεκτημένες δεξιότητες. Οι στόχοι οφείλουν να μειώνουν τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή σε ομαδικές και

οικογενειακές δραστηριότητες. Τέλος, οι εκπαιδευτικές δεξιότητες πρέπει να συναντώνται στη καθημερινότητα του παιδιού και η κατάκτηση των στόχων πρέπει να ορίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Για την ομαλή εκπαίδευση των ατόμων με αυτισμό οργανώνονται ορισμένες συνθήκες. Αρχικά διεκπεραιώνονται σταθερά εκπαιδευτικά προγράμματα με συνεχή ενημέρωση και συμβουλευτική των γονέων. Σε περίπτωση αλλαγής του προγράμματος, η αλλαγή γίνεται σταδιακά. Τα προγράμματα διαμορφώνονται διαφορετικά και ανάλογα με την προσωπικότητα του κάθε παιδιού. Ακόμη μία συνθήκη ομαλής εκπαίδευσης είναι τα συστήματα ανταλλάξιμων ανταμοιβών (token systems), δηλαδή ο τρόπος που θα επιλέξει ο θεραπευτής για να ανταμείψει το παιδί με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή και η σταδιακή μείωσή του. Βασικός παράγοντας για τη πλήρη ενασχόληση του θεραπευτή με το παιδί είναι η αναλογία θεραπευτών-θεραπευόμενων. Η ιδανική αναλογία είναι ένας θεραπευτής προς ένα θεραπευόμενο. Για μια ομαλή και αποτελεσματική εκπαίδευση η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου (rapport) αναπτύσσεται μέσω παιχνιδιών αλληλεπίδρασης, μέσω δραστηριοτήτων που ενδιαφέρουν το παιδί και μέσω γαργαλήματος και τραγουδιών. Επιπλέον ο θεραπευτής πρέπει να εμπνέει αίσθημα φροντίδας, άνεσης και οικειότητας προς το παιδί. Η συγκέντρωση και η προσήλωση των παιδιών στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες βελτιώνεται με το κατάλληλα διαμορφωμένο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Πρωτεύων στόχος ενός λογοθεραπευτή στην εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό είναι η προώθηση της κοινωνικής τους ένταξης. Για να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος χρησιμοποιείται η στρατηγική της γενίκευσης και της εκμάθησης της συντήρησης των δεξιοτήτων (Γενά, 2002).

Υπάρχουν πολλές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες βοηθούν τα άτομα με αυτισμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν κατανοητές και σαφείς οδηγίες, στρατηγικές διδασκαλίας, οπτικές και ακουστικές μεθόδους, γνώσεις για τον κόσμο τείνουν να βοηθούν περισσότερο στην εκπαίδευσή τους. Τα πιο ολοκληρωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα βασίζονται σε μια ολιστική προσέγγιση. Τα άτομα με αυτισμό δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, όταν το περιεχόμενό τους είναι εμπλουτισμένο με τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη κινήτρου για εκπαίδευση (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008). Η θεωρητική πηγή των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών μεθόδων είναι η Συμπεριφοριστική προσέγγιση (Γενά, 2002).

16.1 Γνωστική- Συμπεριφορική Θεραπεία

Τα άτομα με αυτισμό επηρεάζονται ψυχολογικά αρνητικά, οδηγώντας σε κατάθλιψη ή σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές. Για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναταράξεων χρησιμοποιείται η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. «*Η συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει το*

άτομο να αποδυναμώσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε προβληματικές συνθήκες και στις συνήθεις αντιδράσεις τους, όπως ο φόβος, η κατάθλιψη, ο θυμός, η αυτοκαταστροφή και η ηττοπάθεια. Η γνωστική θεραπεία του επιτρέπει να κατανοήσει ότι συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς προκαλούν ανεπιθύμητα συμπτώματα και το κάνουν είτε να αισθάνεται άγχος, κατάθλιψη ή θυμό χωρίς κανένα συγκεκριμένο λόγο είτε να επιλέγει να εκτελέσει λανθασμένες πράξεις (Attwood, 1998).» Η θεραπεία ωφελεί σε μεγαλύτερο βαθμό τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ή Asperger, βοηθώντας τα να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης τους και να τροποποιήσουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μέρος του TEACCH. Θεωρείται μια από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ακατάλληλων συναισθηματικών αντιδράσεων. Σημαντικός παράγοντας για τη χορήγησή της είναι η ορθή και δομημένη εκπαίδευση των θεραπειών (Καλύβα, 2005).

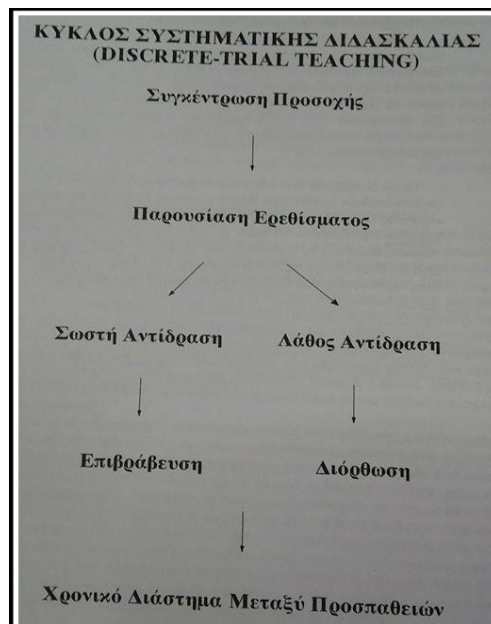
16.2 Μέθοδος Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Οι αναφερόμενες μέθοδοι βασίζονται στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι υπάρχουν ποικίλες μέθοδοι για την αντιμετώπιση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Ωστόσο δίνεται έμφαση στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς, γιατί είναι η πιο διαδεδομένη και επιφέρει αποτελέσματα.

Αξίζει να αναφερθούν οι βασικές αρχές της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, γιατί είναι καθοριστικές για την εκπαίδευση των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές:

- Το γνωστικό επίπεδο μπορεί να βελτιωθεί, επειδή όλα τα παιδιά έχουν νοημοσύνη. Όταν δεν υπάρχει βελτίωση τότε δεν ευθύνεται η αδυναμία του παιδιού, αλλά η ακατάλληλη προσέγγιση.
- Η εξατομικευμένη εκπαίδευση και θεραπεία είναι καθοριστικές, γιατί κάθε παιδί είναι διαφορετικό με προσωπικές δυνατότητες.
- Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στη συμπεριφορά, καθώς χαρακτηρίζεται από τα επακόλουθά της.
- Η κατάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων μειώνει τα περιστατικά της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς.
- Η εκπαίδευση στοχεύει στην προσαρμογή των δυσλειτουργιών της συμπεριφοράς.
- Αρκετά προβλήματα αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.
- Το ποσοστό βελτίωσης ενός παιδιού με αυτισμό εξαρτάται τόσο από το δυναμικό του όσο και από την κατάλληλη και εντατική παρέμβαση.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στις βασικές μεθόδους της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Αρχικά είναι ο κύκλος της συστηματικής διδασκαλίας (discrete-trial teaching), κατά τον οποίο ακολουθούνται αυστηρά και αποτελεσματικά τα εξής βήματα σύμφωνα με το πινακάκι της Γενά.



Η δεύτερη μέθοδος είναι η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς (shaping), η οποία χρησιμοποιείται μαζί με άλλη μέθοδο προσέγγισης. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο τα παιδιά με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή κατακτούν τις αντιδράσεις τους σταδιακά, μέχρι να εκπληρωθεί η επιθυμητή τελική συμπεριφορά. Ακόμη μία από τις βασικές μεθόδους είναι η διδασκαλία αλυσιδωτών αντιδράσεων και ανάλυση έργου (chaining and task analysis). Στη συγκεκριμένη μέθοδο τα παιδιά εκπαιδεύονται σε συμπεριφοριστικά θέματα σταδιακά ακολουθώντας τα αλυσιδωτά βήματα της ανάλογης διαδικασίας. Η τμηματική βοήθεια (prompting) αποτελεί μία συνδυαστική μέθοδο με στόχο την σταδιακή ελάττωση των λαθών που συναντώνται στην εκπαίδευση. Βασικός παράγοντας για αποτελεσματική μάθηση των παιδιών με αυτισμό είναι η ενίσχυση των κινήτρων. Η λεγόμενη «μέθοδος βελτίωσης των κινήτρων για μάθηση» αναπτύσσει σημαντικούς τρόπους ενθάρρυνσης των παιδιών. Κύριο χαρακτηριστικό των ιδιαίτερων αυτών παιδιών είναι η υπερβολική επιλεκτικότητα τους (overselectivity). Έχουν αναπτυχθεί τρόποι αντιμετώπισης, οι οποίοι στοχεύουν στην εκπαίδευση της ανάλυσης πολλών παραγόντων και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων ταυτόχρονα. Ένα αρκετά σημαντικό πρόγραμμα, το οποίο χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό από ειδικούς θεραπευτές, είναι το φωτογραφικό σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας (ΦΣΕΕ) ή picture exchange communication system (PECS). Η χορήγηση του PECS αποτελείται από επτά φάσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων το παιδί

επικοινωνεί μέσω φωτογραφιών και συμβόλων. Βέβαια με την πάροδο των φάσεων το παιδί αναπτύσσει προφορικό λόγο, κυρίως από τη τέταρτη φάση και μετά. Τέλος, ο τελικός στόχος της εκπαίδευσης των ατόμων με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή είναι η αυτοδιαχείριση και η ανεξαρτητοποίηση. Αυτό επιτυγχάνεται με την ολιστική προσέγγιση όλων των μεθόδων, αλλά κυρίως με ασκήσεις αυτοδιαχείρισης.

Υπάρχουν μέθοδοι, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε άτομα με αυτισμό, τα οποία έχουν κατακτήσει ήδη βασικές δεξιότητες. Αυτές οι μέθοδοι στοχεύουν στην ενθάρρυνση και επέκταση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Γενά,2002).

16.3 Είδη Διδασκαλίας

Αρχικά η επ' ευκαιρία διδασκαλία (incidental teaching) ενθαρρύνει την αυθόρμητη παραγωγή λόγου. Κατηγοριοποιείται σε τρία είδη: α) άμεση διδασκαλία, β) διδασκαλία βάσει δραστηριοτήτων και γ) επ' ευκαιρία διδασκαλία. Κάθε είδος χρησιμοποιείται ανάλογα με το πλαίσιο και το πρόσωπο της έναρξής τους.

Σύμφωνα με τον Bandura η μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπου (observational learning) ωφελεί στην αφομοίωση νέων συμπεριφορών ή στην τροποποίηση των ήδη κατεκτημένων συμπεριφορών μέσω της παρατήρησης. Βέβαια για να είναι αποτελεσματική η μάθηση μέσω παρατήρησης πρέπει τα παιδιά με αυτισμό να έχουν κατακτήσει την ικανότητα της μίμησης και η συγκέντρωσή τους να έχει διάρκεια.

Η διδασκαλία κοινωνικών συναλλαγών με συνομηλίκους (peer modeling) στοχεύει στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και στη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες. Ωστόσο για την ορθή χορήγηση της μεθόδου κρίνεται απαραίτητη η παρουσία συνομήλικου παιδιού με τυπική ή μη ανάπτυξη και σε επόμενα στάδια η παρουσία ομάδας. Επιπλέον η ικανοποιητική διάρκεια της συγκέντρωσης, η ελάττωση στερεοτυπικών συμπεριφορών, η κατανόηση του λόγου και η μίμηση είναι βοηθητικές ικανότητες για την εκπαίδευση βάσει της συγκεκριμένης μεθόδου (Γενά,2002).

16.4 Δραστηριότητες Κοινωνικής Συσχέτισης

Ένα βασικό έλλειμμα του αυτισμού είναι η απουσία της συσχέτισης. Επεξηγώντας, λοιπόν, αυτή την απουσία, τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να ανταλλάξουν τις εμπειρίες, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με άλλους. Οι παρακάτω δραστηριότητες στοχεύουν στην βελτίωση της συσχέτισης, ενισχύοντας την κοινωνική ανταλλαγή και αλληλεπίδραση.

Σύμφωνα με τον Βογινδρούκα και τη Sherratt η βλεμματική επαφή είναι <ένδειξη ανεπτυγμένης κοινωνικότητας> και αποτέλεσμα της δουλειάς μας στην κοινωνική αλληλεπίδραση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η απαίτηση και η υποχρέωση των ατόμων με αυτισμό να κοιτάζουν κάποιον ή κάτι είναι πιθανό να έχει αρνητικά αποτελέσματα. Για την πιο ομαλή ανάπτυξη και βελτίωση της βλεμματικής επαφής επιλέγονται δραστηριότητες με ισχυρό ερέθισμα και με ισχυρά συναισθήματα. Δραστηριότητες κατάλληλες για τη βλεμματική επαφή είναι οι σαπουνόφουσκες, το παιχνίδι <κούκου,τσα!>, το παιχνίδι <που κοιτάω;>, τα μπαλόνια. Με αποτέλεσμα, τα παιδιά με αυτισμό να κοιτάζουν προς την κατάλληλη κατεύθυνση αυθόρμητα. Στη συνέχεια η συγκεκριμένη αυθόρμητη συμπεριφορά επιβραβεύεται ή ενθαρρύνεται από τον λογοθεραπευτή. Ο τρόπος επιβράβευσης ή ενθάρρυνσης ποικίλει ανάλογα με τα προσωπικά ενδιαφέροντα και κίνητρα του κάθε παιδιού.

Μια βασική δυσκολία, την οποία τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, είναι η έλλειψη κατανόησης και έκφρασης των συναισθημάτων. Οι παρακάτω δραστηριότητες, τις οποίες προτείνει ο Βογινδρούκας και ο Sherratt, βοηθούν στην αναγνώριση και την κατανόηση των συναισθημάτων. Επιπροσθέτως αποτελούν στρατηγικές για την αναγνώριση των αιτιών των ανθρώπινων ενεργειών. Δραστηριότητες για την κατανόηση και την έκφραση των συναισθημάτων είναι παιχνίδια αλληλεπίδρασης (π.χ. γαργαλητό), δραματοποίηση, παιχνίδια ρόλων. Είναι σημαντικό ο λογοθεραπευτής να εκφράζει έντονα τα συναισθήματά του έτσι, ώστε να αναγνωρίζονται πιο αποτελεσματικά. Επίσης η προσοχή του παιδιού είναι πιο εύστοχη και διαρκής λόγω της έντασης. Μια επιπρόσθετη βοήθεια για την αναγνώριση των παιδικών συναισθημάτων από το ίδιο το παιδί είναι η βιντεοσκόπηση αυτών των δραστηριοτήτων. Μέσβ της βιντεοσκόπησης δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να δει πώς και γιατί εκφράζει τα συναισθήματά του, καθώς επεξηγείται η ανάλογη αιτία και πηγή του συναισθήματος. Ως αποτέλεσμα το παιδί με αυτισμό εκπαιδεύεται στον τρόπο έκφρασης συναισθημάτων ανάλογα με την κάθε περίπτωση.

Τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε ομαδικά παιχνίδια και δραστηριότητες. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη της κατανόησης των κανόνων. Μία βοηθητική στρατηγική είναι η προσχεδίαση της δραστηριότητας με την αναφορά της ολοκλήρωσης των ατόμων που συμμετέχουν.

Σύμφωνα με τον Βογινδρούκα και τον Sherratt ο κοινωνικός σχολιασμός είναι <η υψηλότερη μορφή κοινωνικής κατανόησης και κοινωνικής ανάπτυξης>. Ο σχολιασμός και η περιγραφή των άλλων ανθρώπων και των συμπεριφορών τους από τα άτομα με αυτισμό επισημαίνει την εστίαση τους στους συνανθρώπους τους. Αυτός είναι από τους πιο βασικούς παράγοντες στην ενίσχυσή της κοινωνικής συσχέτισης. Βοηθητικές δραστηριότητες είναι η περιγραφή των εξωτερικών εμφανίσεων, των χαρακτήρων, των συμπεριφορών, των ανθρώπων και των ηρώων από τα παραμύθια.

Από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι η έλλειψη της μη λεκτικής

επικοινωνίας. Συγκεκριμένα τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τους σκοπούς των άλλων μέσω των εκφράσεων του προσώπου και μέσω της γλώσσας του σώματος. Οι έντονες εκφράσεις του προσώπου και του σώματος, η εξάσκηση των εκφράσεων προσώπου με το κάθε συναίσθημα (χαρά, λύπη, κ.λπ.) ξεχωριστά και η δραματοποίηση είναι βασικές δραστηριότητες για την ανάπτυξη μη λεκτικής επικοινωνίας.

Μέσα στις ποικίλες δεξιότητες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη προώθηση της επικοινωνίας, είναι και οι τομείς της μη λεκτικής επικοινωνίας. Στόχος των παρακάτω δραστηριοτήτων είναι η βελτίωση του συγχρονισμού της βλεμματικής επαφής, της εναλλαγής της σειράς, της χρήσης των μη λεκτικών συμπεριφορών και της ικανότητας ανάκλησης πληροφοριών. Μερικές χρήσιμες δραστηριότητες είναι οι ερωταπαντήσεις, ο σχολιασμός των μη λεκτικών συμπεριφορών του παιδιού και η ανάκληση πληροφοριών με θέμα ανάλογο των ενδιαφερόντων του παιδιού.

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα αινίγματα, τις μεταφορές και τα ανέκδοτα. Η βασική εκπαίδευση στην κατανόηση των συγκεκριμένων στοιχείων είναι ο σχολιασμός. Συγκεκριμένα μέσω του σχολιασμού των μεταφορών αναζητείται το χαρακτηριστικό της μεταφορικής λέξης και η ταύτιση της με το υπόλοιπο σύνολο. Σημαντική στρατηγική στην εκπαίδευση της κατανόησης των αινιγμάτων είναι η απόδοση της απάντησης στο παιδί. Τέλος, στα ανέκδοτα το παιδί με αυτισμό εκπαιδεύεται στο να εντοπίζει το διαφορετικό σημείο του συνόλου και να το συγκρίνει με τη καθημερινότητα (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

16.5 Μέθοδοι Παρέμβασης σε Σύννοδες Δυσκολίες στην Ομιλία και στον Λόγο

Αξίζει να αναφερθεί ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας, τον οποίο παρουσιάζουν τα άτομα με Σύνδρομο Asperger. Η στρατηγική, μέσω της οποίας θα μειωθεί ο ρυθμός ομιλίας περιλαμβάνει βιντεοσκόπηση και καταγραφή. Επιπροσθέτως η βιντεοσκόπηση βοηθάει στην επίγνωση της δυσκολίας από το ίδιο το παιδί.

Η ηχολαλία συναντάται αρκετά συχνά σε άτομα με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Μέσω του ΜΑΚΑΤΟΝ και των πολυαισθητηριακών τεχνικών αναπτύσσεται η γλώσσα και η χρήση της σε καθημερινή βάση. Με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ευελιξία της σκέψης και να μειώνεται η ηχολαλία.

Όσον αφορά το γραπτό λόγο, τα άτομα με αυτισμό έχουν καλή αναγνωστική ικανότητα με φτωχή κατανόηση (υπερλεξία). Η χρήση ερωτήσεων κειμένου, οι γραπτές εντολές και η ταύτιση

γραφτών προτάσεων με εικόνες μειώνουν την υπερλεξία (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)..

16.6 Η Συμβολή του Εποπτικού Υλικού και των Ενισχυτών στην Παρέμβαση

Ο κύριος στόχος της εκπαίδευσης των ατόμων με αυτισμό είναι η ανεξαρτητοποίησή του. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εξατομικευμένης ανεξάρτητης μάθησης. Η ακολουθία και η εκτέλεση των εντολών συμβάλλει στην ολοκλήρωση και στη διαμόρφωση αυτού του στόχου (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Βασικός παράγοντας στην παρέμβαση των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι το εποπτικό υλικό. Το υλικό μπορεί να είναι έτοιμο ή διαμορφωμένο από το θεραπευόμενο. Συνήθως χορηγείται ο συνδυασμός των δύο ειδών υλικού ανάλογα με τη στοχοθεσία και το ενδιαφέρον του κάθε παιδιού.

Η χρήση των ενισχυτών τόσο από τους θεραπευτές όσο και από τους γονείς είναι σημαντική στρατηγική για μια συνεχή πρόοδο των παιδιών. Επιπροσθέτως, οι ενισχυτές πρέπει να συμβαδίζουν με τα ενδιαφέροντα του παιδιού και να διαρκούν κάτω από 3-5''. Στην αρχή των παρεμβάσεων οι ενισχυτές είναι πρωτογενείς, δηλαδή σχετίζονται με βιολογικές ανάγκες. Το παιδί λαμβάνει τον ενισχυτή αμέσως μετά την κατάλληλη συμπεριφορά. Είναι σημαντική η σταδιακή μείωση των ενισχυτών για να αποφευχθεί η εξάρτηση του παιδιού από αυτούς (Γενά, 2002).

16.7 Συντήρηση και Χρήση των Δεξιοτήτων

Όσο σημαντική είναι η εκμάθηση δεξιοτήτων τόσο σημαντική είναι η συντήρηση και η χρήση τους σε κοινωνικές συνθήκες. Για να πραγματοποιηθεί η χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων σε περιβαλλοντικά πλαίσια πρέπει οι δεξιότητες να γενικευθούν. Βασικός παράγοντας της γενίκευσης των επιθυμητών δεξιοτήτων είναι η ενίσχυσή τους. Σε περίπτωση που η ενίσχυση δεν χρησιμοποιείται, τότε χορηγούνται εξωγενείς ενισχυτές.

Χρήσιμες προσεγγίσεις για την γενίκευση των δεξιοτήτων προτείνονται οι δραστηριότητες με πολλά ερεθίσματα και με αλλαγές στο περιβάλλον, όπως αλλαγή του τόπου και της ώρας της διδασκαλίας. Όσον αφορά τη συντήρηση των ήδη κατεκτημένων γνώσεων, η παρέμβαση του θεραπευτή είναι απαραίτητη. Βασικές προσεγγίσεις για την επίτευξη της συντήρησης ορίζονται οι συχνές επαναλήψεις, η μείωση των ακατάλληλων συμπεριφορών, η ολιστική εμπέδωση των δεξιοτήτων και η επίμονη διδασκαλία.

Αξίζει να αναφερθούν ορισμένα πρωτοποριακά προγράμματα εκπαίδευσης ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τα οποία συμβάλλουν στη γενίκευση και στη συντήρηση των

δεξιοτήτων: α) κατ' οίκον ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα Lovaas, β) κέντρο προσχολικής αγωγής Walden, γ) ινστιτούτο ανάπτυξης του παιδιού (στο Πρίνστον). Αυτά τα τρία προγράμματα χορηγούν διαφορετικές μεθόδους στα άτομα με αυτισμό. Κοινοί στόχοι και των τριών είναι η ανεξαρτητοποίηση, η ομαλή λειτουργικότητα, η κοινωνικοποίηση και η αυτοεξυπηρέτηση των ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές(Γενά, 2002).

16.8 Διδασκαλία Νέων Δεξιοτήτων

Η διδασκαλία νέων δεξιοτήτων είναι πιθανό να αναστατώσει τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Για αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί βασικά βήματα για την ομαλή εκμάθηση νέων δεξιοτήτων. Η σειρά των χορηγούμενων βημάτων διαφοροποιείται ανάλογα με την επίδοση του παιδιού: <1. παρουσίαση ενός ερεθίσματος κατ' επανάληψη και κατ' αποκλειστικότητα, 2. παρουσίαση του ίδιου ερεθίσματος εναλλάξ με κάποιο μη-συναφές ερέθισμα, 3. παρουσίαση του ίδιου ερεθίσματος εναλλάξ με δύο ή περισσότερα μη-συναφή ερεθίσματα, 4. παρουσίαση του ίδιου ερεθίσματος εναλλάξ με συναφή ερεθίσματα> (Γενά, 2002).

16.9 Κοινωνικές Ιστορίες

Όσον αφορά την ενίσχυση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, γίνεται λόγος για τη χορήγηση κοινωνικών ιστοριών. Η κοινωνική ιστορία ορίζεται ως ένα «κοινωνικό σενάριο» και χορηγείται σε άτομα υψηλής λειτουργικότητας και με μαθησιακές δυσκολίες. Το περιεχόμενο του προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού και δίνονται οδηγίες και διευκρινίσεις για τις κατάλληλες κοινωνικές αντιδράσεις. Μέσω των κοινωνικών ιστοριών το παιδί με αυτισμό εκπαιδεύεται και σε τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων του. Επίσης αναπτύσσει τις ήδη κατεκτημένες γνώσεις και στη συνέχεια προσθέτει νέες γνωστικές δεξιότητες (Καλύβα, 2005).

16.10 Παιχνίδι

Ακόμη μια προσέγγιση, η οποία ενθαρρύνει την κοινωνική αλληλεπίδραση, είναι το παιχνίδι. Το παιχνίδι είναι τρόπος έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων. Τα παιδιά με αυτισμό μαθαίνουν να ξεπερνάνε την κυριολεξία των καταστάσεων που συναντάνε δημιουργώντας ένα «διαφορετικό πρόσθετο επίπεδο πραγματικότητας». Η χρήση παιχνιδιού ως μέσο θεραπείας αποτελεί μια καινούρια προσέγγιση στην αντιμετώπιση του αυτισμού. Για αυτό το λόγο δεν υπάρχουν ακόμα έγκυρα αποτελέσματα για τη χρήση τους. Ωστόσο είναι σίγουρο ότι ωφελεί την κοινωνική αλληλεπίδραση (Καλύβα, 2005).

Τα άτομα με αυτισμό χαρακτηρίζονται ως άτομα χωρίς φαντασία. Αυτό οφείλεται στο

μειωμένο ενδιαφέρον για παιχνίδι και δημιουργικότητα. Σύμφωνα με τον Βογινδρούκα και τον Sherratt το κλειδί για αποτελεσματική εκπαίδευση αυτών των παιδιών είναι η ανάπτυξη ενός «δημιουργικού νου».

Βασικός παράγοντας για την εκμάθηση του παιχνιδιού και την ανάπτυξη της δημιουργικότητας είναι η κατανόηση της γλώσσας. Για αυτό το λόγο οι δραστηριότητες ταξινομούνται σε μέση ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του παιδιού.

Στο πρώτο μέρος κατηγοριοποιούνται οι δραστηριότητες για παιδιά, τα οποία κατανοούν έως και μία λέξη. Το κρύψιμο αντικειμένων και η παραγωγή εκφράσεων και ήχων, η παραγωγή μουσικής και τραγουδιού είναι μερικές από αυτές τις δραστηριότητες.

Στο δεύτερο μέρος οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις αναπτύσσουν το συμβολικό παιχνίδι, εφόσον τα παιδιά κατανοούν απλές εντολές και συμμετέχουν σε απλούς διαλόγους. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω του συνδυασμού των συμβολισμών, της γλώσσας και της αφήγησης. Το κουκλοθέατρο, η αναπαράσταση και η αφήγηση φανταστικών ιστοριών ή παραμυθιών αποτελούν βασικές δραστηριότητες του δεύτερου μέρους.

Οι δραστηριότητες του τρίτου μέρους αφορούν παιδιά, τα οποία κατανοούν αρκετά καλά το λόγο. Κύριος στόχος στο συγκεκριμένο μέρος είναι η ανάπτυξη παιχνιδιών με ρόλους. Τα παιχνίδια ρόλων συνδυάζουν το λόγο και την υποκριτική μέσα σε σύνθετα και εξελεγμένα πρότυπα. Η φανταστική αγορά αντικειμένων, το φανταστικό ταξίδι, η φανταστική παροχή βοήθειας ανήκουν στην κατηγορία αυτών των παιχνιδιών (Sherratt & Βογινδρούκας, 2008).

Το παιχνίδι χωρίζεται στις παρακάτω κατηγορίες σύμφωνα την Καλύβα:

- «*αισθητηριακό κινητικό*», στο οποίο τα παιδιά οικειοποιούνται με το σώμα τους και με τα περιβαλλοντικά τους αντικείμενα
- «*χειριστικό και εξερευνητικό*», αυξάνει τις γνώσεις των παιδιών για τα αντικείμενα του περιβάλλοντος τους και του κόσμου γενικότερα
- «*σκληρό και ενεργητικό φυσικό*», μέσω του οποίου τα παιδιά αναπτύσσουν κινητικές δεξιότητες και γνώσεις για την αλληλεπίδραση τους με το περιβάλλον
- «*κοινωνικό*», συμβάλλει στην ανάπτυξη συμπεριφορών και κανόνων για τη συμμετοχή σε κοινωνικές σχέσεις
- «*προσποιητό*», βελτιώνει τις ικανότητες ανάπτυξης συμβολικού παιχνιδιού, δηλαδή την χρήση συμβόλων και αντικειμένων για την αναπαράσταση σκέψεων

Η επιστήμη της λογοθεραπείας ασχολείται κυρίως με το κοινωνικό και προσποιητό παιχνίδι σε άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Όσον αφορά την προσέγγιση των παιδιών μέσω παιχνιδιού γίνεται λόγος για τη μη κατευθυνόμενη θεραπεία και την πιλοτική εκπαίδευση. Η μη

κατευθυνόμενη θεραπεία χορηγείται σε παιδιά για να αναπτύξουν προγλωσσικές ικανότητες και σταδιακά λόγο. Σύμφωνα με αυτή τη θεραπεία η τροποποίηση του περιβάλλοντος παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπλήρωση των στόχων. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο θεραπευτής παρακολουθεί το παιδί και μιμείται τις κινήσεις του παράγοντας ανάλογα σχόλιο ταυτόχρονα. Η πιλοτική εκπαίδευση χρησιμοποιείται είτε από θεραπευτές είτε από γονείς και ωφελεί στην βελτίωση των δεξιοτήτων του παιχνιδιού και στη δημιουργία κινήτρου για παιχνίδι. Μέσω της δραματοποίησης τα παιδιά ήδη περνάνε θετικό χρόνο σε κοινωνική αλληλεπίδραση. Με αποτέλεσμα την βελτίωση συμβολικού παιχνιδιού, της κατάλληλης κοινωνικής αντίδρασης.

Το 1981 ο Rogers βασίστηκε στη θεωρία του Piaget και ανέπτυξε το Denver Health Sciences Program (DHSP). Ο πυρήνας του προγράμματος είναι το παιχνίδι. Το παιχνίδι βελτιώνει το γνωστικό, γλωσσικό, κοινωνικό επίπεδο και τις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Το παιχνίδι είναι μέσο για την ανάπτυξη του λόγου, των επικοινωνιακών ικανοτήτων και των κοινωνικών σχέσεων (Καλύβα,2005).

Παρακάτω στο κεφάλαιο 18, αναλύεται λεπτομερώς το παιχνίδι στο Φάσμα του Αυτισμού.

16.11 Γονείς και Συνθεραπεία

Είναι σημαντικό οι γονείς να αποδεχτούν τη διάγνωση των παιδιών τους. Μόλις κατακτηθεί αυτό, η πρόωμη παρέμβαση θα έχει μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας. Στη πρόωμη παρέμβαση οι ειδικοί πληροφορούν και στηρίζουν τους γονείς. Οι ειδικοί έχουν καθοδηγητικό ρόλο προς τους γονείς για την συνεχή εκπαίδευση των παιδιών τους. Η εκπαίδευση των γονέων γίνεται σταδιακά και μεθοδικά. Οι κύριοι μέθοδοι εκπαίδευσης βασίζονται στη θεμελιωμένη ανάλυση της συμπεριφοράς.

Η συμμετοχή των γονέων ευνοεί και ενισχύει τη θεραπευτική παρέμβαση των παιδιών τους. Ο ρόλος τους είναι συνθεραπευτικός και χρειάζονται εκπαίδευση για μια ομαλή και αποτελεσματική παρέμβαση. Είναι αναγκαίο να ακολουθηθεί εκπαιδευτικό πρωτόκολλο και ο ρόλος των γονέων να προσαρμοστεί στις ανάγκες του κάθε παιδιού.

Κάτωθι αναφέρονται προγράμματα συμβουλευτικής και εκπαίδευσης γονέων:

- 1) *«Το Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρώτη Παιδική Ηλικία «May» (The May Center for Early Childhood Education)*
- 2) *Το Πρόγραμμα του Delaware για τον Αυτισμό (The Delaware Autistic Program)*
- 3) *Το Δημόσιο Σύστημα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας με Αυτισμό της Επαρχίας Montgomery (The Montgomery Country Public School System for Preschool Children with Autism)*
- 4) *Κέντρο για την Αντιμετώπιση Αναπτυξιακών Διαταραχών του Douglass (The Douglass Developmental Disabilities Center)*

5) Το TEACCH για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (TEACCH Services for Preschool Children)

6) Το Πρόγραμμα Προσχολικής Ηλικίας Walden (The Walden Preschool)

7) Το Ινστιτούτο Ανάπτυξης του Παιδιού του Princeton (The Princeton Child Development Institute)

8) Το Νηπιαγωγείο ΕΜΕΠ (Εμπειρίες Μάθησης, ένα Εναλλακτικό Πρόγραμμα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας και τους Γονείς τους) (Learning Experiences, an Alternative Program for Preschoolers and Their Parents-LEAP Preschool)» (Γενά, 2002).

16.12 Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία χαρακτηρίζεται ως μη λεκτική παρέμβαση. Συγκεκριμένα συμβάλλει στην ανάπτυξη στοιχείων της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και κυρίως στην επίγνωση του εαυτού. Επιπλέον ωφελεί τις προλεκτικές και επικοινωνιακές δεξιότητες μέσω των μουσικών εμπειριών. Ο ειδικευμένος στη μουσικοθεραπεία λογοθεραπευτής παρατηρεί και μιμείται τις κινήσεις, τη μουσική, τους ήχους του παιδιού. Έτσι ενθαρρύνει την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων. Η θεραπεία μέσω μουσικής μειώνει σημαντικά την κοινωνική απομόνωση, τις στερεοτυπικές αντιδράσεις. Βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό τη βλεμματική επαφή, τη ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, τις επικοινωνιακές του δεξιότητες και τη δημιουργική έκφραση (Καλύβα, 2005).

17. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τα άτομα με αυτισμό εκπαιδεύονται με εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι οπτικές μέθοδοι, όπως τα μικροαντικείμενα, τα σύμβολα ή οι φωτογραφίες είναι μέρος των εναλλακτικών συστημάτων. Τα υλικά των οπτικών μεθόδων αντιπροσωπεύουν κάποιο αντικείμενο και χρησιμοποιούνται ως κάρτες αιτήματος. Η χρήση αυτών των υλικών γίνεται σε συνδυασμό και με άλλες στρατηγικές επικοινωνίας, όπως η σύνδεση της κάρτας με την προφορική ομιλία (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008). Τα προγράμματα εναλλακτικής επικοινωνίας είναι το TEACCH, το PECS (picture exchange communication system) και η νοηματική γλώσσα. Τα δύο τελευταία αναπτύσσουν βασικές δεξιότητες, με τις οποίες τα παιδιά ζητάνε ορισμένα αντικείμενα. Τονίζεται ότι το PECS και η νοηματική γλώσσα χρησιμοποιούνται συνδυαστικά με κάποιο άλλο πρόγραμμα (Καλύβα, 2005).

17.1 TEACCH (TREATMENT AND EDUCATION OF AUTISM AND RELATED COMMUNICATION)

Το 1971 ο Eric Schopler ανέπτυξε το TEACCH. <Είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό.>

Ακολουθεί ορισμένες βάσεις για την ορθή χορήγησή του. Αρχικά ενθαρρύνει την προσαρμογή του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον μέσω σταθερών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Οι δραστηριότητες του TEACCH βελτιώνει τη σχέση συνεργασίας ανάμεσα στο παιδί, στο θεραπευτή και στους γονείς. Επιπλέον το σταθερό εκπαιδευτικό πρόγραμμα οργανώνεται σύμφωνα με την αξιολόγηση των δεξιοτήτων μέσω της Κλίμακας Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού CARS και την Αναθεωρημένη Έκδοση του Ψευδοεκπαιδευτικού Προφίλ. Η προσέγγιση του βασίζεται στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και σε οπτικό εποπτικό υλικό.

Το συγκεκριμένο εναλλακτικής επικοινωνίας πρόγραμμα ακολουθεί ορισμένες αρχές για την αποτελεσματική ένταξη των παιδιών. Τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δε πρέπει να περιορίζονται, αλλά να εκπαιδεύονται για να είναι λειτουργικά. Η φοίτησή τους πρέπει να εκπληρώνεται στο κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Το ατομικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει δραστηριότητες που αρμόζουν στις προσωπικές δεξιότητες και ικανότητες του κάθε παιδιού. Στόχος του TEACCH είναι η βελτίωση των ήδη κατεκτημένων δεξιοτήτων (Καλύβα, 2005).

Αξίζει να αναφερθούν τα περιεχόμενα του προγράμματος:

1. επιστημονική βάση
2. ειδική διαγνωστική μέθοδος
3. εξατομικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για μια ολιστική ανάπτυξη
4. ενσωμάτωση διαφόρων μεθόδων για την ενίσχυση της ανάπτυξης
5. δομημένη διδασκαλία (*Structured Teaching*)

Για μια αποτελεσματική προσέγγιση είναι σημαντική η ατομική διάγνωση των παιδιών με αυτισμό. Χρησιμοποιούνται οι εξής μέθοδοι: < α) το προφίλ ανάπτυξης και συμπεριφοράς των παιδιών (PEP-R), β) το προφίλ ανάπτυξης και συμπεριφοράς των νεαρών ατόμων και των ενηλίκων (AAPEP), γ) το πρόγραμμα για την επικοινωνία και κοινωνική αλληλεπίδραση για άτομα όλων των ηλικιών, τα οποία δεν μιλούν καθόλου ή μιλούν μόνο λίγο> (Watson, Lord, Schaffer & Shopler, 1989). Μέσω αυτών των μεθόδων γίνεται η γραπτή παρατήρηση της αυθόρμητης επικοινωνίας των ατόμων. Η καταγραφή των στοιχείων πραγματοποιείται μέσω της λεπτομερούς παρατήρησης του παιδιού και μέσω της συνέντευξης του φροντιστή του (Haussler & Πατσικαθεοδώρου, 2005).

Βασικός στόχος του προγράμματος TEACCH είναι να ισορροπεί τη διαταραχή βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα των παιδιών. Οι δραστηριότητες χορηγούνται ανάλογα με το επίπεδο λειτουργικότητας και κατανόησης των ατόμων. Επιπλέον πρέπει να προσαρμόζονται σε περίπτωση που οι ανάγκες του παιδιού αλλάξουν (Καλύβα, 2005).

Οι στρατηγικές, οι οποίες χορηγούνται μέσω του προγράμματος, βασίζονται στη δομημένη διδασκαλία (Structured Teaching). Η δομημένη διδασκαλία είναι μορφή εκπαίδευσης, η οποία υποστηρίζει τις δομημένες συνθήκες και το εποπτικό υλικό. Έχει αποδειχτεί ότι τα άτομα με αυτισμό εκπαιδεύονται, κατανοούν και κατακτούν γνώσεις αποτελεσματικότερα μέσω της συγκεκριμένης διδασκαλίας.

Για την ορθή και αποτελεσματική οργάνωση της συνεδρίας χορήγησης του TEACCH συνεκτιμώνται οι εξής τομείς: < α) χώρος, β) χρόνος/διαδοχή γεγονότων, γ) οργάνωση εργασίας/σύστημα εργασίας, δ) καθήκοντα και δραστηριότητες (οδηγίες και υλικά), ε) στερεότυπες διαδικασίες ρουτίνας>.

Έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Έχει αποδειχθεί η ανάπτυξη των δεξιοτήτων και της αυτοεξυπηρέτησης και ο περιορισμός των προβληματικών συμπεριφορών. Αρκετά ενδιαφέρουσες είναι οι δηλώσεις των γονέων, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι κατανοούν, αντιμετωπίζουν και βοηθούν στις επικοινωνιακές και μαθησιακές δεξιότητες των παιδιών τους πιο ικανοποιητικά.

Όπως έχει προαναφερθεί η ενσωμάτωση μικρού μεγέθους ρουτινών στη παρέμβαση ωφελεί τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Έτσι το TEACCH έχει προσθέσει τις ρουτίνες στο πρόγραμμά του προσφέροντας σταθερότητα και σημεία προσανατολισμού. Ωστόσο το πρόγραμμα βελτιώνει τις ρουτίνες μετατρέποντάς τις σε λειτουργικές δραστηριότητες ρουτίνας, μέσω των οποίων διδάσκονται στρατηγικές για μια πιο αποτελεσματική συμπεριφορά. Ένα παράδειγμα λειτουργικής ρουτίνας είναι η συνεχής παροχή συνακολουθιών <πρώτα...μετά...>, μέσω της οποίας οργανώνεται ένα χρονικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τη θεωρία του TEACCH ωφελεί τα παιδιά να ξέρουν ότι πρώτα θα κάνουν δραστηριότητα και μετά θα κάνουν διάλλειμα (Hausler & Πατσικαθεοδώρου, 2005).

Αξίζει να αναφερθεί ότι το TEACCH έχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη ενσυναίσθησης των παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Είναι προσαρμοσμένο ανάλογα με τις σχολικές τάξεις και ζητείται άδεια εφαρμογής από τους γονείς. Βασικό πλεονέκτημα του προσαρμοσμένου προγράμματος είναι η ομαλή ένταξη των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και από την πλευρά των παιδιών (Καλύβα, 2005).

Σημαντικό πλεονέκτημα του προγράμματος είναι η εκπαίδευση των φροντιστών των παιδιών με αυτισμό με στρατηγικές και κατευθύνσεις, τις οποίες προσαρμόζουν σε ανάλογες

προοπτικές σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Haussler & Πατσικαθεοδώρου, 2005).

17.2 PECS (PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM)

Το 1994 οι A. Bondy και L. Frost ανέπτυξαν το PECS και βασίζεται στις αρχές της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται συνδυαστικά συνήθως με το TEACCH ή το MAKATON και απευθύνεται κυρίως σε άτομα χωρίς λόγο ή επικοινωνιακές δεξιότητες, δηλαδή που βρίσκονται στο προλεκτικό στάδιο της ανάπτυξής τους. Αποτελείται από έξι φάσεις και ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύει το παιδί να εκφράζει επιθυμία ή σχόλιο μέσω δήξης των εικόνων. Όταν το παιδί τοποθετεί σε σειρά παραπάνω από μία εικόνες/φωτογραφίες, τότε παράγει πρόταση. Ένας από τους στόχους του είναι η ανάπτυξη του αυθορμητισμού. Η κατάλληλη ανταμοιβή ενθαρρύνει τον αυθορμητισμό (Καλύβα,2005) (Sherrat & Βογινδρούκας, 2008)

17.3 Νοηματική Γλώσσα

Ακόμα ένα σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας είναι η νοηματική γλώσσα. Χρησιμοποιείται κυρίως σε άτομα που δεν έχουν λόγο. Οι θεραπευτές και οι οικογένειές τους, οι οποίοι είναι γνώστες της νοηματικής γλώσσας, προφέρουν τις ανάλογες λέξεις σε συνδυασμό με τα νοήματα. Με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται και ο προφορικός λόγος των παιδιών. Οι έρευνες αναφέρουν ότι η νοηματική γλώσσα μειώνει τη διάσπαση και την αυτοδιέγερση των ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ένα μειονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η περιορισμένη χρήση του από την κοινωνία, καθώς χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον από θεραπευτές ή οικογένειες που φροντίζουν άτομα με δυσκολίες στο λόγο. Τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να κατανοήσουν το νόημα της επικοινωνίας, για αυτό το λόγο χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα για την εκπλήρωση των αναγκών τους και όχι για να επικοινωνήσουν ουσιαστικά. Παρατηρείται ότι τα παιδιά με αυτισμό παράγουν μεμονωμένα νοήματα, ενώ τα παιδιά με κώφωση παράγουν αποτελεσματικά και ουσιώδη νοήματα (Καλύβα, 2005).

17.4 MAKATON

Η Margaret Walker ανέπτυξε το MAKATON το 1970. Το MAKATON είναι πρόγραμμα επικοινωνίας, το οποίο προωθεί την γλωσσική ανάπτυξη των ατόμων με διαταραχή επικοινωνίας. Επιπλέον είναι ωφέλιμο και για τα πρώιμα στάδια της ανάγνωσης και της γραφής. Χορηγείται σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, με αυτισμό, με επίκτητες γλωσσικές διαταραχές και σε άτομα με ειδική γλωσσική διαταραχή.

Όσον αφορά το περιεχόμενο του προγράμματος αποτελείται από 450 έννοιες βασικού

λεξιλογίου. Επιπρόσθετα χορηγείται παράλληλα με πολυαισθητηριακή προσέγγιση, δηλαδή συνδυάζονται η προφορική ομιλία, τα νοήματα και τα γραπτά σύμβολα. Ένα βασικό πλεονέκτημα του ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ότι εκπαιδεύει τα άτομα σύμφωνα με το δικό τους προσωπικό επικοινωνιακό επίπεδο και ρυθμό. Το πρόγραμμα είναι ωφέλιμο σε άτομα με αυτισμό, τα οποία μιμούνται τις κινήσεις των άλλων (ηχοπραξία), επειδή η χρήση νοημάτων κυριαρχεί στο ΜΑΚΑΤΟΝ.

Λεπτομερώς, η χρήση οπτικών μεθόδων βοηθάει σημαντικά τα άτομα με αυτισμό. Με τη βοήθεια των συμβόλων του ΜΑΚΑΤΟΝ ο λογοθεραπευτής ενθαρρύνει το παιδί να αναπτύξει λόγο, κυρίως μέσω της περιγραφής. Η δομή προτάσεων ποικίλει ανάλογα με τα σύμβολα που παρουσιάζονται στο παιδί. Επιπρόσθετες στρατηγικές για την παραγωγή πρότασης είναι η χρήση ερωτήσεων, όπως «Ποιος είναι;, Τι κάνει» (Sherratt & Βογινδρούκας, 2008).

18. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙ

Ένα μεγάλο μέρος της ζωής του παιδιού καταλαμβάνει το παιχνίδι, μία δραστηριότητα που συμβάλλει στην κοινωνική και γνωστική του ωρίμανση (Rogers & Sawyers, 1995). Όπως υποστήριξε ο Wolfberg (1999), «το παιχνίδι είναι μία αναπαραγωγή, προβολή, αναμόρφωση εικόνων, γνώσεων, συναισθημάτων και εντυπώσεων. Είναι ένας πειραματισμός με γνωστά υλικά σε άγνωστες συνθήκες και γι' αυτό έχει, κατά κάποιον τρόπο, τη σύνθεση του ονείρου».

Το παιχνίδι είναι παρόν σε όλους τους πολιτισμούς, όλα τα έθνη, όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, όλες τις περιοχές και γενικότερα σε όλες τις καταστάσεις. Η τάση του παιδιού για παιχνίδι υπάρχει πάντα, ανεξάρτητα με το τι μπορεί να βιώνει (π.χ. πίεση, στεναχώρια, οικονομικά προβλήματα κ.α.). Η σπουδαιότητα και η σημασία του παιχνιδιού είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς συμβάλλει στην πρόοδο της κινητικής, γλωσσικής και συναισθηματικής ανάπτυξης, της νόησης, των κοινωνικών δεξιοτήτων αλλά και της καλλιτεχνικής έκφρασης (Wolfberg, 1999).

18.1 Πρώιμοι Τύποι Παιχνιδιού

Ο ενήλικας είναι το πρώτο παιχνίδι του παιδιού. Μέσω των χειρονομιών, των ήχων, των εκφράσεων του πρόσωπου και της μίμησης, το παιδί και ο ενήλικας επικοινωνούν και παίζουν. Οι ιδιότητες των αντικειμένων επηρεάζουν το παιχνίδι και έτσι προκύπτουν 4 κατηγορίες παιχνιδιού.

- **Αισθησιο-κινητικό παιχνίδι (sensimotor play).** Παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 έως τους 8 μήνες της ζωής. Σύμφωνα με τον Piaget, αντιστοιχεί στην αισθησιο-κινητική περίοδο της νοητικής ανάπτυξης. Αναφέρεται στη δραστηριότητα όπου το παιδί αρχίζει να αποκτά έλεγχο των κινήσεών του μέσω επαναλαμβανόμενων και εξερευνητικών κινήσεων. Τα βρέφη ασχολούνται με αυτό του είδους το παιχνίδι τις περισσότερες ώρες που είναι ξύπνια, αντιλαμβάνοντας τον κόσμο μέσα από την αφή, την όραση και τους ήχους. Εξερευνούν τα αντικείμενα αρπάζοντάς τα, κρατώντας τα και στριφογυρίζοντάς τα. Συμβαίνει ταυτόχρονα με την πρώιμη αλληλεπίδραση και την κοινή προσοχή, όπου το παιδί σχετίζεται με έναν ενήλικα τη φορά. Αυτό το είδος παιχνιδιού εξαρτάται από την επίτευξη της «μονιμότητας του αντικειμένου» (Garvey, 1990).
- **Οργανωτικό παιχνίδι (organizing play).** Εμφανίζεται στους πρώτους 6 έως τους 9 μήνες της ζωής. Το παιδί ήδη έχει αναπτύξει στρατηγικές εξέτασης του περιβάλλοντα κόσμου και αντιλαμβάνεται ότι τα αντικείμενα έχουν σταθερές ιδιότητες. Τα παιχνίδια οργανώνονται

χωρίς να δίνεται σημασία στον πραγματικό τους σκοπό. Μπορεί να τοποθετούνται σε μία σειρά, το ένα πάνω στο άλλο, το ένα μέσα στο άλλο κ.ο.κ. Το παιδί σε αυτήν την ηλικία γίνεται γνώστης των δικών του ενεργειών και αυτών των άλλων ανθρώπων. Βασικό στοιχείο του οργανωτικού παιχνιδιού αποτελεί η μίμηση, καθώς το παιδί αρχίζει να αντιγράφει τη συμπεριφορά των άλλων ή τη χρήση των αντικειμένων, χωρίς να καταλαβαίνει γιατί το έκανε (Garvey, 1990).

- **Λειτουργικό παιχνίδι (functional play).** Εμφανίζεται στους 9 έως 12 μήνες της ζωής. Σε αυτό το στάδιο, τα παιχνίδια χρησιμοποιούνται αυθόρμητα και συνειδητά, σύμφωνα με τη χρήση και τη λειτουργία τους. Το παιδί γνωρίζει ότι οι άλλοι δίνουν προσοχή στα αντικείμενα και είναι απορροφημένο στη μίμηση της συμπεριφοράς που παρουσιάζουν οι άλλοι σε αυτά. Το παιχνίδι χρησιμοποιείται κατά τρόπο παραδοσιακό, π.χ. αντί το παιδί να στοιβάξει τα αυτοκίνητα το ένα πάνω στο άλλο για να φτιάξει ένα κάστρο, τα κυλάει πάνω στο πάτωμα (Jahr & Eldevik, 2007; Ungerer & Sigman, 1981).
- **Συμβολικό παιχνίδι (αναπαραστατικό παιχνίδι/ representational play ή προσποιητό παιχνίδι/ pretend play).** Εμφανίζεται στους 18 περίπου μήνες της ζωής και όσο το παιδί μεγαλώνει, γίνεται όλο και πιο σύνθετο. Εδώ, ο χειρισμός των αντικειμένων γίνεται με τρόπο συμβολικό, στο οποίο το παιδί αλλοιώνει την πραγματικότητα και τροποποιεί τα δεδομένα με το δικό του ελεύθερο και φανταστικό τρόπο, π.χ. προσποιείται ότι ένα τουβλάκι είναι αυτοκίνητο (Παρασκευόπουλος, 1985).

Είναι μία πολύτιμη είσοδος στο συναισθηματικό και γνωστικό κόσμο του παιδιού, ενώ παράλληλα αντανακλά την ικανότητά του να κάνει νοερές παραστάσεις (η ικανότητα να φαντάζεται τι σκέφτονται οι άλλοι). Απαραίτητα χαρακτηριστικά του συμβολικού παιχνιδιού είναι η κοινωνική δραματοποίηση και η θεματική φαντασία. Στην πρώτη, το παιδί ενεργεί συνειδητά στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, εμπλέκοντας τις περισσότερες φορές δύο ή περισσότερους ανθρώπους σε μία σειρά ενεργειών η οποία αναφέρεται σε απλές καθημερινές ιστορίες, π.χ. προσποιείται ότι μαγειρεύει ένα φαγητό για κάποιον επισκέπτη. Στη θεματική φαντασία, προσποιείται με τη χρήση φαντασίας και δημιουργικότητας μέσα σε ένα δυναμικό αφήγημα, προσθέτοντας στοιχεία που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν, π.χ. προσποιείται πως λερώνεται και σκουπίζει τη «βρωμιά».

18.2 Τα Χαρακτηριστικά του Παιχνιδιού στα Παιδιά με Δ.Α.Φ.

Το παιχνίδι των παιδιών με ΔΑΦ, αν υπάρχει, έχει περιγραφεί ως ασυνήθιστο, καθώς παρουσιάζουν εγγενείς δυσλειτουργίες στα τρία βασικά στοιχεία στις δραστηριότητες παιχνιδιού (κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία και φαντασία) (Beyer & Gammeltoft, 2000).

Σχετικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι το παιχνίδι στα παιδιά με ΔΑΦ δεν είναι μόνο αναπτυξιακά κατώτερο από το παιχνίδι των παιδιών τυπικής ανάπτυξης, αλλά και ποιοτικά διαφορετικό (Κυπριωτάκης, 1997; Ungerer & Sigman, 1981).

Τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, ήδη από τον πρώτο χρόνο της ζωής τους αρχίζουν να παίζουν με δική τους πρωτοβουλία (κάτι που στα παιδιά με ΔΑΦ δεν υφίσταται, καθώς τα χαρακτηρίζει μία γενική απάθεια όσον αφορά την εμπλοκή στο παιχνίδι) και ως τα τέσσερα τους χρόνια αναπτύσσουν οργανωμένο συμβολικό και κοινωνικό-δραματικό παιχνίδι με τους συνομηλικούς τους. Τα παιδιά με ΔΑΦ, όμως, δεν καταφέρνουν να αναπτύξουν ως την ηλικία των τεσσάρων χρόνων οργανωμένο συμβολικό και κοινωνικό-δραματικό παιχνίδι.

Όσον αφορά το παιχνίδι των παιδιών με ΔΑΦ, εντοπίζονται τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Γενά, 2002):

- ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών
- αποχή από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι
- αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλικούς
- υπερβολική προσκόλληση σε συγκεκριμένα παιχνίδια
- ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών
- απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού, καθώς και παιχνιδιού ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού
- έλλειψη φαντασίας και προσποίησης

α) ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών

Το παιχνίδι στα παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενο και στερεοτυπικό, χωρίς κανένα σκοπό. Μπορεί να εκτελούν απλές πράξεις (π.χ. χτυπούν τα αντικείμενα, τα στοιβάζουν κ.α.) αλλά και πιο σύνθετες (π.χ. τα παρατάσσουν σε σειρά το ένα πίσω στο άλλο σύμφωνα με τα φυσικά τους χαρακτηριστικά ή το χρώμα τους). Παρόλα αυτά, χαρακτηρίζονται από άψογη ισορροπία και συντονισμό (Frith, 1999. Haddon, 2004. Κυπριωτάκης, 1997. Wolfberg, 1999). Δεν αγκαλιάζουν τις κούκλες ή τα λούτρινα ζώα, όπως ήταν αναμενόμενο να κάνουν τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αλλά τα αντιμετωπίζουν σαν αντικείμενα, τοποθετώντας τα το ένα μετά το άλλο (Frith, 1999). Ακόμη, λατρεύουν τα puzzles και τα συναρμολογούν διαφορετικά από ότι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Ο Wolfberg (1999) περιγράφει την Τερέζα, ένα κορίτσι το οποίο ήταν ιδιαίτερα συνδεδεμένο με μία συγκεκριμένη κούκλα. Κάθε μέρα ακολουθούσε την ίδια ακριβώς σειρά ενεργειών, πρώτα την έλουζε και ύστερα την χτένιζε. Ένα άλλο παιδί, ο Freddy, έπαιζε το ίδιο παιχνίδι σκακιού καθημερινά.

β) αποχή από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι

Σε αντίθεση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, όπου χρησιμοποιούν τα παιχνίδια με τρόπο και σκοπό διαφορετικό από αυτόν που έχουν κατασκευαστεί, τα παιδιά με ΔΑΦ αδυνατούν να

ασχοληθούν με το συμβολικό παιχνίδι. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα σοβαρό σύμπτωμα και κριτήριο διάγνωσης του αυτισμού (Κυπριωτάκης, 1997).

Γενικότερα, το επίπεδο του παιχνιδιού των παιδιών με ΔΑΦ είναι πολύ κατώτερο. Δεν εμπλέκονται σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη φαντασία (υπόδυση ρόλων, ιστορίες που αφορούν φανταστικά γεγονότα), την κοινωνική αμοιβαιότητα και την επικοινωνία. Ίσως, η ανικανότητα αυτή να προκύπτει εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικής αλληλεπίδρασης, εφόσον αυτή θεωρείται απαραίτητη για τη θεωρία της νόησης (Κυπριωτάκης, 1997).

Μπορούν να κατανοήσουν τη λειτουργία των εκάστοτε αντικειμένων, δεν έχουν, όμως, την ικανότητα να σχηματίσουν και να συγκρατήσουν εσωτερικές παραστάσεις αυτής της λειτουργίας, τις οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν στο παιχνίδι (Ungerer & Sigman, 1981). Επιπροσθέτως, έχουν δυσκολίες στη μίμηση συμβολικών ενεργειών. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε μία γενική ανεπάρκεια στο σχηματισμό συμβόλων (Παπακωνσταντίνου, 2001).

Ο Stahmer (1999), έρχεται να δώσει μία εξήγηση στην αδυναμία των παιδιών με ΔΑΦ στο συμβολικό παιχνίδι, ισχυριζόμενος ότι οφείλεται στο γεγονός ότι βρίσκουν το παιχνίδι δύσκολο, με αποτέλεσμα να βιώνουν επαναλαμβανόμενες αποτυχίες. Αυτό μπορεί με το χρόνο να οδηγήσει σε ένα συναίσθημα απογοήτευσης και σε παντελή έλλειψη κινήτρου για παιχνίδι.

Το παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό μπορεί επομένως, να θεωρηθεί ανεπαρκές. Η Sherratt (2001), αναφέρει ότι η δυσκολία αυτή προκύπτει από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αναφορικά με την οργάνωση της σκέψης τους και τη μετάδοση αυτών των σκέψεων σε άλλους.

Βέβαια, ένα παιδί μπορεί να παίζει καλά, ακόμα και αν εμείς δεν το αντιλαμβανόμαστε. Πράγματι, έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά στο φάσμα μπορεί να ανταποκριθούν με επιτυχία στη διενέργεια ενός συμβολικού παιχνιδιού, ιδιαίτερα ένα αυτό έχει δομηθεί σωστά και παρέχονται και ορισμένες βοήθειες (prompts) προκειμένου να υποκινήσουν την προσποίηση (Jarrold, Boucher & Smith, 1996).

γ) αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλίκους

Το ομαδικό παιχνίδι είναι αδιαμφισβήτητα η μεγαλύτερη δυσχέρεια που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο φάσμα στα πλαίσια του παιχνιδιού. Δεν διακατέχονται από την προδιάθεση να παίζουν αυθόρμητα με τα συνομήλικα παιδιά (Wolfberg, 1999). Τα παιχνίδια των άλλων παιδιών τους αφήνουν συνήθως αδιάφορα. Πολλές φορές αρπάζουν βίαια το παιχνίδι ενός άλλου παιδιού, χωρίς να ενδιαφέρονται σε ποιον ανήκει και μετά από λίγο χρονικό διάστημα το εγκαταλείπουν (Κολλάτος, 1984). Αποφεύγουν τη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες αλλά και τους ίδιους τους συνομηλίκους όταν τους πλησιάζουν. Ο μόνος λόγος που θα επιτρέψει ένα παιδί με ΔΑΦ να πάρει κάποιος μέρος στο παιχνίδι του, είναι όταν ο άλλος μετατρέπεται στον «μηχανικό βοηθό» του (Παπακωνσταντίνου, 2001; Wolfberg, 2001). Σε γενικότερες γραμμές, όμως, δεν ανοίγονται όταν

τους προσεγγίζουν, αδιαφορούν και δυσκολεύονται στο πλαίσιο ενός συντονισμένου παιχνιδιού, καθώς δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τα κοινωνικά και επικοινωνιακά σήματα αλλά ούτε και να παράξουν παιχνίδι φαντασίας.

Η έλλειψη αυτής της αλληλεπίδρασης σημαδεύει την περίοδο της ανάπτυξης των παιδιών με ΔΑΦ (Wolfberg, 1999). Παρόλα αυτά, μετά την ηλικία των 5, ο βαθμός της κοινωνικοποίησης τους αυξάνεται με εντυπωσιακό ρυθμό.

Στην ουσία, δεν πρόκειται για έλλειψη επιθυμίας να αλληλεπιδράσουν, αλλά στερηση των απαραίτητων κοινωνικών δεξιοτήτων προκειμένου να προβούν σε μία κοινωνική συναλλαγή. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΑΦ προβαίνουν σε μη συμβατικά μέσα προκειμένου να μεταβιβάσουν οτιδήποτε αισθάνονται ή θέλουν να πουν. Αυτό σε συνδυασμό με την έλλειψη κατανόησης των κοινωνικών σημαδιών, δημιουργεί αρχικά δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αφετέρου στην ικανότητα τους για δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι (Beyer & Gammeltoft, 2000).

δ) υπερβολική προσήλωση σε συγκεκριμένα παιχνίδια

Τα παιδιά με ΔΑΦ προσκολλούνται σε ορισμένες μόνο δραστηριότητες με επίμονο και υπερβολικό τρόπο. Οι δραστηριότητες αυτές δε θυμίζουν καθόλου παιχνίδι και δε συμβαδίζουν ούτε έχουν κοινά στοιχεία με αυτές των παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Τέτοιες δραστηριότητες είναι το ανοιγοκλείσιμο της πόρτας, το καθημερινό ανεβοκατέβασμα της σκάλας, το στοίβαγμα τούβλων, η μίμηση θορύβων και ήχων κ.α. (Frith, 1999; Lefèvre, 1998; Wolfberg, 1999).

Απορροφούνται και ενθουσιάζονται τόσο πολύ με συγκεκριμένα στοιχεία του παιχνιδιού, που η απόπειρα να τα αποσπάσεις στη συνέχεια από αυτό καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς έχουν ήδη «εθιστεί» με την όλη διαδικασία. Όπως υποστήριξε ο Wolfberg (1999), *«πρόκειται για επαναληπτικό παιχνίδι, που ποικίλλει από το χειρισμό αντικειμένων και την ενεργοποίηση περίπλοκων ρουτινών έως την επιδίωξη πολύ συγκεκριμένων ενδιαφερόντων, που χαρακτηρίζονται από εμμονές»*.

Τέλος, εντυπωσιάζονται με το νερό και την αλληλεπίδρασή τους με αυτό και γενικότερα με την κίνηση, το ρυθμό και την έντονη σωματική επαφή (Lefèvre, 1998; Wolfberg, 1999).

ε) ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών

Η γενικότερη δυσκολία στα παιδιά με ΔΑΦ είναι ο περιορισμένος αριθμός παιχνιδιών με τα οποία ασχολούνται. Ωστόσο, ακόμα και να δείξουν ενδιαφέρον για ορισμένα παιχνίδια ή δραστηριότητες, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμμείνουν σε αυτά, χωρίς να ασχοληθούν με καμία άλλη δραστηριότητα για αρκετές εβδομάδες. Αντικείμενα όπως καλειδοσκόπια, περιστρεφόμενα αντικείμενα και παιχνίδια που εκπέμπουν φως είναι αντικείμενα-φετίχ για τα παιδιά με ΔΑΦ (Lefèvre, 1998).

Τέλος, ξεχωρίζουν και διακρίνονται σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν μνημονική

ικανότητα, σχέδιο, μουσική, ταξινόμηση και ιπασία, ενώ δυσκολεύονται σε λεκτικά παιχνίδια όπως λογοπαίγνια και σπαζοκεφαλιές.

Οι Roeyers και Berckelaer-Onnes (1994) αναλύουν τρεις λόγους στους οποίους μπορεί να οφείλεται η αδυναμία των παιδιών με ΔΑΦ στο παιχνίδι. Ο πρώτος διαπραγματεύεται τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στα προηγούμενα επίπεδα παιχνιδιού. Πιο συγκεκριμένα, για να είναι ικανό το παιδί να συμμετάσχει άρτια στο λειτουργικό και κοινωνικό παιχνίδι, πρέπει να περάσει με τον κατάλληλο τρόπο από τα προηγούμενα στάδια απλού χειρισμού (π.χ. μορφασμοί με το στόμα, νοήματα με τα χέρια) και παρόμοιου παιχνιδιού. Τα παιδιά με ΔΑΦ χαρακτηρίζονται από περιορισμένη εμπειρία σε αυτές τις δύο κατηγορίες, λόγω έλλειψης της περιέργειας και ανάγκης για εξερεύνηση (Shields, 1999).

Ο δεύτερος λόγος έχει να κάνει με τη γνωστική θεωρία, η οποία αφορά την ανεπαρκή συμβολική σκέψη του παιδιού, με αποτέλεσμα την αδυναμία διαμόρφωσης και χειρισμού συμβόλων. Ο χειρισμός των συμβόλων προϋποθέτει τη μεταπαραστατική ικανότητα, ικανότητα στην οποία υστερούν τα παιδιά με ΔΑΦ, αντιμετωπίζοντας έτσι προβλήματα στη γλώσσα και στο παιχνίδι (Mash, Barkley & Heffernan, 2003)

Ο τρίτος και τελευταίος λόγος αποτελείται από τη βουλητική θεωρία, η οποία προτείνει ότι το συμβολικό παιχνίδι των παιδιών στο φάσμα είναι λιγότερο ανεπαρκές από το αυθόρμητο παιχνίδι τους. Αυτό έρχεται σε σύγκρουση με τη γνωστική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι τα παιδιά μπορούν να παίξουν συμβολικό παιχνίδι, αλλά δεν το κάνουν τόσο αυθόρμητα (Stahmer, 1999).

19. ΔΙΑΣΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά του αυτιστικού φάσματος, αλλά δεν είναι αρκετά για να θεωρηθούν κλινικά ότι ανήκουν στο φάσμα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σύνδρομο Asperger, δηλαδή σύμφωνα με το DSM-V, όσα άτομα έχουν διαγνωσθεί με Αυτισμό επιπέδου 1 και υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό. Αυτά τα άτομα είναι συνήθως ιδιαίτερα έξυπνα και επικεντρώνονται σε συγκεκριμένα ενδιαφέροντα που επιλέγουν και χρησιμοποιούν τις αυτιστικές τους ικανότητες για να ξεχωρίζουν σε αυτό που κάνουν. Πολλοί διάσημοι καλλιτέχνες, επιστήμονες και μαθηματικοί παρουσίαζαν αρκετά “σημάδια” της Διάχυτης Αυτιστικής Διαταραχής, όμως αυτό όμως μπορεί να μην είναι αληθές (Lennard-Brown, 2004).

Άτομα που πιθανολογείται να κατατάσσονταν στο φάσμα του αυτισμού είναι οι εξής:

- 1) Άλμπερτ Αϊνστάιν (1879-1955). Ήταν φυσικός γερμανοεβραϊκής καταγωγής, ο οποίος έχει βραβευθεί με το Νόμπελ Φυσικής το 1921 για τις υπηρεσίες του στην θεωρητική φυσική. Είναι ο θεμελιωτής της Θεωρίας της Σχετικότητας και από πολλούς θεωρείται ο σημαντικότερος επιστήμονας του 20ού αιώνα και όλων των εποχών.
- 2) Αλεξάντερ Γκράχαμ Μπελ (1847-1922). Διαπρεπής Σκωτσέζος επιστήμονας, εφευρέτης και μηχανικός, ο οποίος θεωρείται ως εφευρέτης του πρώτου πρακτικού τηλεφώνου.
- 3) Λούντβιχ Βαν Μπετόβεν (1770-1827). Γερμανός μουσικός και συνθέτης. Φημολογείται ότι είχε προβλήματα ακοής, αλλά αυτό δεν τον εμπόδιζε να συνθέτει και να δημιουργεί ήχους με τα ηχητικά κύματα και τις δονήσεις που αισθανόταν. Αποτέλεσε μία από τις κεντρικότερες μορφές της κλασσικής μουσικής και συγκαταλέγεται σήμερα ανάμεσα στους ευρύτερα αποδεκτούς συνθέτες όλων των μουσικών περιόδων και τους πλέον γνωστούς όλων των εποχών. Οι συμφωνίες και τα κονσέρτα για πιάνο που συνέθεσε αποτελούν τα πιο δημοφιλή έργα του. Από πολλούς αναγνωρίζεται ως μια από τις μουσικές ιδιοφυΐες, παράδειγμα και μέτρο σύγκρισης για όλους τους μεταγενέστερους συνθέτες.
- 4) Λεονάρντο Ντα Βίντσι (1452-1519). Ιταλός πολυμαθής της Αναγέννησης: ζωγράφος, γλύπτης, αρχιτέκτονας, μουσικός, μαθηματικός, μηχανικός, εφευρέτης, ανατόμος, γεωλόγος, χαρτογράφος, βοτανολόγος και συγγραφέας. Είναι γνωστός για τους πίνακες του και ο δημοφιλέστερος ο πίνακας της Μόνα Λίζα, πού βρίσκεται στο Μουσείο του Λούβρου στο Παρίσι.
- 5) Τόμας Έντισον (1847-1931). Αμερικανός εφευρέτης και επιχειρηματίας. Ανέπτυξε πολλές συσκευές που επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τη ζωή σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου του

φωνογράφου, η φωτογραφική μηχανή κινηματογράφου, και το ηλεκτρικό λαμπτήρα.

6) Νίκολας Τέσλα (1856-1943). Λαμπρός Σέρβος εφευρέτης μηχανολόγος, ηλεκτρολόγος μηχανικός, και ένας από τους σημαντικότερους φυσικούς στην ιστορία της επιστήμης. Μεγάλη του εφεύρεση ήταν το πηνίο, που φέρει και το όνομά του. Είχε πολλές φοβίες, ευαισθησία στο φως και τον ήχο, ήταν γλυκομίλητος, σε γενικές γραμμές μοναχικός και φανατικός με την δουλειά του. Παρόλο την ιδεοψυχαναγκαστική του συμπεριφορά, παρουσίαζε πολλά χαρακτηριστικά του αυτισμού.

7) Ισαάκ Νεύτων (1642-1727). Άγγλος φυσικός και μαθηματικός που θεωρείται ευρέως ως ένας από τους πλέον σημαντικούς επιστήμονες όλων των εποχών και το κλειδί στην επιστημονική επανάσταση.

8) Μικελάντζελο (1457-1564). Ιταλός γλύπτης, ζωγράφος, αρχιτέκτονας, ποιητής, και μηχανικός του Ύπατου Αναγέννησης, που άσκησε μία απaráμιλλη επίδραση στην ανάπτυξη της Δυτικής τέχνης.

9) Τζέιν Όστιν (1775-1817). Αγγλίδα μυθιστοριογράφος της οποίας τα έργα ήταν ρομαντικής φαντασίας, μεταξύ των αριστοκρατών γαιοκτημόνων και κέρδισε μια θέση ως μία από τις πιο ευρέως πολυδιαβασμένες συγγραφείς στην αγγλική λογοτεχνία.

10) Βίνσεντ Βαν Γκογκ (1853-1890). Μετά-μπρεσιονιστής ζωγράφος του οποίου το έργο, διακρίνεται για την άγρια ομορφιά της, τη συναισθηματική ειλικρίνεια και έντονο χρώμα, το οποίο οφείλεται σε πιθανή αχρωματοψία στους οφθαλμούς του. Επίσης, είχε μια εκτεταμένη επιρροή στην τέχνη του 20ού αιώνα.

11) Βόλφγκανγκ Αμαντέους Μότσαρτ (1756- 1791). Παραγωγικός συνθέτης που είχε μεγάλη επιρροή στην κλασική εποχή. Ο Μότσαρτ έδειξε τεράστια ικανότητα από τα πρώτα παιδικά του χρόνια, αφού στην ηλικία των 5 συνέθεσε μικρά κομμάτια που έπαιζε στον πατέρα του.

12) Τόμας Τζέφερσον (1743-1826). Αμερικανός ιδρυτής, κύριος συντάκτης της Διακήρυξης της Ανεξαρτησίας και ο τρίτος Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών.

13) Βενιαμίν Φραγκλίνος (1706-1790). Ένας από τους ιδρυτές των Ηνωμένων Πολιτειών. Ο Φραγκλίνος ήταν κορυφαίος συγγραφέας, τυπογράφος, θεωρητικός πολιτικός, πολιτικός, διευθυντής του ταχυδρομείου, επιστήμονας, μουσικός, εφευρέτης, σατιρικός, πολιτικός ακτιβιστής και διπλωμάτης. Ως επιστήμονας, ήταν μια σημαντική φιγούρα στην Αμερικάνικο Διαφωτισμό και στην ιστορία της Φυσικής για τις ανακαλύψεις και τις θεωρίες του σχετικά με την ηλεκτρική ενέργεια.

14) Έμιλι Ντίκινσον (1830-1886). Αμερικανίδα ποιητής, η οποία γεννήθηκε στο Amherst στη Μασαχουσέτη, σε μια επιτυχημένη οικογένεια με ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς. Έζησε μια ως επί το πλείστον εσωστρεφής και μοναχική ζωή.

15) Τζορτζ Μπέρναρντ Σο (1856-1950). Ιρλανδός θεατρικός συγγραφέας και συνιδρυτής του London School of Economics. Παρά το γεγονός ότι η πρώτη του κερδοφόρα συγγραφή ήταν η μουσική και λογοτεχνική κριτική, υπό την ιδιότητά του έγραψε πολλά εξαιρετικά ευκρινής κομμάτια της δημοσιογραφίας. Είχε μεγάλο ταλέντο για το δράμα, και έγραψε πάνω από 60 θεατρικά έργα.

16) Άλαν Τιούρινγκ (1912-1954). Υπεύθυνος για την αποκωδικοποίηση των κωδικών των NAZI, με αποτέλεσμα να επιτρέψει στους Συμμάχους να κερδίσουν τον πόλεμο.

17) Άλφρεντ Χίτσκοκ (1899- 1980). Αγγλος σκηνοθέτης και παραγωγός. Πρωτοστάτησε με πολλές τεχνικές σε ταινίες αγωνίας και ψυχολογικού θρίλερ.

18) Άντι Κάουφμαν (1949-1984). Αμερικανός καλλιτέχνης, ηθοποιός και έκανε πολλές παραστάσεις.

19) Μάρκ Τουαίην (1835-1910). Ο Σάμουελ Κλέμενς, περισσότερο γνωστός με το ψευδώνυμο του Μάρκ Τουαίην, ήταν ένας Αμερικανός συγγραφέας και χιουμορίστας. Έγραψε το έργο “Οι περιπέτειες του Τομ Σόγιερ” και η συνέχεια του, “Οι περιπέτειες του Huckleberry Finn”, το τελευταίο που συχνά αποκαλείται “το μεγάλο αμερικανικό μυθιστόρημα”.

Παρακάτω θα αναφερθούν διάσημα πρόσωπα εν ζωή που κατατάσσονται στο φάσμα του Αυτισμού:

α) Σούζαν Μπόιλ (1961-). Διεθνές αστέρι, γνωστή για την εκπληκτική φωνή της, καθώς αναδείχθηκε νικήτρια σε εκπομπή που αναδείκνυε τα ταλέντα των ανθρώπων. Το 2013, αποκάλυψε ότι είχε διαγνωστεί με Σύνδρομο Asperger ένα χρόνο νωρίτερα, και τώρα αισθάνεται πολύ πιο χαλαρή για τον εαυτό της.

β) Μπιλ Γκέιτς (1955-). Αμερικανός μεγαλοεπιχειρηματίας, επενδυτής, προγραμματιστής, εφευρέτης και φιλάνθρωπος. Είναι ο πρώην διευθύνων σύμβουλος και νυν πρόεδρος της Microsoft, δηλαδή της μεγαλύτερης εταιρείας λογισμικού προσωπικών υπολογιστών στον κόσμο, την οποία ίδρυσε.

γ) Στίβεν Σπίλμπεργκ (1946-). Σκηνοθέτης, σεναριογράφος, παραγωγός και επιχειρηματίας μεγιστάνας. Η καριέρα του ξεκίνησε πριν τέσσερις δεκαετίες και συνεχίζεται ακόμα και σήμερα. Οι ταινίες του Σπίλμπεργκ έχουν καλύψει πολλά θέματα και ύφη.

δ) Γούντι Άλεν (1935-). Αμερικανός σεναριογράφος, σκηνοθέτης, ηθοποιός, κωμικός, συγγραφέας, θεατρικός συγγραφέας και μουσικός.

ε) Τιμ Μπάρτον (1958-). Σκηνοθέτης και είναι γνωστός για τις ταινίες του όπως, Edward Scissorhands, Χριστουγεννιάτικος εφιάλτης, Sleepy Hollow, Batman, Πλανήτης των Πιθήκων, και πολλές ακόμα. Μία από τις ιδιορρυθμίες του, είναι ότι έχει έναν ευτυχισμένο γάμο αλλά ζει με τη σύζυγό του σε ξεχωριστά διπλανά σπίτια που του ενώνει ένας διάδρομος.

στ) Νταν Ακρόιντ (1952-). Κωμικός, τραγουδιστής, ηθοποιός και σεναριογράφος. Ήταν ένας από τα πρωτότυπα μέλη του cast του Saturday Night Live, δημιουργός της Blues Brothers και Ghostbusters, και είχε μια μακρά σταδιοδρομία ως ηθοποιός ταινιών και σεναριογράφος.

ζ) Τζέρι Σέινφιλντ (1954-). Ένας από τους πιο διάσημους κωμικούς στον κόσμο. Το 2014, είπε σε μια συνέντευξη του, πως θα μπορούσε να κατατάξει τον εαυτό του στο φάσμα του αυτισμού, περιγράφοντας την κοινωνική αδεξιότητα του, και πολλά άλλα χαρακτηριστικά του αυτισμού, με τα οποία ταυτίζεται.

η) Μπόμπ Ντίλαν (1941-). Αμερικανός μουσικός, τραγουδιστής-τραγουδοποιός, καλλιτέχνης και συγγραφέας. Υπήρξε μία σημαντική μορφή στην εμπορική μουσική και τον πολιτισμό για περισσότερο από πέντε δεκαετίες.

θ) Γκάρι Νούμαν (1958-). Άγγλος τραγουδιστής, συνθέτης και μουσικός. Ο ίδιος σε συνέντευξή του δήλωσε ότι ήταν ένα μοναχικό παιδί που περνούσε ώρες στο σπίτι παίζοντας με αεροπλανάκια και πυραύλους. Όταν ξεκίνησαν οι μπελάδες στο σχολείο, οι γονείς του συμβουλευτήκαν έναν παιδίατρο- ψυχολόγο, ο οποίος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο Γκάρι Νούμαν κατατάσσεται στο Σύνδρομο Asperger.

ι) Λιονέλ Μέσι (1987-). Αργεντίνος ποδοσφαιριστής που παίζει στην ποδοσφαιρική ομάδα της Μπαρτσελόνα και την εθνική ομάδα της Αργεντινής. Υπηρετεί ως αρχηγός της εθνικής ομάδας ποδοσφαίρου της χώρας του και θεωρείται ως ένας από τους καλύτερους παίκτες στον κόσμο. Στην ηλικία των 8 διαγνώστηκε από ειδικούς με Σύνδρομο Asperger.

ια) Κλέι Μάρζο (1989-). Επαγγελματίας σέρφερ γνωστός για τη μοναδική κίνηση «διπλό αρμό" με στροφές και περιστροφές. Μεγάλωσε στη Lahaina, Maui, Χαβάη, όπου κατοικεί και σήμερα. Ο Κλέι είχε διαγνωστεί με σύνδρομο Asperger, μια ήπια μορφή αυτισμού, το Δεκέμβριο του 2007. Με αυτή τη διάγνωση ήρθε μια νέα προοπτική για τον Κλέι και στα χρόνια που ακολούθησαν, αγκαλιάζοντας το Σύνδρομο Asperger, επέτρεψε την ικανότητα του για το σέρφινγκ να ανθίσει, καθιστώντας τον Κλέι έναν από τους πιο αξιοσέβαστους ελεύθερους σέρφερς στον κόσμο. Ο Κλέι πιστεύει ότι αγκαλιάζοντας ο καθένας το πάθος του, άλλα μέλη της αυτιστικής κοινότητας και η οικογένεια μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν με σύνδρομο Asperger και άλλες μορφές αυτισμού.

ιβ) Σατόσι Ταχίρι (Satoshi Tajiri) (1965-). Ιάπωνας σχεδιαστής βιντεοπαιχνιδιών και ιδιαίτερα γνωστός ως ο δημιουργός των Pokémon και ιδρυτής των βιντεοπαιχνιδιών GameFreak, Inc.

ιγ) Τέμπλ Γκράντιν (1947-). Αμερικανίδα γιατρός της επιστήμης των ζώων και καθηγήτρια στο Πολιτειακό Πανεπιστήμιο του Κολοράντο, best-seller συγγραφέας, ακτιβίστρια του Φάσματος του Αυτισμού, παγκοσμίου φήμης εκπρόσωπος του αυτισμού, και σύμβουλος στη βιομηχανία της κτηνοτροφίας για τη συμπεριφορά των ζώων. Έχει επανασχεδιάσει μεθόδους επεξεργασίας των

βοοειδών και ξεσήκωσε τη βιομηχανία. Η Τέμπλ Γκράντιν είναι ευρέως γνωστή ως ένα από τα πρώτα άτομα στο φάσμα του αυτισμού που είχε την ανάγκη να μοιραστεί δημοσίως εμπειρίες όσον αφορά τον αυτισμό που προέκυψαν από την προσωπική της ζωή. Είναι επίσης εφευρέτρια του "κουτιού αγκαλιά", μια συσκευή για να ηρεμήσει εκείνους στο φάσμα του αυτισμού.

20. ΤΑΙΝΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

1) **Το Μαύρο Μπαλόνι (The Black Balloon), 2008.** Ο 16χρονος Thomas ζει τις δυσκολίες της εφηβείας, που γίνονται πιο έντονες, όταν μετακομίζει μαζί με την οικογένειά του σε ένα καινούριο σπίτι. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να προσαρμοστεί σε ένα νέο τόπο, σε ένα νέο σχολείο και σε νέους φίλους. Όταν η μητέρα του θα αναγκαστεί λόγω της εγκυμοσύνης της να μείνει στο κρεβάτι, ο Thomas αναλαμβάνει να φροντίζει τον αυτιστικό αδελφό του, Charlie. Στη νέα γειτονιά ο Thomas συναντά τη Jackie, η οποία δεν θα αργήσει να γίνει το κορίτσι του. Με τη βοήθειά της εκείνος θα ξεκινήσει ένα συναισθηματικό ταξίδι συμφιλώσης αλλά και αφοσίωσης με τον Charlie που θα τον αλλάξουν για πάντα.

2) **Ο Άνθρωπος της Βροχής (Rain Man), 1988.** Μετά την κηδεία του πατέρα του ένας πωλητής πολυτελών αυτοκινήτων ανακαλύπτει ότι έχει έναν αδελφό με αυτισμό, ο οποίος κληρονομεί όλη τους την περιουσία. Θέλοντας να αποσπάσει το μερίδιο που του ανήκει, απάγει τον Ρέιμοντ από το ίδρυμα με σκοπό να τον οδηγήσει στο Λος Αντζελες. Έτσι αρχίζει μια περιπέτεια που θα αλλάξει τη ζωή και των δύο.

3) **Η Διάρρηξη (Breaking and Entering), 2006.** Ύστερα από την κλοπή αρχείων από το αρχιτεκτονικό γραφείο του, ο Γουίλ αρχίζει να το παρακολουθεί για να εντοπίσει τον δράστη. Βρίσκει τα ίχνη του και ερωτεύεται την μητέρα του, μια Βόσνια μετανάστια, που θα κάνει τα πάντα για να σώσει τον γιό της. Στο μεταξύ, η σύντροφός του, παρά τα μεταξύ τους προβλήματα, αγωνίζεται να διαφυλάξει την περίπλοκη σχέση τους.

4) **Κωδικός: Μέρκιουρι (Mercury Rising), 1998.** Ένας πράκτορας του FBI παίρνει υπό την προστασία του ένα αυτιστικό παιδί, το οποίο θέλει να εξοντώσει ένας πράκτορας της εθνικής ασφάλειας, επειδή άθελά του έσπασε έναν απόρρητο κωδικό των μυστικών υπηρεσιών.

5) **Μόλλυ (Molly), 1999.** Η Molly, μια 28χρονη γυναίκα με αυτισμό, έχει ζήσει σε ένα ίδρυμα από πολύ μικρή ηλικία, μετά το θάνατο των γονιών της σε αυτοκινητιστικό ατύχημα. Όταν το ίδρυμα πρέπει να κλείσει λόγω περικοπών, η Molly έχει απομείνει με το μεγαλύτερο αδερφό της, Buck, διαφημιστή και αιώνιο εργένη. Η νευρολόγος της Molly, προτείνει μια πειραματική χειρουργική επέμβαση, στην οποία τοποθετούνται στον εγκέφαλό της γενετικώς τροποποιημένα εγκεφαλικά κύτταρα. Αρχικά ο αδερφός της δεν συμφωνεί, στη συνέχεια όμως δίνει τη συγκατάθεσή του και μετά την επέμβαση, η Molly παρουσιάζει σταδιακή βελτίωση, καθώς η ομιλία και η αλληλεπίδραση με τους ανθρώπους βελτιώνεται. Η σχέση των δυο τους δυναμώνει και ο Buck συνοδεύει τη Molly σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Η χαρά όμως δεν κρατά πολύ, καθώς

παρουσιάζονται επιπλοκές από την επέμβαση. Τα δυο αδέρφια δέχονται την κατάσταση, ενώ ο Buck υπόσχεται να είναι πάντα μαζί της και να την κάνει ευτυχισμένη, ξεκινώντας από το να της φτιάξει ένα δωμάτιο ίδιο με αυτό του ιδρύματος.

6) **Το Φθινόπωρο της Σιωπής (Silent Fall), 1994.** Ένα αυτιστικό παιδί γίνεται αυτόπτης μάρτυρας της δολοφονίας των δύο γονιών του. Ο Ρίτσαρντ έμπειρος και εξειδικευμένος παιδοψυχολόγος θα προσπαθήσει να βοηθήσει το μικρό αγόρι να ξεπεράσει αυτή τη δυσάρεστη εμπειρία. Ανάμεσά τους θα δημιουργηθεί μια τρυφερή σχέση που θα καθορίσει την πορεία της ζωής και των δύο.

7) **Απροσδόκητο Ταξίδι (Unexpected Journey [The Miracle Run]), 2004.** Η Κορίν Μόργκαν είναι μια ανύπαντρη μητέρα δύο εφτάχρονων δίδυμων αγοριών. Όταν ανακαλύπτει πως τα παιδιά της είναι αυτιστικά, αποφασίζει να αφιερώσει όλη τη ζωή της σ' εκείνα. Παρόλο που δεν έχει την υποστήριξη κανενός, καταφέρνει να βρει δουλειά και ένα καινούριο σπίτι. Αυτό που πραγματικά της λείπει, όμως, είναι ένας άνδρας... Όταν ο Νταγκ εμφανίζεται στη ζωή της, δίνει νέα πνοή σε ολόκληρη την οικογένεια!

8) **Το Πέταγμα του Έρωτα (The Boy Who Could Fly), 1986.** Ο Eric είναι ένα αυτιστικό αγόρι, που έχασε τους γονείς του σε αεροπορικό δυστύχημα, γνωρίζει την Milly, της οποίας ο πατέρας αυτοκτόνησε πριν λίγο καιρό λόγω ασθένειας και μετακομίζει στο διπλανό σπίτι. Τα δύο παιδιά μαζί βρίσκουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τον πόνο και την απώλεια, με αποτέλεσμα να δραπετεύουν σε μακρινά μέρη.

9) **Εξαιρετικά Δυνατά και Απίστευτα Κοντά (Extremely Loud and Incredibly Close), 2011.** Ο 9χρονος Oskar, ένα χαρισματικό παιδί που φαίνεται να πάσχει από κάποια μορφή αυτισμού κι αυτό κάνει την καθημερινότητά του και την επικοινωνία του με τους υπολοίπους δυσκολότερη. Γνωρίζοντας την αγάπη του για τους γρίφους, ο πατέρας του επινοεί παιχνίδια αναζήτησης, που στόχο έχουν να βοηθήσουν τον Oskar να ξεπεράσει τις φοβίες του. Όταν ο πατέρας σκοτώνεται στους Δίδυμους Πύργους, ο Oskar μένει μόνος του με τη μητέρα του και σε μια προσπάθεια να τον ξαναβρεί κοντά του, αποφασίζει να συνεχίσει ένα παιχνίδι που είχαν αφήσει στη μέση: την αναζήτηση της 6ης περιοχής της Νέας Υόρκης. Πολύτιμος βοηθός στην αναζήτηση σε όλη τη Νέα Υόρκη θα αποδειχτεί ένας γηραιός, βουβός γείτονας.

10) **The Story of Luke, 2012.** Ο Luke, ένας νεαρός αυτιστικός ζει όλη του τη ζωή υπερπροστατευμένος, μέχρι που πεθαίνουν ο παππούς και η γιαγιά του. Αναγκασμένος να αντιμετωπίσει τους φόβους του, αναζητάει εργασία και αγάπη, βιώνοντας με γενναιότητα και ικανοποίηση την πορεία του προς την αυτοπραγμάτωση.

11) **Ocean Heaven, 2010.** Η αφήγηση της ιστορίας μεταξύ ενός άνδρα με ανίατη ασθένεια και του αυτιστικού έφηβου γιου του. Ουσιαστικά η ταινία πραγματεύεται μ' ένα ιδιαίτερα και βαθιά συγκινητικό τρόπο, την προσπάθεια ενός τερματικά άρρωστου πατέρα να εκπαιδεύσει με τις

απαραίτητες ικανότητες για αυτόνομη διαβίωση τον αυτιστικό γιο του, πριν εκείνος «φύγει μακριά». Όμως ουσιαστικά η ταινία είναι μια ωδή στην απεριόριστη αγάπη του γονιού για το παιδί του και την αέναη επιθυμία να φροντίσει και να αναπτύξει τις καλύτερες ικανότητες του παιδιού, ανεξάρτητα από την προσπάθεια που καταβάλλει και την πάλη που δίνει καθημερινά.

12) **Το Αγόρι Εντός (The Boy Inside), 2008.** Ο Άνταμ πάσχει από το σύνδρομο Άσπεργκερ. Το σχολείο είναι ένας εφιάλτης για τον Άνταμ, αφού δεν μπορεί να κοινωνικοποιηθεί με τους συμμαθητές του. Συχνά τον αποβάλλουν από το σχολείο ή αντιμετωπίζει παρενοχλήσεις από τα υπόλοιπα παιδιά. Η ταινία «ΤΟ ΑΓΟΡΙ ΕΝΤΟΣ » είναι ένα σπάνιο, δυνατό και πολύ προσωπικό πορτραίτο μίας όλο και πιο συνηθισμένης μορφής αυτισμού. Ακολουθεί τη δραματική οικογενειακή ιστορία του Άνταμ καθώς προσπαθεί να τελειώσει το σχολείο και να αντιληφθεί τι είναι οι παρενοχλήσεις, τα κορίτσια και γενικότερα τι εστί ζωή στον πραγματικό κόσμο.

13) **Αρκεί Μια Στιγμή (Snow Cake), 2006.** Ταξιδεύοντας προς την παγωμένη канаδέζικη επαρχία, ο Άλεξ, ένας προβληματισμένος από την ζωή του μεσήλικας, προκειμένου να συναντήσει την μητέρα του νεκρού γιου του, που ουδέποτε συνάντησε, θα πάρει στο αυτοκίνητο του την εικοσάχρονη Βιβιέν που έκανε ωτοστόπ. Ένα τραγικό δυστύχημα λίγο πριν φτάσει στον προορισμό του θα κοστίσει την ζωή της νεαρής κοπέλας, που έμεινε στον τόπο. Ο Άλεξ, βασανισμένος από τις τύψεις θα θελήσει να επισκεφτεί την μητέρα της, θα βρεθεί όμως μπροστά σε μια έκπληξη, Η χαροκαμένη Λίντα, δεν είναι ένα συνηθισμένο άτομο αλλά μια γυναίκα με αυτισμό που δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματα της.

14) **Ο Μότσαρτ και η Φάλαινα (Mozart and the Whale), 2005.** Η Ιζαμπέλ είναι μια καταπληκτική ζωγράφος και μουσικός και ο Ντόναλντ, μια μαθηματική ιδιοφυΐα. Πρόκειται για ιδιαίτερες προσωπικότητες με μοναδικά χαρίσματα. Οι ζωές τους έχουν διασταυρωθεί, όχι μόνο με τον κοινό άξονα της μοναδικότητάς τους αλλά και με τα δεσμά του έρωτα - ενός έρωτα που μπορεί να ανθίσει ακόμη και στις πιο αντίξοες συνθήκες...

15) **Μαίρη και Μαξ (Mary and Max), 2009.** Το εκπληκτικό animation του Adam Elliot μας ήρθε το 2009 και αποτελεί μία από τις καλύτερες ιστορίες φιλίας. Ο Μαξ είναι ένας 40χρονος με αυτισμό, γεννημένος σε μία εποχή που κανείς δεν γνώριζε για αυτή τη διαταραχή, κάτι που δυσκόλεψε σε μεγάλο βαθμό την αποδοχή του από τους γύρω του. Θα βρει την πραγματική φιλία, στο πρόσωπο της 8χρονης Mary, ενός νεαρού μοναχικού κοριτσιού που ζει στη Μελβούρνη. Η ταινία παρουσιάζει και αρκετές χαρούμενες στιγμές στη ζωή του Μαξ, αλλά η αλήθεια είναι πως είναι αρκετά δύσκολη η παρακολούθηση της χωρίς τα χαρτομάντιλα πρόχειρα. Βαθιά συγκινητική, είναι μία ιστορία που μας δείχνει πως, παρότι φαίνεται δύσκολο, μερικές φορές Αυτισμός και φιλία μπορούν να συνυπάρξουν στην ίδια πρόταση.

16) **Ζωή σαν Τριαντάφυλλο (Temple Grandin), 2010.** Πρόκειται για μια ταινία βασισμένη σε

αληθινά γεγονότα, η οποία περιγράφει την έγκαιρη διάγνωση της Τέμπλ, την προβληματική της ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των σχολικών της χρόνων, την αμέριστη συμπαράσταση που είχε από τη μητέρα της, τη θεία της και τον δάσκαλο της, και την εξέλιξή της σε μια γυναίκα με εκπληκτική ευαισθησία και κατανόηση της συμπεριφοράς των ζώων. Η Temple Grandin, παρά τις δυσκολίες της λόγω του αυτισμού, κατάφερε να γίνει μια από τους πρώτους ειδικούς στον κόσμο, στο σχεδιασμό και την κατασκευή μηχανημάτων αγροτικού εξοπλισμού. Κατάφερε να διαμορφώσει τα σφαγεία των κτηνοτροφικών μονάδων προς όφελος τόσο των ανθρώπων όσο και των ίδιων των ζώων, και να αποτελέσει έμπνευση για πολλά άτομα με αντίστοιχα προβλήματα και ελπίδα για τους γονείς τους. Έχει γράψει περισσότερες από 100 επιστημονικές εργασίες και δίνει διαλέξεις σε όλο τον κόσμο, κατέχει master στη ζωολογία καθώς και τον τίτλο του διδάκτορα.

17) **Adam, 2009.** Ο Adam πάσχει από το «σύνδρομο Άσπεργκερ», ένα είδος αυτισμού που επηρεάζει κυρίως την ικανότητα επικοινωνίας και τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Δεν μπορεί να αντιληφθεί τα πνευματώδη αστεία και τη μεταφορική χρήση της γλώσσας και είναι πολύ δύσκολο γι' αυτόν να καταλάβει τον τρόπο σκέψης του συνομιλητή του. Αυτή του η ιδιαιτερότητα σε συνδυασμό με την προσπάθειά του να γίνει αποδεκτός από τους γύρω του, μοιραία κάνει τον χαρακτήρα και κατ' επέκταση το ρόλο του ιδιαίτερα αξιαγάπητο. Η Beth από την άλλη πλευρά, είναι μια όμορφη και έξυπνη συγγραφέας που μετακομίζει στην πολυκατοικία του Adam, μαζεύοντας τα κομμάτια της από τον προηγούμενο δεσμό της.

18) **Ben X, Ο Διστακτικός Ήρωας (Ben X), 2007.** Ο Ben πάσχει από ένα είδος αυτισμού, με την καθημερινότητά του να είναι σωστό μαρτύριο κυρίως στο σχολικό περιβάλλον, όπου γίνεται συνεχώς στόχος του χλευασμού των συνομηθίκων. Η διαφορετικότητά του βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής και η μόνη του διέξοδος είναι η συστηματική ενασχόληση του με το διαδικτυακό παιχνίδι «Archlord». Ο εθισμός τον οδηγεί στο να μεταφέρει τον εαυτό του και τους γύρω του στα μέτρα του ψηφιακού κόσμου, και όσοι τον απειλούν στο σχολείο μεταμορφώνονται στους εχθρούς του παιχνιδιού, ενώ αυτός με τη σειρά του ως «Ben X», ψάχνει τρόπο να τους αντιμετωπίσει. Παράλληλα, η διαδικτυακή γνωριμία με την όμορφη συμπαίκτρια Scarlite, του δίνει ελπίδα να βρει λίγη γαλήνη.

19) **Χτυπημένος από Έρωτα (Punch- Drunk Love), 2002.** Η καλύτερη -και σοβαρότερη-ερμηνεία του Adam Sandler, παρατηρείται σε αυτό το φιλμ του Paul Thomas Anderson. Ο Barry έχει τη δική του εταιρεία, αλλά δυσκολεύεται να συμβαδίσει με τον κόσμο γύρω του. Οι 7 αδελφές του τον μεταχειρίζονται σαν παρία και όταν η μία από αυτές του γνωρίζει μία νεαρή γυναίκα που ενδιαφέρεται για αυτόν, μένει να δούμε κατά πόσο αυτή η σχέση μπορεί να δουλέψει. Στην ουσία, πρόκειται για την ιστορία ενός ατόμου με Αυτισμό, που δεν έχει διαγνωστεί και αντιμετωπίζει πολλά ξεσπάσματα και «περίεργες» συμπεριφορές που δεν μπορεί να εξηγήσει. «Δεν ξέρω αν κάνω

κάτι λάθος» δηλώνει ο κεντρικός μας πρωταγωνιστής κι αυτό είναι το μεγαλύτερο του πρόβλημα.

20) **Η Ειδική Ανάγκη (The Special Need), Ντοκιμαντέρ, 2014.** Μία καταπληκτική ταινία-ντοκιμαντέρ που είδα πριν λίγες ημέρες στο Φεστιβάλ Ντοκιμαντέρ Θεσσαλονίκης-2014. Η ανάγκη των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι παρόμοια με τη βιολογική ανάγκη κάθε ενήλικου ατόμου. Ανάγκη για αγάπη, αποδοχή, συντροφικότητα και φυσικά, ενεργή σεξουαλική ζωή. Πώς, όμως, αυτό μπορεί να κατακτηθεί και να διατηρηθεί από έναν ενήλικα με Asperger; Έναν ενήλικα που κατανοεί τα κοινωνικά δρώμενα όχι όμως και τις ερμηνείες για καθένα από αυτά. Συγκινητικό και άκρως ρεαλιστικό το περιεχόμενο-αφού πρόκειται για ντοκιμαντέρ. Παράλληλα, αναδεικνύεται το βάθος της πραγματικής φιλίας που μπορεί να αναπτυχθεί ανάμεσα σε ένα άτομο με Asperger και στους άλλους ενήλικες. Οι δύο φίλοι του Αινεία, θα ταξιδέψουν μαζί του σε Αυστρία και Γερμανία για να του βρουν την κατάλληλη σύντροφο...

21) **The Autism Puzzle, Ντοκιμαντέρ, 2011.** Ευτυχώς διαθέσιμο δωρεάν στο διαδίκτυο, το «The Autism Puzzle» είναι ένα εκπληκτικό ντοκιμαντέρ για τον Αυτισμό. Η σκηνοθέτιδα Saskia Baron, μας παρουσιάζει ιστορίες ατόμων που αντιμετωπίζουν τη διαταραχή(συμπεριλαμβανομένου του αδελφού της), όπως και συνεντεύξεις με ειδικούς πάνω στο θέμα. Ένα έντονα ενημερωτικό φιλμ, που καλύπτει την περίοδο από τις απαρχές εμφάνισης του Αυτισμού, μέχρι και τη σημερινή ιατρική πρόοδο που προσπαθεί να βρει το «κλειδί» για την καταπολέμηση της.

22) **Touch (Σειρά),2012-2013.** Η σειρά *Touch* αφορά έναν πρώην δημοσιογράφο, τον Martin Bohm και 11χρονο αυτιστικό γιο του, ο Τζέικ. Η σύζυγός του Martin πέθανε στο Παγκόσμιο Κέντρο Εμπορίου κατά τη διάρκεια των επιθέσεων της 11ης Σεπτεμβρίου, και ο ίδιος έχει αγωνιστεί για να μεγαλώσει τον Τζέικ από τότε. Κινείται από δουλειά σε δουλειά, για να προσαρμόζεται στους ιδιαίτερες ανάγκες του Τζέικ. Ο Τζέικ δεν έχει μιλήσει ποτέ, ούτε μια λέξη, αλλά είναι γοητευμένος από τους αριθμούς και τα πρότυπα που αφορούν τους αριθμούς, περνώντας μεγάλο μέρος της ζωής του γράφοντας τους σε τετράδια, tablet με οθόνη αφής και ενίοτε με τη χρήση αντικειμένων (για παράδειγμα ποπ κορν).

23) **The A Word (Σειρά), 2016- .** Ο πεντάχρονος Joe Hughes εμφανίζει σαφή σημάδια προβλημάτων επικοινωνίας και απομονώνεται παίζοντας ροκ μουσική, κυρίως για τον εαυτό του, μέσα από μεγάλα μπλε ακουστικά. Έχει εγκυκλοπαιδικές γνώσεις για τα τραγούδια που ακούει και με ακρίβεια τραγουδά τους στίχους. Οι γονείς του, Alison και Paul, φαίνεται να αγνοούν τη διαταραχή και αναρωτιούνται γιατί ο Joe είναι απομακρυσμένος από τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Ωστόσο, αργότερα ανακαλύφθηκε από τον παππού του Joe, τον Maurice, ότι η Alison και ο Paul πρέπει να πάνε τον Joe στο νοσοκομείο για προβλήματα επικοινωνίας του. Άλλα μέλη της οικογένειας γνωρίζουν ότι υπάρχει ένα πρόβλημα, ωστόσο οι προσπάθειές τους να παρέμβουν είναι άκαρπες με εμπόδιο τους γονείς του Joe. Στη συνέχεια πιστεύοντας ότι ο Joe είχε προβλήματα

ακοής, πάνε το παιδί σε ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος παραπέμπει τον Joe σε έναν ειδικό, ο οποίος τον διαγιγνώσκει με αυτισμό. Στη συνέχεια, η ιστορία ακολουθεί το πώς η δυσλειτουργική οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης της Rebecca (που αισθάνεται αόρατη), του Eddie και του Nicola (οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα δικά τους προβλήματα σχέσης) και τον αγενή παππού Maurice, να αντιμετωπίζουν την κατάσταση του Joe και τη δική τους με προφανείς κοινωνικές διαταραχές.

24) **Life, Animated (2016)**. Το “Life, Animated”, είναι ένα ντοκιμαντέρ, ευτυχώς διαθέσιμο στο διαδίκτυο, το οποίο αφορά την ιστορία του Όουεν Σάσκιντ, ενός ζωηρού τρίχρονου αγοριού, που ξαφνικά αποκόπτεται από τον κόσμο. Η διάγνωση των γιατρών είναι οπισθοδρομικός αυτισμός, στον οποίο το παιδί αναπτύσσεται κανονικά και στη συνέχεια χάνει ξαφνικά την ομιλία και τις δεξιότητές του. Αργότερα, ο Όουεν αρχίζει να επικοινωνεί με τον κόσμο και την οικογένειά του μέσα από τις παιδικές ταινίες του Disney. Το ντοκιμαντέρ, βασισμένο στο βιβλίο «Life Animated: A Story of Sidekicks, Heroes and Autism», το οποίο έγραψε ο πατέρας του Όουεν, εξιστορεί την ζωή του παιδιού από μικρή ηλικία και την στιγμή της διάγνωσης, μέχρι την σημερινή μέρα, που είναι πλέον 23 χρονών, μιλώντας για όλη την εξέλιξη του Όουεν, αλλά και τις δυσκολίες που εμφανίστηκαν.

21. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Συμβουλές συνεδρίας παρέμβασης

Για την διεκπεραίωση μιας ομαλής συνεδρίας αποκατάστασης σε παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ακολουθούνται οι παρακάτω συμβουλές. Αρχικά η ύπαρξη ενός ασφαλούς μέρους ή ατόμου συμβάλλει στην καταπολέμηση του άγχους των εκπαιδευόμενων παιδιών. Η δημιουργία γραπτού ή οπτικού ημερήσιου προγράμματος προσδίδει αίσθημα ασφάλειας και σταθερότητας, βασικά στοιχεία για τη καθημερινότητα των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Όσον αφορά το λόγο που χρησιμοποιούν οι λογοθεραπευτές, πρέπει να είναι κυριολεκτικός, με σαφείς και σύντομες προτάσεις και οδηγίες. Είναι συνετό να αποφεύγονται διφορούμενα νοήματα και σαρκασμοί. Σε περίπτωση που το παιδί αδυνατεί να κατανοήσει ή ολοκληρώσει μια δραστηριότητα, τότε την χωρίζουμε σε μικρότερα μέρη. Κατά την αξιολόγηση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων δίνεται προσοχή σε όλους τους τομείς, γιατί συναντάται μια άνιση ανάπτυξη των δεξιοτήτων (Καλύβα, 2005).

Δόμηση παρέμβασης

Για την οργάνωση του λογοθεραπευτικού πλάνου με στόχους για παιδιά με αυτισμό λαμβάνονται υπόψη οι εξής συμβουλές:

- θέτηση ενός στόχου ανά δραστηριότητα
- συνυπολογισμός των προσωπικών ενδιαφερόντων του κάθε παιδιού
- ανάπτυξη προσποιητού, μιμητικού και κοινωνικού παιχνιδιού
- ανάπτυξη ομαδικού παιχνιδιού
- εκμάθηση τρόπων διαχείρισης και πραγματοποίησης κοινωνικών ιστοριών (Καλύβα, 2005)

Περιεχόμενα κοινωνικών ιστοριών

Η συμβολή των κοινωνικών ιστοριών στην εκπαίδευση των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα. Δίνονται τα περιεχόμενα μιας κοινωνικής ιστορίας, η οποία αποτελείται από 2 έως 3 προτάσεις. Αρχικά αναφέρονται πληροφορίες για τα πρόσωπα και για τον τόπο ή περιβάλλον. Δίνονται πάντα οδηγίες για τις κατάλληλες αντιδράσεις συμπεριφοράς και την προοπτική, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των συναισθημάτων τους. Η παρουσίαση του κοινωνικού σεναρίου μπορεί να δημιουργηθεί με ήρωες ή ζώα μέσω φανταστικής ιστορίας. Ωστόσο η συγκεκριμένη πρόταση συναντά ορισμένους ενδοιασμούς, γιατί η ικανότητα του συμβολισμού εκλείπει στα παιδιά με αυτισμό (Καλύβα, 2005).

Αρχές σχεδιασμού κοινωνικών ιστοριών

Για τη δημιουργία μιας κοινωνικής ιστορίας ακολουθούνται ορισμένες βάσεις:

- διαπίστωση της ακατάλληλης κοινωνικής αντίδρασης, με στόχο την τροποποίησή της

- συλλογή στοιχείων για τις συνθήκες ή τα γεγονότα, που εμφανίζονται οι ακατάλληλες κοινωνικές αντιδράσεις, σε χρονικό διάστημα 3 έως 5 ημερών
- δημιουργία της κοινωνικής ιστορίας με «περιγραφικές και κατευθυντήριες προτάσεις». Όσον αφορά το περιεχόμενο της, δομείται σύμφωνα με το επίπεδο κατανόησης και το λεξιλόγιο του παιδιού. Χρησιμοποιείται ένα ευδιάκριτο μέγεθος γραμμάτων, πρώτο ενικό πρόσωπο και αναγράφονται από μία έως τρεις προτάσεις ανά σελίδα. Η συνδυαστική χρήση φωτογραφιών, σκίτσων και εικόνων είναι προαιρετική και εξαρτάται από τις δεξιότητες του κάθε παιδιού.
- ανάγνωση κοινωνικής ιστορίας από το ίδιο το παιδί ή το θεραπευτή και παρουσίαση της κατάλληλης κοινωνικής αντίδρασης
- παρατήρηση και λεπτομερής καταγραφή της επιθυμητής τροποποιούμενης κοινωνικής αντίδρασης. Για την σταθεροποίηση της βοηθάει η καθημερινή ανάγνωση της ιστορίας και η κατάλληλη ενίσχυση. Η δόμηση ενός προγράμματος συμβάλλει στη συντήρηση και γενίκευση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Σε περίπτωση που δεν κατακτηθεί η κοινωνική αντίδραση μετά από δύο εβδομάδες, τότε αλλάζουμε ένα μέρος της κοινωνικής ιστορίας (Καλύβα, 2005)

Τονίζεται ότι λόγω του ιατρικού απορρήτου τα προσωπικά στοιχεία του παιδιού και της οικογένειας έχουν αλλοιωθεί.

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ημερομηνία	Είδος απασχόλησης
28/06/2016	Λήψη λογοθεραπευτικού ιστορικού
29/06/2016	Άτυπη αξιολόγηση γνωστικών δεξιοτήτων
06/07/2016	Άτυπη αξιολόγηση κοινωνικών δεξιοτήτων
08/07/2016	Κ.Ι.*: Εξώφυλλο + Πρώτος στη σειρά
14/07/2016	Κ.Ι.*: Τι κάνω όταν βλέπω κάτι που μου αρέσει + Παζλ με τρόπους συμπεριφοράς
20/07/2016	Κ.Ι.*: Πώς ζητάω διάλειμμα;
21/07/2016	Κ.Ι.*: Πώς ζητάω βοήθεια;
27/07/2016	Κ.Ι.*: Πώς ηρεμώ; + Δημιουργία μπαλονιού με αλεύρι για αντικείμενο ηρεμίας
28/07/2016	Κ.Ι.*: Πώς ξεπερνάω το θυμό μου;
04/08/2016	Κ.Ι.*: Τι κάνω όταν δεν καταλαβαίνω αυτά που μου λένε;
10/08/2016	Κ.Ι.*: Πώς μπορώ να καταλάβω τα συναισθήματα των άλλων; + Παιχνίδι με κάρτες συναισθημάτων
11/08/2016	Κ.Ι.*: Πώς ακολουθώ οδηγίες;
25/08/2016	Κ.Ι.*: Πώς μπορώ να είμαι οργανωμένος;
31/08/2016	Κ.Ι.*: Πώς συμπεριφέρομαι στο δρόμο; + Συμβολικό παιχνίδι: Βόλτα στο πεζόδρομο
01/09/2016	Κ.Ι.*: Τι κάνω όταν κάποιος που θέλω να μιλήσω είναι απασχολημένος;
07/09/2016	Κ.Ι.*: Πώς συμπεριφέρομαι όταν παίζω με άλλα παιδιά; + Επιτραπέζιο παιχνίδι μαζί με τον δίδυμο αδερφό
22/09/2016	Κ.Ι.*: Τι κάνω όταν η μαμά διαβάζει με τον αδερφό μου; + Παροχή βιβλίου για πραγματοποίηση του σεναρίου στο σπίτι
29/09/2016	Επιτραπέζιο παιχνίδι + Παιχνίδια στον Η/Υ

Όπου Κ.Ι.*= Κοινωνική Ιστορία

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

7. Ατομικά στοιχεία

Όνομα: Φίλιππος Επώνυμο: Παπαδόπουλος
 Ημερομηνία γέννησης: 27/ 04 / 2008 Ηλικία: 7 Σχολείο: Δημοτικό
 Όνομα πατέρα: - Ηλικία: - Επάγγελμα/Μορφωτικό επίπεδο: -
 Όνομα μητέρας: Ελένη Ηλικία: 48 Επάγγελμα/Μορφωτικό επίπεδο: Λύκειο, άνεργη
 Αδέρφια+Ηλικία: Γιάννης 7 ετών, Μαρία 22 ετών, Γεωργία 20 ετών
 Διεύθυνση: Διδυμότειχο Τηλέφωνο: 6988888888
 Παραπέμπεται από: μητέρα, δασκάλα Γιατί: παρουσία ακατάλληλης συμπεριφοράς
 Τα στοιχεία δόθηκαν από: μητέρα του Φιλίππου
 Σχόλια: _____

8. Αιτιολογία συμπτώματος

Ποια πιστεύετε ότι είναι η δυσκολία; χειριστική συμπεριφορά, αλλαγή σε θέμα που τον ενδιαφέρει
 Τι δυσκολίες έχει στην ομιλία; -
 Πότε ξεκίνησε; πριν από δύο χρόνια
 Υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις που το επηρεάζουν; -
 Πώς αντιμετωπίζεται η δυσκολία στο σπίτι, στο σχολείο; με ομιλία από τη μητέρα
 Παρακολουθείται το παιδί από κάποιον ειδικό(γιατρό, παιδαγωγό); παιδιάτρο
 Πώς επικοινωνεί με εσάς το παιδί; χειρονομίες, ήχοι/κραυγές, λέξεις/μικρές φράσεις(2-4λ.) ✓, προτάσεις(>4λ.) ✓, άλλο: _____
 Σχόλια: γεγονότα: φασαρία σε ώρες κοινής ησυχίας, υποτιθέμενοι πόνοι κοιλιάς

9. Προηγούμενη αξιολόγηση/ θεραπεία

	Πότε;	Διάγνωση	Θεραπεία	Αποτελέσματα
Λογοπαθολογική	2013	-	3 μηνών	-
Ψυχολογική	2012	-	-	-
Ωτορινολαρυγγολογική	-	-	-	-
Νευρολογική	-	-	-	-
Εργοθεραπευτική/Φυσιοθεραπευτική	-	-	-	-
Κοινωνική λειτουργός	2012	-	-	-

Εκπαίδευση ειδικής αγωγής	2012	-	-	-
---------------------------	------	---	---	---

Άλλα ιατρικά προβλήματα: -

Σχόλια: Η διάγνωση του Συνδρόμου Asperger έγινε από παιδίατρο και παιδοψυχίατρο το 2011.

10. Ψυχοκινητική εξέλιξη

Προγεννητικό: Πέρασε η μητέρα κάποια ασθένεια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης; υπερθυροειδισμός

Κάπνιζε ή έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης; ✓ για τον υπερθυροειδισμό

Περιγεννητικό: Πόσο διήρκησε η κύηση; 30 εβδομάδες Είδος τοκετού: καισαρική

Υπήρξε κάποιο πρόβλημα κατά τη διάρκεια του τοκετού; έσκασε ο σάκος, τα δίδυμα ήταν 4 ημέρες χωρίς αμνιακό υγρό

Ποιο ήταν το βάρος του παιδιού; 1,420

Νεογέννητο: Υπήρξε κάποιο πρόβλημα (APRGAR); θερμοκοιτίδα για 40 ημέρες

Πώς τρεφόταν το βρέφος; (θηλασμός/όχι, διάρκεια -, με μπουκάλι)

Ποια ήταν η συμπεριφορά του τους πρώτους τρεις μήνες; γκρινιάρης, αρκετό κλάμα

Σχόλια:

11. Στάδια ανάπτυξης

Πότε κάθισε; 1,5 ετών Πότε μπουσούλησε; -

Πότε είπε τους πρώτους ήχους; 8-9 μηνών Πότε περπάτησε; μετά τα 2 έτη, στις μύτες των ποδιών

Πότε έφαγε χωρίς βοήθεια; 2-2,5 ετών

Πότε έκανε προτάσεις τριών λέξεων και απλές ερωτήσεις; 3,5 ετών και έπειτα ραγδαία πρόοδο

Πότε έλεγξε τος σφιγκτήρες του; 3 ετών

Χρήση πιπίλας; - Πνίγεται όταν τρώει; -

Έχει κάποια προτίμηση στο φαγητό; -

Σχόλια: μετά τα 3 έτη εμφάνισε ραγδαία πρόοδο, πριν τα 2,5 έτη έδειχνε αρκετά

12. Κληρονομικότητα

Υπάρχει συγγενής με ιστορικό λόγου, ομιλίας, ακοής, μαθησιακών δυσκολιών; ο δίδυμος αδερφός έχει μαθησιακές δυσκολίες

Επιμένανε να γράφει με το δεξί; δεξιόχειρας

Σχόλια: έλλειψη πλήρους οικογενειακού ιστορικού, γιατί ο πατέρας είναι αγνώστων στοιχείων

13. Υγεία

Έχει αλλεργία; - _____

Είχε κάποιο ατύχημα ή ασθένεια που χρειάστηκε να νοσηλευτεί; 2,5 ετών αντικείμενο στο αυτί

Έχει χειρουργηθεί; - _____

Έχει κάποια διαταραχή στην ακοή, όραση, στην κίνηση; - _____

Έχει τακτικά κρυολογήματα, ωτίτιδα, υγρό στο αυτί; 3-4 φορές το χρόνο

Αναπνέει από το στόμα (αμυγδαλές, κρεατάκια, ροχαλίζει); ρινική αναπνοή

Σχόλια: ευαισθησία στο δέρμα, κυρίως την άνοιξη

14. Κοινωνικό/ συναισθηματικό

Πώς θα καθορίζατε τη συμπεριφορά του παιδιού; ανταγωνιστής

Παρατηρείτε ορισμένες νευρικές συνήθειες; κυκλικές κινήσεις χεριών (όταν σκέφτεται έντονα ή ταραάζεται)

Πώς βλέπει το παιδί τη δυσκολία του; δεν τον ενοχλεί

Κατανοούν την ομιλία του παιδιού οι συγγενείς, στο σχολείο; ✓

Ποια είναι η επίδοσή του στο σχολείο; Έχει επισημάνει κάτι η δασκάλα; άριστος

Πώς αντιδράει το παιδί απέναντι σε αυτούς που το διορθώνουν ή που δεν το καταλαβαίνουν; -

Ποιες γλώσσες μιλιούνται στο σπίτι; Ποια γλώσσα προτιμάει να μιλάει το παιδί; ελληνικά, μερικές φορές αγγλικά ή ισπανικά

Σχόλια: _____

15. Περιβαλλοντικά

Ποιο είναι το αγαπημένο του παιχνίδι; υπολογιστής, ποδήλατο, αυτοκινητάκια

Ποιο είναι το χόμπι του; - _____

Πόση ώρα ασχολείται με ηλεκτρονικά παιχνίδια; -

Σχόλια: _____

16. Συμπεράσματα/ Απόψεις

Χαρακτηρισμός πληροφοριοδότη: συνεργάσιμη, έχει αποδεχτεί την ιδιαιτερότητα του παιδιού, αλλά δεν έχει κατανοήσει πλήρως τη συμπτωματολογία του συνδρόμου

Παραπομπή σε: - _____

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

- 16) Εδώ και πόσο καιρό ανησυχείτε για την ομιλία του; - _____
- 17) Περιγράψτε την ομιλία του όταν παρατηρήθηκε αρχικά το πρόβλημα. Βελτιώθηκε καθόλου με το πέρασμα του χρόνου; - _____
- 18) Ποιοι ήχοι τον δυσκολεύουν περισσότερο; - _____
- 19) Του είναι δύσκολο να επαναλάβει αυτά που του έχουν πει άλλοι; - _____
- 20) Υπάρχουν φορές που η ομιλία του είναι καλύτερη από άλλες; - _____
- 21) Πόσο καλά τον καταλαβαίνουν; Του ζητούν να επαναλάβει αυτά που είπε; - _____
- 22) Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μας η ομιλία του είναι συνηθισμένη; Είναι καλύτερη ή χειρότερη από ό,τι συνήθως; - _____

Σχόλια: _____

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΛΩΣΣΑΣ

- Το παιδί φαίνεται να σας καταλαβαίνει; Τους άλλους; - _____
- Πόσο καλά καταλαβαίνετε το παιδί σας; - _____
- Το παιδί διατηρεί βλεμματική επαφή; ✓ _____
- Με ποιους τρόπους αποσπά το παιδί την προσοχή σας; (μέσω χειρονομιών, λέξεων, σύντομων φράσεων, προτάσεων) μέσω λέξεων _____
- Πώς το παιδί εκφράζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του; μέσω λέξεων και φράσεων _____
- Περίπου πόσες λέξεις κατανοεί το παιδί; - _____
- Περίπου πόσες λέξεις χρησιμοποιεί το παιδί; - _____
- Το παιδί ακολουθεί: απλές εντολές ___, εντολές που χωρίζονται σε δύο μέρη ___, εντολές που χωρίζονται σε τρία μέρη ✓ (τις κατανοεί, αλλά τις εκτελεί όποτε θέλει) _____
- Το παιδί κάνει ερωτήσεις; ✓ _____
- Χρησιμοποιεί διαφορετικά μέρη του λόγου; Ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα, επιρρήματα, δεικτικές/ κτητικές αντωνυμίες, συνδέσμους, ενεργητικές μετοχές, παρελθοντικούς χρόνους, πληθυντικό αριθμό, παραθετικά) ✓, αρκετές φορές τα αναλύει _____
- Το παιδί μοιάζει να καταλαβαίνει τις σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος; ✓ _____
- Το παιδί μπορεί να σας μιμηθεί αμέσως; Μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα; ✓ _____
- Μπορεί το παιδί να διηγηθεί ή να μιλήσει για διάφορες εμπειρίες; μιλάει μόνο για θετικές και όχι για αρνητικές _____

- Η ομιλία του παιδιού συνήθως ανταποκρίνεται στην κάθε περίπτωση; ✓, μερικές φορές μιλάει μόνο για αυτοκίνητα
- Το παιδί συμμετέχει σε συμβολικό παιχνίδι; ✓, ιδιαίτερα παριστάνει τον ισπανό

Σχόλια: _____

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

- Όταν τραυλίζει τι κάνει για να το σταματήσει; -
- Σε ποιες περιπτώσεις τραυλίζει περισσότερο; -
- Σε ποιες περιπτώσεις τραυλίζει λιγότερο; -
- Αποφεύγει να μιλάει σε συγκεκριμένες καταστάσεις; -
- Αποφεύγει συγκεκριμένους ήχους ή λέξεις επειδή τραυλίζει; -
- Ποικίλλει ο τραυλισμός του από μέρα σε μέρα; -

Σχόλια: _____

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΩΝΗΣ

- iv) Πόσο καιρό αντιμετωπίζει πρόβλημα φώνησης; -
- v) Μιλάει πολύ στη δουλειά του, στο σπίτι, στο τηλέφωνο; -
- vi) Έχει 'ξεμείνει' ποτέ από αέρα ενώ μιλάει; Σε ποιες περιπτώσεις; -
- vii) Σε ποιες συνθήκες ομιλίας χειροτερεύει η φωνή του; -
- viii) Σε ποιες συνθήκες είναι καλύτερη η φωνή του; -
- ix) Η φωνή του είναι καλύτερη ή χειρότερη σε διαφορετικές ώρες της ημέρας; -
- x) Πώς αντιδρούν οι φίλοι και οι γνωστοί του όταν ακούν τη φωνή του; -
- xi) Τι προσπαθεί να κάνει για να λύσει το πρόβλημα; -

Σχόλια: _____

ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΧΥΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

- Συμμετέχει σε ομαδικά παιχνίδια ή παίζει με άλλα παιδιά; ✓, επιβάλλεται στα άλλα παιδιά, αγνοεί τον δίδυμο αδερφό του
- Παίζει συμβολικά παιχνίδια; ✓, ειδικά όσα έχουν θέμα την Ισπανία
- Δείχνει με το χέρι του κάτι, το οποίο τον ενδιαφέρει; X, τρέχει προς αυτό
- Ανταποκρίνεται στο όνομα του όταν τον φωνάζετε; X, επιλεκτικά

- Διατηρεί βλεμματική επαφή τουλάχιστον δύο δευτερόλεπτα; ✓
- Ανταποκρίνεται όταν του χαμογελάτε ή μιμείται το χαμόγελό σας; μερικές φορές
- Έχει συνήθως ένα απλανές ή ανέκφραστο βλέμμα; ✓, παλαιότερα σε μεγαλύτερο βαθμό, φαίνεται πως σκέφτεται
- Πώς αντιδρά όταν τον αγγίζετε ή τον αγκαλιάζετε; μερικές φορές το δέχεται, μερικές φορές αντιδράει σπρώχνοντας
- Όταν του μιλάτε σας προσέχει ή αδιαφορεί; επιλεκτικά ανάλογα με το θέμα
- Πώς αντιδράει όταν ακούει δυνατούς θορύβους; ταράζεται, επιτίθεται
- Πώς αντιδράει εάν δε γίνουν οι καθημερινές συνήθειες; ανησυχεί, θυμώνει. ζητάει επίμονα μέχρι να γίνει
- Ενδιαφέρεται υπερβολικά για συγκεκριμένα παιχνίδια ή αντικείμενα; αυτοκίνητα, ποδόσφαιρο
- Είναι αρκετός οι φορές αφηρημένος; ✓, σαν να σκέφτεται
- Έχει έντονες εκρήξεις χαράς ή θυμού; μόνο θυμού, (κυρίως όταν δε γίνεται το δικό του, επιτίθεται, αρνείται να κάνει κάτι άλλο)
- Αυτοτραυματίζεται ή τραυματίζει τους γύρω του; επιτίθεται σε άλλους (έναρξη πριν από 6 μήνες)
- Επαναλαμβάνει τις ίδιες λέξεις ή φράσεις συνεχώς; X
- Γελάει όταν αστειεύεστε; ✓, (κάνει και ο ίδιος αστεία, όταν δε καταλαβαίνει το σκέφτεται)
- Κατανοεί τις παροιμίες; μερικές φορές (όταν δεν τις καταλαβαίνει το συζητάει)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Είδος δεξιότητας	Εντολή	Επαρκής	Ανεπαρκής	Σχόλια
Οπτική αντίληψη	«Κοίτα τη φούσκα.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ακουστική αντίληψη	«Τι κάνει τουτ-τουτ;»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Αντίληψη σώματος	«Δείξε τη μύτη σου.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Εκτέλεση εντολών	Σύνθετη εντολή	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Διάρκεια εκτέλεσης	«Κάνε το παζλ.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Απλή εντολή	«Σήκω όρθιος.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	«Κάτσε στη καρέκλα και πιάσε το μολύβι.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Έκφραση				
Κατονομασία εικόνων	«Τι είναι ...;»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κατονομασία αυτοματισμών	«Πες τις ημέρες της εβδομάδας.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κατηγοριοποίηση	«Σε ποια ομάδα ανήκουν;»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Χρονική αλληλουχία	«Βάλε τις εικόνες με τη σωστή χρονική σειρά.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Μίμηση από θεραπευτή	Μίμηση από εικόνες	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	«Κάνε ό,τι κάνω.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	«Κάνε ό,τι δείχνει η εικόνα.»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Μνήμη	«Επανέλαβε ...»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Σχόλια: _____

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Είδος δεξιότητας	Ενέργεια	Επαρκής	Ανεπαρκής	Σχόλια
Εγγύτητα Ανοχή αγγίγματος Απόσταση από άλλους.	Γαργάλημα, αγκαλιά.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Μέσω παρατήρησης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Βλεμματική επαφή	Διάρκεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Μέσω παρατήρησης. Λέω: «Κοίτα τη φούσκα»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ανταπόκριση στο όνομά του Ανταπόκριση σε χειρονομίες Ανταπόκριση σε χαμόγελο Ανταπόκριση σε χειραψία	Λέω: «Φίλιππε»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Χαιρετώ.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Χαμογελώ. Κάνω χειραψία.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ομαδικό παιχνίδι συμμετοχή αναμονή σειράς τήρηση κανόνων	Μέσω παρατήρησης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Μέσω παρατήρησης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Μέσω παρατήρησης.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ανοχή διακοπής δραστηριότητας	Διακόπτω το παιχνίδι.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ανοχή και προσαρμογή στις αλλαγές	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Σταματάω να παίζω και παίζει άλλος στη θέση μου.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τήρηση ορίων σε προσωπικά αντικείμενα άλλων στο προσωπικό χώρο άλλων	Μέσω παρατήρησης.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Μέσω παρατήρησης.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Σχόλια: _____

ΑΡΧΙΚΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Όνομα: Φίλιππος Παπαδόπουλος

Ημερομηνία γέννησης: 08/08/2009

Ηλικία: 7 ετών

Τόπος διαμονής: Διδυμότειχο

Ημερομηνία αξιολόγησης: 29/06/2016

Ιστορικό: Στις 28/06/2016 προσήλθε στο κέντρο η κα. Μαρία, μητέρα του Φίλιππου, για τη λήψη ιστορικού, καθώς και η ίδια αναφέρει «Ο Φίλιππος συμπεριφέρεται ακατάλληλα και δε χειρίζεται τα συναισθήματά του.» Στις 29/06/2016 προσήλθε για αξιολόγηση ο Φίλιππος, ο οποίος έχει διαγνωστεί με Σύνδρομο Asperger από την ηλικία των 3 ετών. Ο Φίλιππος είναι 7 ετών και φοιτά σε κανονικό δημοτικό σχολείο με την ύπαρξη δασκάλας παράλληλης στήριξης. Η οικογένειά του απαρτίζεται από τη μητέρα, τις δύο μεγαλύτερες αδερφές και το δίδυμο αδερφό του. Όμως διαμένει μόνο με τη μητέρα και το δίδυμο αδερφό του.

Αξιολόγηση: Η αξιολόγηση ενός ατόμου με Σύνδρομο Asperger πραγματοποιείται μέσω της λήψης ιστορικού από τον φροντιστή και από τη λεπτομερή παρατήρηση των κοινωνικών αντιδράσεων του παιδιού. Έτσι και σε αυτή τη περίπτωση σύμφωνα με τα λεγόμενα της μητέρας παρατηρούνται εκρήξεις θυμού και χρήση βίας, όταν δεν εκπληρώνονται οι επιθυμίες του. Εκφράζει έντονα συναισθήματα ταραχής, ανησυχίας και θυμού, όταν δεν ακολουθούνται οι καθημερινές του συνήθειες (π.χ. καθιερωμένη ώρα φαγητού). Σε περιπτώσεις επίμονης σκέψης ή ταραχής εμφανίζει νευρικές συνήθειες, συγκεκριμένα κυκλικές κινήσεις των χεριών. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του προς τον δίδυμο αδερφό του, τον αγνοεί, του επιβάλλεται και παίζει ελάχιστα μαζί του. Ωστόσο, ο Φίλιππος συμμετέχει σε ομαδικά και συμβολικά παιχνίδια. Ο ίδιος λέει αστεία, ενώ προσπαθεί να κατανοήσει τα αστεία και τις παροιμίες των άλλων. Ανταποκρίνεται στο όνομά του, κατανοεί τις οδηγίες, αν και τις ολοκληρώνει ορισμένες φορές. Παρακολουθεί τη συζήτηση ανάλογα με το θέμα, εάν αντικατοπτρίζει τα προσωπικά του ενδιαφέροντα. Δέχεται τα αγγίγματα και τις αγκαλιές της μητέρας, όταν ο ίδιος το επιθυμεί. Αναφέρεται και η αντοχή του στον πόνο και η άγνοια του κινδύνου.

Η αξιολόγηση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού, της άρθρωσης, της φωνολογικής επεξεργασίας, της ροής και της φώνησης κρίνονται μη αναγκαίες, καθώς ο Φίλιππος παρουσιάζει επαρκεί στοιχεία σε αυτούς τους τομείς.

Κατά την πρώτη συνάντηση με το Φίλιππο αξιολογήθηκαν οι γνωστικές και οι κοινωνικές του δεξιότητες μέσω της παρατήρησης, της συζήτησης και του επιτραπέζιου παιχνιδιού. Επιπροσθέτως χορηγήθηκε άτυπη δοκιμασία αξιολόγησης.

Όσον αφορά τις γνωστικές δεξιότητες, η οπτική και η ακουστική αντίληψη και η αντίληψη του σώματος είναι επαρκείς. Η κατονομασία, η κατηγοριοποίηση και η εκτέλεση των εντολών είναι σε φυσιολογικά πλαίσια σύμφωνα με την ηλικία του. Η μίμηση, η μνήμη και η κατανόηση της χρονικής αλληλουχίας συμβαδίζουν με την τυπική ανάπτυξη του παιδιού.

Μέσω της αξιολόγησης των κοινωνικών δεξιοτήτων του Φίλιππου παρατηρούνται ικανοποιητική βλεμματική επαφή, συμμετοχή σε ομαδικό παιχνίδι και τήρηση κανόνων. Ανταποκρίνεται εύστοχα στο όνομα, στις χειρονομίες, στο χαμόγελο και πραγματοποιεί χειραψία. Ανέχεται τη διακοπή δραστηριοτήτων, προσαρμόζεται σε αλλαγές και τηρεί τα όρια σε προσωπικά αντικείμενα άλλων. Ωστόσο δυσανασχετεί με το άγγιγμα. Αρκετά συχνά τοποθετείται κοντά σε άλλους ανθρώπους σε απόσταση μικρότερη του ενός μέτρου και εισβάλλει στον προσωπικό χώρο άλλων.

Θεραπευτικό πλάνο

Για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση, η στοχοθεσία δομείται σύμφωνα με την άτυπη αξιολόγηση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων συνδυάζοντας τα λεγόμενα της μητέρας από τη λήψη ιστορικού. Η συχνότητα των συνεδριών ορίστηκε σε δύο φορές την εβδομάδα.

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Διαχείριση συναισθημάτων με ποσοστό επιτυχίας 85%.
- Βελτίωση κοινωνικών αντιδράσεων με ποσοστό επιτυχίας 85%.
- Επίγνωση κινδύνου με ποσοστό επιτυχίας 85%.

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι

- ◆ Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων με ποσοστό επιτυχίας 90%.
- ◆ Διαχείριση θυμού, υπερβολικού ενδιαφέροντος με ποσοστό επιτυχίας 85%.
- ◆ Παιχνίδι με το δίδυμο αδερφό με ποσοστό επιτυχίας 80%.
- ◆ Προφύλαξη στο δρόμο με ποσοστό επιτυχίας 90%.

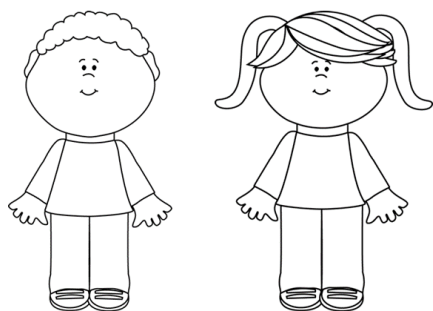
(Πρώιου, 2005, Shipley & McAfee & Βιρβιδάκη & Ταφιάδης, 2013)

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Για την ομαλή διεκπεραίωση των συνεδριών παρέμβασης ακολουθήθηκαν οι *συμβουλές συνεδρίας παρέμβασης*, οι οποίες αναγράφονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης περίπτωσης. Επίσης αναφέρονται το *περιεχόμενο και ο σχεδιασμός* των κοινωνικών ιστοριών, τα οποία συνέβαλαν στη δημιουργία τους. Η μέθοδος που επιλέχτηκε για την παρέμβαση του Φίλιππου είναι κυρίως οι κοινωνικές ιστορίες. Η συμβολή και η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί μέσω έγκυρων ερευνών. Βασικός παράγοντας για την πολύπλευρη παρέμβαση είναι η τροποποίηση και η ευελιξία των θεμάτων των κοινωνικών ιστοριών. Δημιουργήθηκαν βασικά θέματα κοινωνικών ιστοριών, τα οποία προέκυψαν από τη λήψη ιστορικού και την άτυπη αξιολόγηση. Ωστόσο προστέθηκαν περαιτέρω θέματα, τα οποία βασίστηκαν σε πρόσφατα γεγονότα. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ο Φίλιππος διάβαζε το κοινωνικό σενάριο και χρωμάτιζε ένα μέρος του. Στο σπίτι το διάβαζε ξανά με τη μητέρα του και χρωμάτιζε το υπόλοιπο μέρος. Στην επόμενη συνεδρία περιέγραφε το αγαπημένο του μέρος. Το θεωρητικό πλαίσιο *δόμηση παρέμβασης* ωφέλησε θετικά την οργάνωση των μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων.

Αξίζει να τονιστεί ότι η συνεχής επικοινωνία και συμβουλευτική με τη μητέρα είχε θετικά αποτελέσματα τόσο στη δόμηση των συνεδριών παρέμβασης όσο και στο χειρισμό των κοινωνικών αντιδράσεων του Φίλιππου. Κατά τη λήψη ιστορικού έγινε εμφανές η φτωχή πληροφοριοδότηση της μητέρας σχετικά με το Σύνδρομο Asperger. Για τον εμπλουτισμό των γνώσεων της δόθηκαν φυλλάδια με προσωπικές εμπειρίες γονέων με παιδιά με Σύνδρομο Asperger, τα οποία στη συνέχεια συζητήθηκαν. Επιπροσθέτως δόθηκαν συμβουλές σχετικά με το χειρισμό των ακατάλληλων κοινωνικών αντιδράσεων και της χρήσης των κοινωνικών ιστοριών.

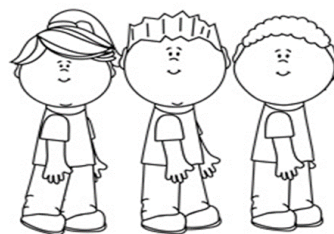
Επικοινωνία και Συμπεριφορά



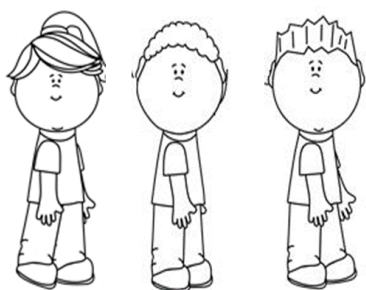
Το βιβλίο ανήκει στον/ην: _____

Πρώτος στη σειρά.

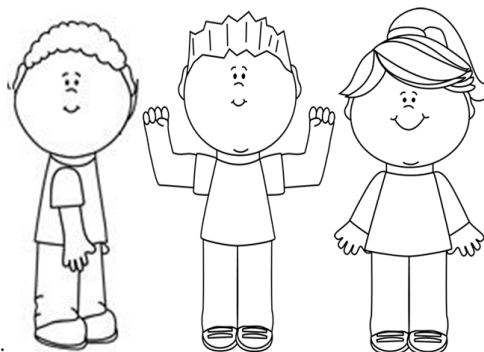
Μερικές φορές είμαι πρώτος στη σειρά.
Μερικές φορές δεν είμαι πρώτος στη σειρά.



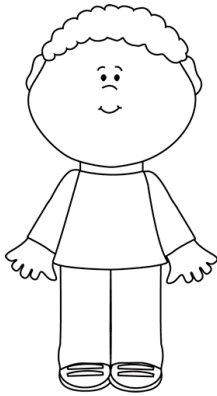
Μου αρέσει να είμαι πρώτος στη σειρά.
Αλλά αρέσει και στους φίλους μου να είναι
πρώτοι στη σειρά.
Θέλω οι φίλοι μου να είναι χαρούμενοι.



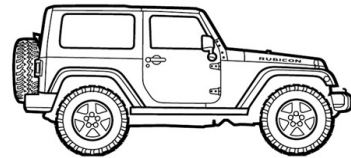
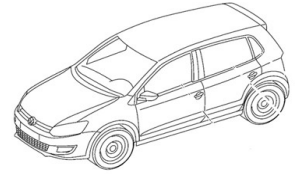
Στον καθένα έρχεται η σειρά να είναι πρώτος.
Έτσι είμαστε όλοι χαρούμενοι.



Τι κάνω όταν βλέπω κάτι που μου αρέσει;



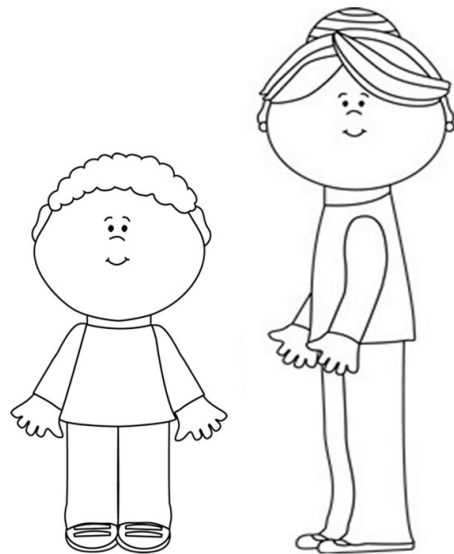
Με λένε Μιχάλη και με ενδιαφέρουν πολύ τα αυτοκίνητα.
Όταν περπατάω στο δρόμο και δω ένα ενδιαφέρον αυτοκίνητο θα ενθουσιαστώ.
Θα μιλήσω για αυτό.
Θα το δείξω με το δάχτυλό μου.



Δεν απομακρύνομαι από τη μαμά μου ή από τους φίλους μου.
Δεν πετάγομαι στο δρόμο.

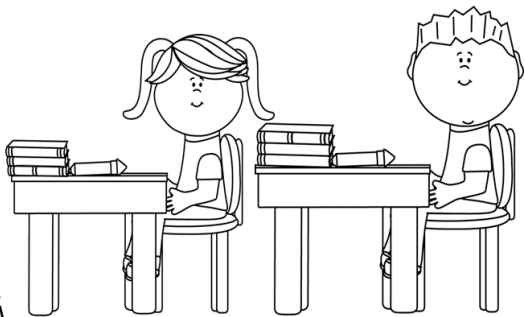


Έτσι, όλοι είμαστε χαρούμενοι, όπως κι εγώ.
Είμαι ασφαλής.



Πώς θα ζητήσω να κάνω διάλειμμα;

Μερικές φορές χρειαζομαι ένα διάλειμμα.
Ίσως να χρειαζομαι διάλειμμα όταν η εργασία
είναι δύσκολη.
Ίσως να χρειαζομαι διάλειμμα, επειδή έχω πολύ
ενέργεια.



Σηκώνω το χέρι μου.
Λέω στη δασκάλα ή στη μαμά μου «Χρειαζομαι
διάλειμμα»
Μετά πηγαίνω στην περιοχή 'διαλείμματος'.
Κάθομαι ήσυχος.
Ηρεμώ.



Όταν είμαι έτοιμος, επιστρέφω στη θέση μου.
Νιώθω καλύτερα όταν ζητάω ένα διάλειμμα.

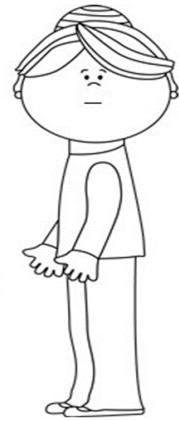


Πώς ζητάω βοήθεια;

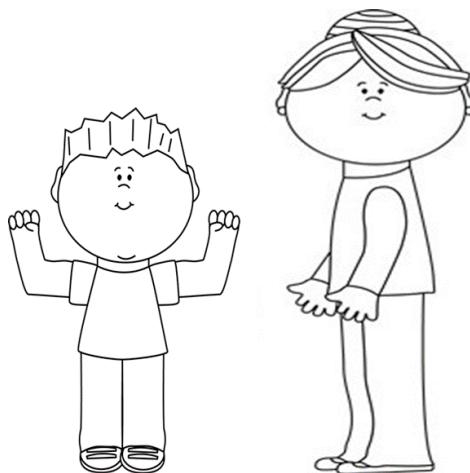
Συνήθως νιώθω υγιής.
Μερικές φορές πονάει κάποιο μέλος του
σώματός μου.
Μερικές φορές τραυματίζομαι.



Τότε ζητάω αμέσως βοήθεια από τη μαμά μου ή
από κάποιον ενήλικα.
Λέω ποιο μέλος του σώματός μου με πονάει.
Ή
Λέω σε ποιο σημείο του σώματός μου
τραυματίστηκα.

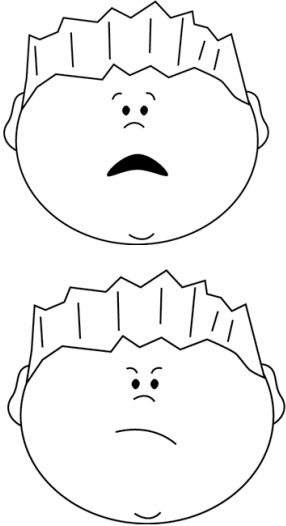


Έτσι, η μαμά μου ή ο ενήλικας από τον οποίο
ζήτησα βοήθεια με φροντίζει.
Γίνομαι υγιής.
Είμαι χαρούμενος.



Πώς ηρεμώ;

Μερικές φορές αγχώνομαι ή ταραζομαι.
Σε όλους συμβαίνει αυτό.

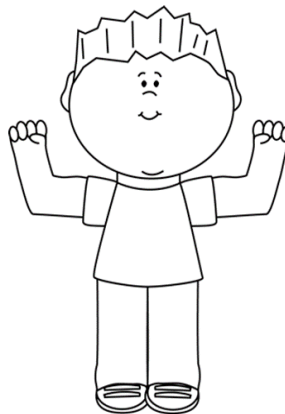


Για να ηρεμήσω μπορώ να:

- κρατήσω στο χέρι μου ένα αντικείμενο που μου αρέσει
- να φυσήξω μέσα στα χέρια μου
- ή να ζητήσω μια αγκαλιά

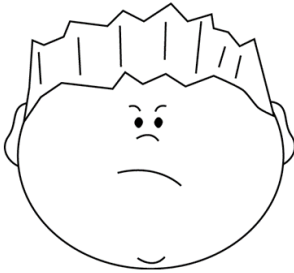


Όταν είμαι ήρεμος.
Είμαι χαρούμενος.



Πώς ξεπερνάω το θυμό μου;

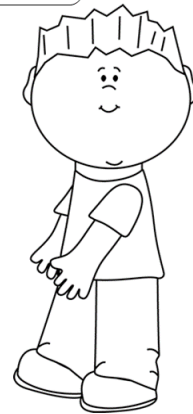
Συνήθως είμαι ήρεμος.
Όταν δε γίνεται αυτό που θέλω,
θυμώνω.



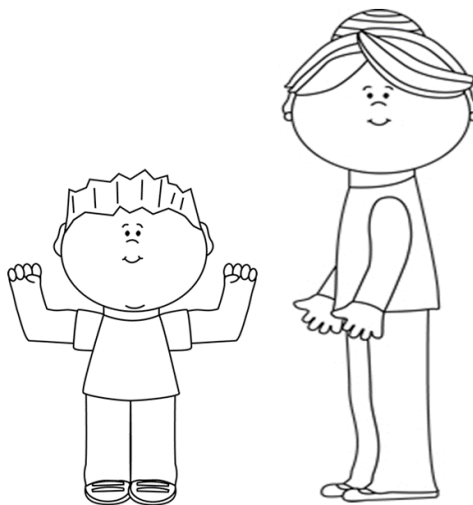
Για να ξεπεράσω το θυμό μου μπορώ να:

- μετρήσω μέχρι το 5
- να πάρω μία βαθιά ανάσα
- να βάλω τα χέρια μέσα στις τσέπες

1...2...3...4...5....

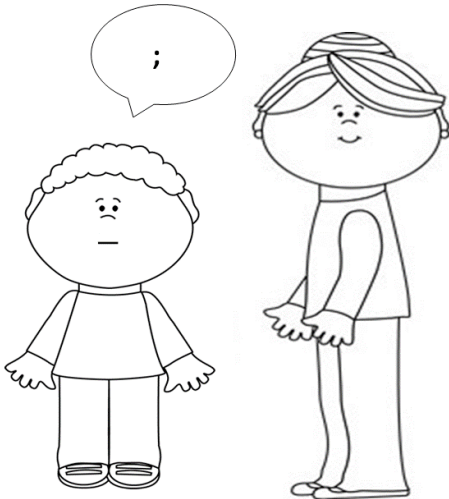


Έτσι, δεν είμαι θυμωμένος.
Είμαι ήρεμος.
Είμαι χαρούμενος.
Κάνω τη μαμά μου χαρούμενη.



Τι κάνω όταν δεν καταλαβαίνω αυτά που μου λένε;

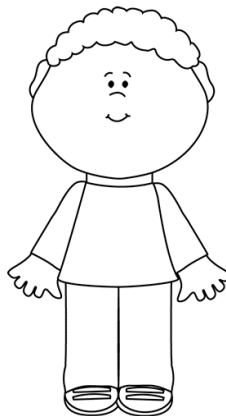
Μερικές φορές καταλαβαίνω όσα μου λένε οι άλλοι.
Μερικές φορές όμως δε καταλαβαίνω όσα μου λένε οι άλλοι.



Τότε λέω:
«Μπορείς να το επαναλάβεις;»
Ή
«Μπορείς να μου το εξηγήσεις;»
Προσέχω τα λόγια του.
Κοιτάω το πρόσωπό του.



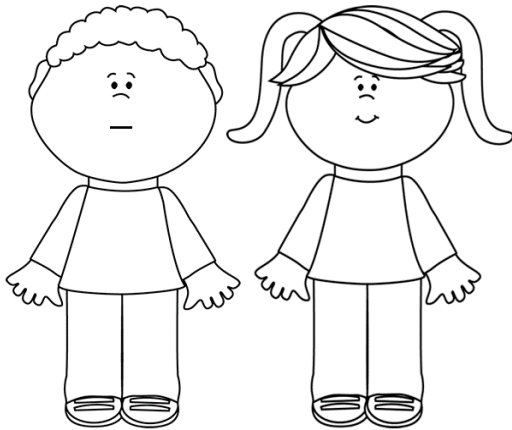
Έτσι, καταλαβαίνω ό,τι λένε οι άλλοι.
Είμαι χαρούμενος.



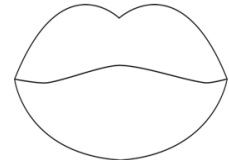
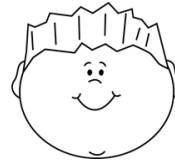
Πώς μπορώ να καταλάβω τα συναισθήματα των άλλων;

Μερικές φορές καταλαβαίνω τα συναισθήματα των άλλων.

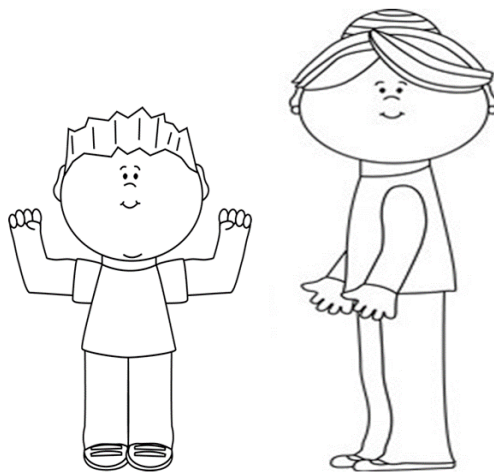
Μερικές φορές δε καταλαβαίνω τα συναισθήματα των άλλων.



Για να καταλάβω τα συναισθήματά τους:
-Παρατηρώ τις εκφράσεις του προσώπου τους.
-Προσέχω το στόμα τους.
-Λέω: «Μπορείς να μου πεις πώς αισθάνεσαι;»

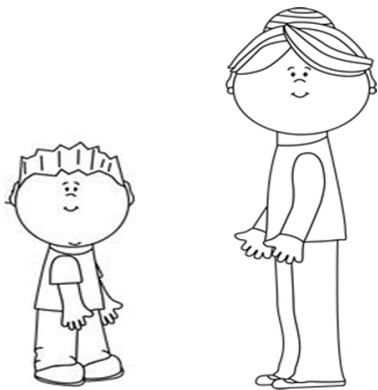


Δίνω σημασία στα συναισθήματα των άλλων.
Έτσι, νοιάζομαι για τους συνανθρώπους μου.
Αυτό κάνει εμένα και τους συνανθρώπους μου χαρούμενους.

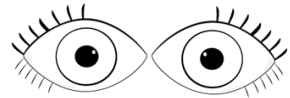


Πώς ακολουθώ οδηγίες;

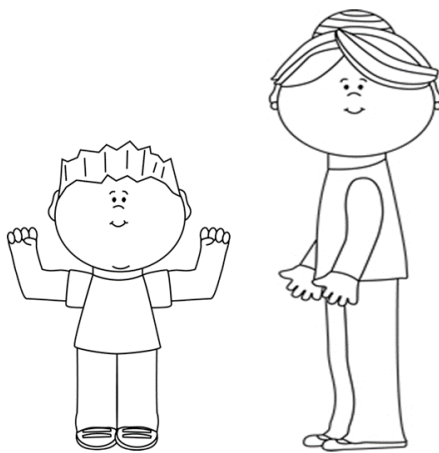
Οι οδηγίες με βοηθάνε στην καθημερινότητά μου.
Η μαμά μου θέλει να με βοηθήσει.
Ακολουθώ τις οδηγίες της.



- Χρησιμοποιώ την όραση των ματιών μου.
- Χρησιμοποιώ την ακοή των αυτιών μου.
- Κάνω ό,τι μου λέει η δασκάλα ή η μαμά μου.
- Ακολουθώ τις οδηγίες εγκαίρως.
- Λέω «Εντάξει»

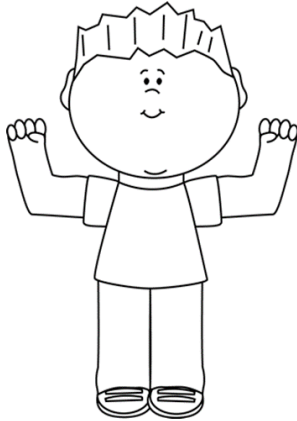


Ακολουθώ τις οδηγίες.
Είμαι χαρούμενος.
Κάνω τη μαμά και τη δασκάλα χαρούμενες.



Πώς μπορώ να είμαι οργανωμένος;

Μερικές φορές δεν έχω να κάνω πολλές δραστηριότητες.
Μερικές φορές έχω να κάνω αρκετές δραστηριότητες.

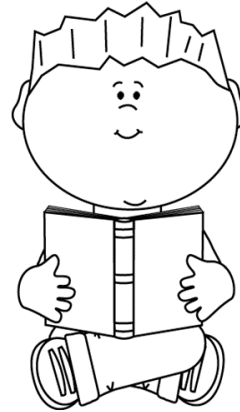


Η οργάνωση των δραστηριοτήτων μου βοηθάει στην ολοκλήρωσή τους.

Μπορώ να δημιουργήσω μια λίστα δραστηριοτήτων.

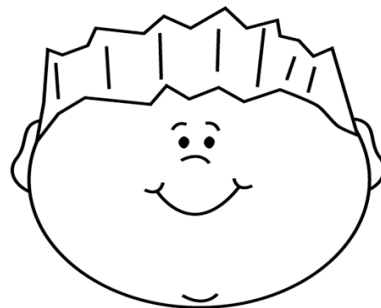
Η λίστα περιλαμβάνει:

- Στήλες
- Ημερομηνία ή ώρες
- Κουτάκια για ν ή Χ



Η γραπτή υπενθύμιση και η οργάνωση των δραστηριοτήτων βοηθάει στην ολοκλήρωσή τους.

Έτσι, είμαι χαρούμενος.

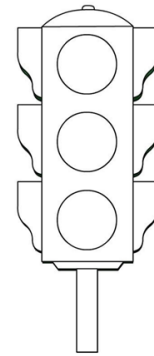


Πώς συμπεριφερόμαι στο δρόμο;

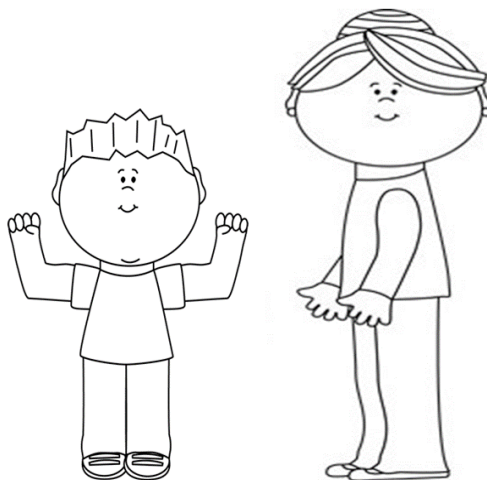
Συχνά περπατώ δίπλα από το δρόμο.
Στο δρόμο κυκλοφορούν πολλά αυτοκίνητα.
Τα αυτοκίνητα μπορεί να γίνουν επικίνδυνα.



- Για να είμαι ασφαλής:
- Περπατώ πάνω στο πεζοδρόμιο
 - Για να περάσω το δρόμο:
 - Κοιτάω δεξιά και αριστερά
 - Κοιτάω το φανάρι
 - Δε τρέχω προς τον δρόμο



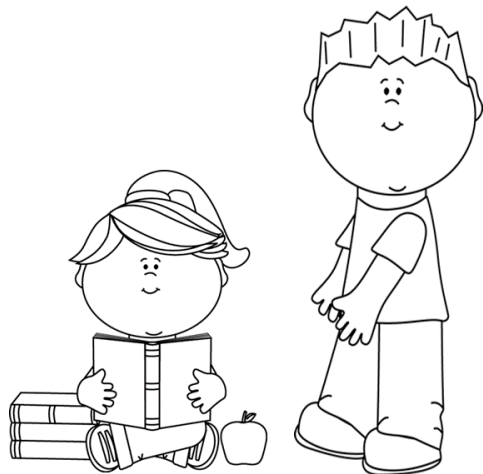
Είμαι ασφαλής.
Κάνω τη μαμά μου χαρούμενη.
Είμαι κι εγώ χαρούμενος.



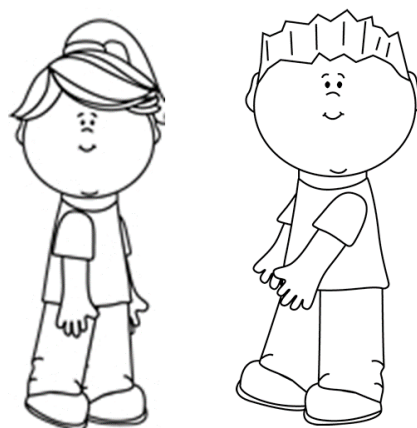
Τι κάνω όταν κάποιος που θέλω να μιλήσω είναι απασχολημένος;

Μερικές φορές θέλω να μιλήσω σε κάποιον.
Μερικές φορές το άτομο που θέλω να μιλήσω είναι απασχολημένο.

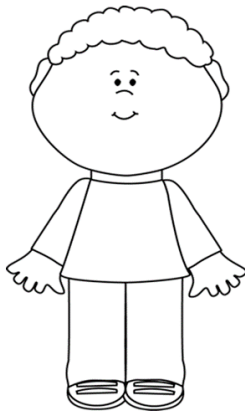
Αν του μιλήσω, θα τον ενοχλήσω.
Περιμένω να τελειώσει την δραστηριότητά του.



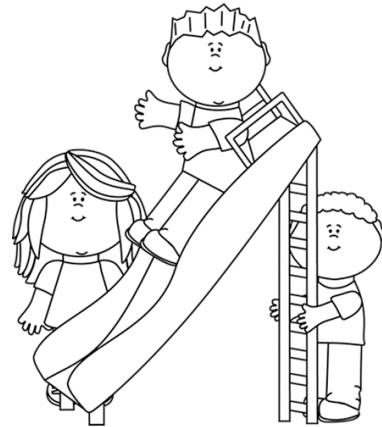
Μετά του λέω αυτό που θέλω.
Έτσι ακούει με μεγαλύτερη προσοχή τα λόγια μου.



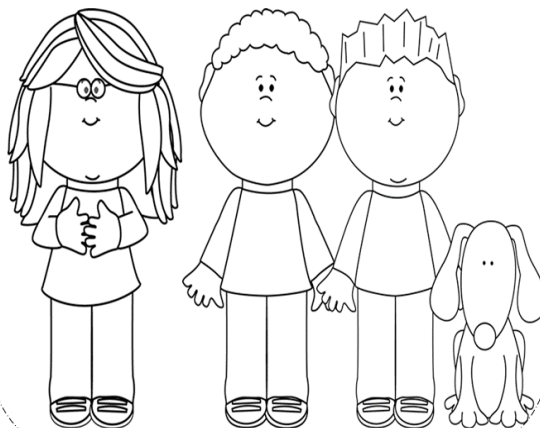
**Πώς συμπεριφέρομαι όταν παίζω
μαζί με παιδιά;**



Με λένε Μιχάλη και μου αρέσει να
παίζω μαζί με άλλα παιδιά.
Συνήθως παίζω μαζί τους στη
παιδική χαρά ή στο σχολείο.

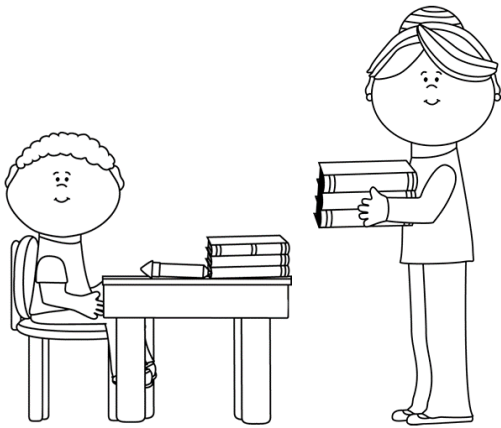


Έτσι, όλοι είναι χαρούμενοι, όπως κι
εγώ. Παίζουμε όλοι μαζί αρμονικά.

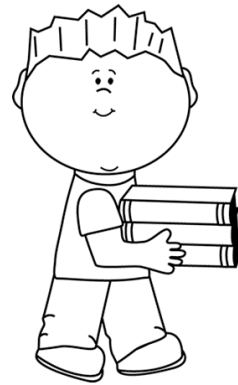


Τι κάνω όταν η μαμά διαβάζει με τον αδερφό μου;

Μερικές φορές η μαμά διαβάζει μαζί μου.
Μερικές φορές η μαμά διαβάζει με τον αδερφό μου.



Όταν διαβάζει με τον αδερφό μου, δεν τους ενοχλώ.
Πηγαίνω σε άλλο μέρος.
Μπορώ να διαβάσω.



Κάνω ησυχία, μέχρι να τελειώσουν.
Αυτό μας κάνει όλους χαρούμενους.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Όνομα: Φίλιππος Παπαδόπουλος

Ημερομηνία γέννησης: 08/08/2009

Ηλικία: 7 ετών

Τόπος διαμονής: Διδυμότειχο

Ημερομηνία αξιολόγησης: 29/06/2016

Περιγραφή της δυσκολίας

Ο Φίλιππος, 7 ετών και παιδί με Σύνδρομο Asperger, εκφράζει έντονα τα συναισθήματα του θυμού, της ανησυχίας και της ταραχής. Με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί βία και να παράγει συχνά κυκλικές κινήσεις των χεριών (νευρικές συνήθειες). Γενικά αδυνατεί να διαχειριστεί τις κοινωνικές αντιδράσεις του κατάλληλα. Ακόμη η συμπεριφορά του προς τον δίδυμο αδερφό του χαρακτηρίζεται από άγνοια και επιβολή. Αγνοεί τον κίνδυνο και έχει μεγάλη αντοχή στον πόνο, στοιχεία που καθορίζουν το επίπεδο επικινδυνότητας στη ζωή του. Δυσανασχετεί με το άγγιγμα και εισβάλλει στο προσωπικό χώρο των άλλων.

Δεξιότητες πριν την παρέμβαση

Οι τομείς του στοματοπροσωπικού μηχανισμού, της άρθρωσης, της φωνολογικής επεξεργασίας, της ροής και της φώνησης είναι επαρκείς. Οι γνωστικές δεξιότητες συμβαδίζουν με την τυπική ανάπτυξη του παιδιού. Το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι ικανοποιητικά επαρκές. Συγκεκριμένα ο Φίλιππος συμμετέχει σε ομαδικά και συμβολικά παιχνίδια. Έχει ικανοποιητική βλεμματική επαφή και ανταποκρίνεται εύστοχα στο όνομά του και στις χειρονομίες.

Περίληψη παρέμβασης

Η μακροπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση στόχευε στην βελτίωση της διαχείρισης των συναισθημάτων, στη βελτίωση των κοινωνικών του αντιδράσεων και στην επίγνωση του κινδύνου. Επιπροσθέτως η βραχυπρόθεσμη στοχοθεσία απαρτιζόταν από την βελτίωση της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, τη διαχείριση του θυμού και του υπερβολικού ενδιαφέροντος, την ανάπτυξη του παιχνιδιού με το δίδυμο αδερφό του και την βελτίωση της αυτοπροφύλαξης στο δρόμο. Η συχνότητα των συνεδριών ορίστηκε σε 2 φορές την εβδομάδα.

Δεξιότητες μετά την παρέμβαση

Μέσω της παρατήρησης του Φίλιππου, τόσο από τη λογοθεραπεύτρια όσο και από τη μητέρα του, ο Φίλιππος σημείωσε πρόοδο. Επίσης με την έναρξη της σχολικής χρονιάς οι δασκάλες του επεσήμαναν: «Ο Φίλιππος φαίνεται πιο ήρεμος και πιο συνεργάσιμος». Όσον αφορά την πρόοδο του, ο Φίλιππος έπαιξε με τον αδερφό του και του επιβαλλόταν ελάχιστα. Οι εκφράσεις του θυμού, της ταραχής και της ανησυχίας είναι ήπιες. Ωστόσο χρίζει περαιτέρω παρέμβαση στη στοχοθεσία

της επίγνωσης του κινδύνου, καθώς καλύφθηκε ένα μέρος των επικίνδυνων καταστάσεων που συναντώνται στη καθημερινότητά του. Επιπροσθέτως δόθηκε έμφαση στην προφύλαξη στο δρόμο, όπου ο Φίλιππος σταμάτησε να τρέχει και πλέον περπατά δίπλα από τη μητέρα του. Ωστόσο εξακολουθεί να περνάει το δρόμο απρόσεκτος.

Συμπεράσματα και Συστάσεις

Ο Φίλιππος έδειξε πρόοδο στους περισσότερους στόχους. Λόγω του Συνδρόμου Asperger είναι πιθανό να εμφανίσει διακυμάνσεις στην έκφραση των συναισθημάτων του και στις κοινωνικές του αντιδράσεις. Επιπλέον ο βραχυπρόθεσμος στόχος της προφύλαξης στο δρόμο παρουσιάζει ελλείμματα. Για αυτό το λόγο προτείνεται η συνέχιση της λογοθεραπείας για την επιτυχή ολοκλήρωση του συγκεκριμένου στόχου, καθώς και την κάλυψη περισσότερων κοινωνικών σεναρίων με περιεχόμενο τα επικίνδυνα γεγονότα που συναντώνται στη καθημερινότητα του Φίλιππου. Επιπλέον κρίνεται αναγκαία η επαναξιολόγηση του σε διάστημα του ενός μηνός και η εβδομαδιαία επικοινωνία με τη μητέρα του.

(Πρώιου, 2005; Shipley & McAfee & Βιρβιδάκη & Ταφιάδης, 2013)

22. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- 1) Βάρβογλη, Λ., *Η διάγνωση του αυτισμού*. Αθήνα: Καστανιώτη, 2007
- 2) Βογινδρούκας, Ι., *Η χρήση των προσωπικών αντωνυμιών από ελληνόπουλα με αυτισμό- Συγκριτική μελέτη*, Αδημοσίευτη εργασία, Postgraduate Diploma, University of Birmingham, 1997
- 3) Βογινδρούκας, Ι., *Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία*. Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα, 2002.
- 4) Βογινδρούκας, Ι., *Πραγματολογικές δεξιότητες σε παιδιά με αυτισμό*. Ψυχολογία (ΕΛΨΕ). 12, σελ. 276-292, 2005
- 5) Βούλγαρης, Κ., Μπαρμπάτσης, Γ., Μπότσας, Γ., Σημίδη, Μ., Σκουλίδου, Κ., *Αυτισμός*, 1997. Σημειώσεις
- 6) Βογινδρούκας Ι. και Sherratt D.: *Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*. Ταξιδευτής, Αθήνα, 2008.
- 7) Γενά Α.: *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Αξιολόγηση-Διάγνωση-Αντιμετώπιση*, Χ. Ζαχαρόπουλος- Δ. Σιταράς & ΣΙΑ Α.Ε.Ε.. Αθήνα, 2002.
- 8) Ζώης, Γ., Δημητρακόπουλος, Σ., *Εγχειρίδιο Συμβουλευτικής Στήριξης Γονέων με Αυτιστικά Παιδιά*, Εκδόσεις: Ζώης Γ., Πάτρα, 2003
- 9) Καλύβα Ε., *Αυτισμός Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα, 2005
- 10) Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: εκδόσεις Τυπωθήτω, 2005
- 11) Κατή Δ., *Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί*, εκδ. Οδυσσέας, 2000
- 12) Κολλάτος, Δ., *Αυτό το παιδί είναι μόνο του: Ανθολόγηση των προβλημάτων του αυτιστικού παιδιού*. Αθήνα, εκδόσεις Δανιάς, 1984
- 13) Κοσσούρη Μ., *Αυτισμός- Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ολιστική Διεπιστημονική Προσέγγιση*, Εκδόσεις: Βήτα, 2006. (<http://www.autismhellas.gr/files/el/autism.pdf>)
- 14) Κυπριωτάκης, Β.Α., *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους* (3^η έκδοση). Ηράκλειο (αυτοέκδοση), 2003
- 15) Κωνστανταρέα, Μ.. *Παιδικός Αυτισμός*. Στο Γ. Τσιαντής και Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ. Εκδ.) , *Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής*, Τόμος Β , Πρώτο Μέρος (σ. 192-193) Αθήνα: Καστανιώτη, 2001
- 16) Μάνος, Ν., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1997
- 17) Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α., *Σύγχρονες απόψεις για τη σκέψη του παιδιού*. Αθήνα: Γρηγόρης, 1997
- 18) Μισαηλίδη Π., *Η θεωρία του νου στο σύνδρομο του αυτισμού: κατανοούν τα παιδιά με αυτισμό τις προθέσεις των άλλων;*, Λέκτορας Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 2001, 32, 177-185.
- 19) Νότας Σ., *Το Φάσμα του Αυτισμού – Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Οδηγός για όλη την οικογένεια*, Υπουργείο Παιδείας – Ε.Π.: Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ- Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων

- Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισα, Εκδόσεις: έλλα, 2005. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: <http://www.autismhellas.gr/files/el/dad-aftismos.pdf>.
- 20) Νότας Σ., *Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό: Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*, Υπουργείο Παιδείας – Ε.Π.: Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ- Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισα, Εκδόσεις: έλλα, Τρίκαλα, 2006. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: http://www.autismhellas.gr/files/el/Goneis_adelphia.pdf
- 21) Νότας Σ. - Νικολαΐδου Μ., *Αυτισμός- Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Ολιστική Επιστημονική Προσέγγιση*, Εκδόσεις Βήτα, 2006. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: <http://www.autismhellas.gr/files/el/autism.pdf>
- 22) Παπακωνσταντίνου, Μ. Χ., *Αυτισμός- Μία διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης*. Λάρισα (αυτοέκδοση), 2001
- 23) Παπαγεωργίου, Β., *Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2005
- 24) Παπαγεωργίου Β., *Θεραπευτικές Προσεγγίσεις των Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού*, Περιοδικό: Εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, Τόμος 42, Τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2005, Διατίθεται στην ιστοσελίδα: <http://www.encephalos.gr/full/42-4-01g.htm>
- 25) Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., *Εξελικτική Ψυχολογία* (Τόμος 2). Αθήνα (αυτοέκδοση), 1985
- 26) Πρώιου Χ., *Δυσφαγία, Δυσφασία, Δυσαρθρία: Λογοπαθολογία για ενήλικες και παιδιά*, Έκδοση Β'. ΕΚΔΟΣΕΙΣ GRAPHOLINE, Θεσσαλονίκη, 2005.
- 27) Συριοπούλου- Δελλή Χριστίνα, *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ψυχολογία- Παιδαγωγική- Κοινωνιολογία*, Εκδόσεις: ΓΡΗΓΟΡΗ, 2010
- 28) «*ΤΟ ΠΑΖΙ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ*» 10 ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ.. *ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ*, Πρακτικά Διεθνούς Επιστημονικού Συμποσίου, Λάρισα 2015 , Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισα.
- 29) Τσιάντης, Ι., Μανωλόπουλος, Σ., *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*, Αθήνα: Καστανιώτη, 1988
- 30) Φρανσίσ, Κ., *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος*. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης (ΕΠΕΑΕΚ). Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, 2007
- 31) Χιτόγλου-Αντωνιάδου, Μ., Κεκές Γ., Χιτόγλου-Χατζή Γ., *Αυτισμός – Ελπίδα*. University Studio Press, 2000.

Ξενόγλωσση Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία

- 1) Frith, U., *Αυτισμός*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994
- 2) Häussler A. και μετάφραση από Πατσικαθεοδώρου Γ.: *Η Μέθοδος TEACCH για την Εκπαίδευση Ανθρώπων με Αυτισμό Εισαγωγή στην θεωρία και στην πρακτική εφαρμογή της μεθόδου*. Ρόδων, Θεσσαλονίκη, 2012.
- 3) Harpe Francesca, *Αυτισμός: Σύγχρονη Ψυχολογική Θεώρηση*, Μετάφραση: Δημήτρης Π.

Στασίνο, Εκδόσεις: GUTENBERG-ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ,2003

4) Kathleen Ann Quill, *Διδάσκοντας Αυτιστικά Παιδιά: τρόποι να αναπτύξετε την Επικοινωνία και την Κοινωνικότητα*, Μετάφραση: Ρούντυ Παγίδα, Επιμέλεια: Μεσσήνης& Αντωνιάδης, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, 2000

5) Schopler, E. *Εγχειρίδιο επιβίωσης γονέων: Ένας οδηγός για την επίλυση κρίσεων στον αυτισμό και τις συναφείς αναπτυξιακές διαταραχές*. Αθήνα. Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, 2000

6) Shippley G. K. & McAfee G. J. και επιμέλεια και μετάφραση Βιρβιδάκη Ελεάννα Στ. & Ταφιάδης Διονύσης Χρ., *Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία*, 4^η Έκδοση/1^η Ελληνική Έκδοση. Εκδόσεις GOTSIS, 2013.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*, Washington, DC, 66-77, 1994. (<https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>)

2) American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual*. 2nd edition. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine

3) American Psychiatry Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-V)*, Washington, DC, 2013

4) Amlet, C., Gourfinkel-An, I., Bouzamondo, A., et al., *Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis*. Biol Psychiatry;64:577-582, 2008

5) Andersen-Wood, L., and Smith, B. R, *Working with Pragmatics*, UK, Winslow, 1997

6) Autism Speaks, *Executive Functioning and Theory of Mind*, 2010
<https://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/asperger-syndrome-and-high-functioning-autism-tool-kit/executive-functioni>

7) Baird, G., Cass, H., Slonims, V., *Early diagnosis of autism*. Br Med J; 327:488-493, 2003

8) Baltaxe, C. A. M., *Pragmatic deficit in the language of autistic adolescents*, Journal of Pediatrics Psychology, 2,176-180, 1977

9) Baron-Cohen S., *Theory of Mind in Normal Development and Autism*, Prisme, 2001, 34, 174-183.

10) Bartak, L., and Rutter, M., *The use of personal pronouns by autistic children*, J. of Autism and Childhood Schizophrenia, 4, 217-222, 1974

11) Bates, E., Camaioni, L., & Volterra, V., *The Acquisition of performatives prior to speech*, Merrill-Palmer Quarterly, 21, 205-226, 1975

12) Bernstein, D., & Tiegerman, E., *Language and Communication Disorders in Children*,

Macmillan Publishing Company, 1993

13) Beyer, J. & Gammeltoft, L., *Autism and Play*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2000

14) Bryson, S.E., Rogers, S.J., & Fombonne, E., *Autistic Spectrum Disorders: Early detection, intervention, education and psychopharmacological management*, Canadian Journal of Psychiatry, 48 (8), 506-516, 2003

Campbell, M., Locascio, J., Choroco, M., Spenker, K., *Stereotypies and tardive dyskinesia: Abnormal movements in autistic children*. Psychopharmacology Bulletin, 26, 260-266, 1990

15) Chan, R. C., Shum, D., Toulopoulou, T., & Chen, E. Y., *Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues*. Archives of Clinical Neuropsychology, 23(2), 201-216, 2008

16) Charman, T., *The Prevalance of Autistic Spectrum Disorders: Recent evidence and future challenges*, European Child and Adolescent Psychiatry, 11, 249-256, 2002

17) Charney, R., *Pronoun errors in autistic children: support for a social explanation*, British Journal of Disorders of Communication, 15, 39-44, 1980

18) Cohen, L., & Gelbrich, J., *Early Childhood Interests: Seeds of Adult Creativity*. Στο Fishkin, A., Cramond, B., & Olszewski-Kubilius, P. Investigating Creativity in Youth: Research and Methods (147-178). New Jersey: Hampton Press, 1999

19) Corbett, B. A., Constantine, L. J., Hendren, R., Rocke, D., & Ozonoff, S., *Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development*. Psychiatry Research, 166(2), 210-222, 2009

20) Dawson, G., Webb, S., Schellenberg, G., Dager, S., Friedman, S., Aylward, E. & Richards, T., *Defining the broader phenotype of autism: Genetic, brain and behavioral perspectives*. Development of Psychopathology, 14, 581-611, 2002

21) Del Giudice, G. *The Generic Roots of Autism. From the 1970s into the Millenium*. Journal of Abnormal Child Psychology, 28, 1, 3-14

22) Dodd, S., *Understanding Autism*. Elsevier Australia, 159-160, 2005

23) Dunbar, R.I.M, *The human story*. London: Faber, 2004

24) Elliott, R., *Executive functions and their disorders. Imaging in clinical neuroscience*. British Medical Bulletin, 65(1), 49-59, 2003

25) Filipek, P., Accardo, P., Ashwal, S., Baranek, G., Cook, E., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J., Johnson, C., Kallen, R., Levy, S., Minshew, N., Ozonoff, S., Prizant, B., Rapin, I., Rogers, S., Stone, W., Teplin, S., Tuchman, R. & Volkmar, F., *Practise parameter: Screening and diagnosis of autism*. Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and

- the Child Neurology Society. *Neurology*, 55, 468-479, 2000
- 26) Fombonne, E., *Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4): 365-382, 2003
- 27) Frith, U., *Autism and "Theory of Mind"*, New York Plenum Press, *Diagnosis and Treatment of Autism*, 1989, 33-52. (http://www.icn.ucl.ac.uk/dev_group/ufrith/documents/Frith,%20Autism%20and%20Theory%20of%20Mind%20copy.pdf)
- 28) Frith U. & Happe F., *Autism: beyond "theory of mind"*, *Cognition*, 1994, 115-132. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: http://www.icn.ucl.ac.uk/dev_group/ufrith/documents/Frith%20and%20Happe,%20Autism,%20beyond%20theory%20of%20mind%20copy.pdf.
- 29) Frith U. & Happe F., *Theory of mind and self-consciousness: what is it like to be autistic?*, Blackwell Publishers, 1999 Vol 14, 1-22. (http://www.icn.ucl.ac.uk/dev_group/ufrith/documents/frith_ML_99.pdf)
- 30) Frith U., *Autism: Explaining the enigma*, Blackwell, Oxford, 1989
- 31) Frith, U., *The 38th Sir Frederick Bartlett Lecture- Why we need cognitive explanations of autism*, Psychology Press, 65 (11) pp. 2073-2092, 2012
- 32) Garvey, C., *Play (The Developing Child)*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990
- 33) Haracopos, D. & Pedersen, L., *Sexuality and autism*. Danish report, Copenhagen, 1992
- 34) Hill E. L., *Evaluating the theory of executive dysfunction in autism*, Goldsmiths Research Online. © The Authors 2006, 1-40. (https://research.gold.ac.uk/2560/1/hill_devrev04_GRO.pdf)
- 35) Hill E. L., *Executive dysfunction in autism*, Goldsmiths Research Online. © The Author, 2006, Originally published: *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.8 No.1 January 2004 26-32 . (https://research.gold.ac.uk/2558/1/Hill_2004_GRO.pdf)
- 36) Hill, E. L., *Executive dysfunction in autism. Trends in cognitive sciences*, 8(1), 26-32, 2004
- 37) Hoekstra, R.A., Happe, F., Baron-Cohen, S., Ronald, A., *Association between extreme autism traits and intellectual disability insights. From a general population twin study*; 195: 531-536, 2009
- 38) Howlin, P. & Baron-Cohen, S. & Hadwin J., *Teaching children with autism to mind-read a practical guide*. England: John Wiley & Sons, 1999
- 39) Howlin, P. & Rutter, M., *Treatment of Autistic Children Chichester*; John Wiley & So, 2001
- 40) Iarocci, G., & McDonald, J., *Sensory Integration and the perceptual experience of persons with autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 77-90, 2006
- 41) Jahr, E., & Eldevik, S., *Changes in solitary play following acquisition of cooperative play by children with autism*. *The Journal of Speech-Language Pathology and Applied Behavior Analysis*,

2007

- 42) Janzen E. Janice, *Understanding the Nature of Autism: A Guide to the Autism Spectrum Disorders*, Edit: Therapy Skills Builders, 2003
- 43) Jarrold, C., Boucher, J., and Smith, P., *Generativity deficits in pretend play in autism*. British Journal of Developmental Psychology, 14, pp. 275-300, 1996
- 44) Jordan, R., *Αναπτύσσοντας την επικοινωνία στα άτομα με αυτισμό*, αδημοσίευτο κείμενο που παρουσιάστηκε στο πρώτο Ευρωπαϊκό συνέδριο για τον αυτισμό, Αθήνα, Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, 1995
- 45) Jordan, R., *Autism: An Introduction Handbook For Practitioners*, School of Education, University of Birmingham, 1996
- 46) Jordan, R., *An experimental comparison of The understanding and use of speaker-addressee personal pronouns in autistic children*, British Journal of Disorders of Communication, 24, 169-179, 1989
- 47) Jordan, R., & Powell, S., *Special Educational Needs of Pupils with Autism: Social and Emotional Needs*, The University of Birmingham, 1995
- 48) Jordan, R., *Autistic Spectrum Disorders: An Introductory Handbook for Practitioners*. London: David Fulton Publishers, 1999
- 49) Joseph R. M. & Tager-Flusberg H., *The Relationship of Theory of Mind and Executive Functions to Symptom Type and Severity in Children with Autism*, Boston University School of Medicine, Published in final edited form as: Dev Psychopathol, 16(1): 137–155, 2004.
- 50) King, M., & Bearman, P., *Diagnostic change and the increased prevalence of autism*. International Journal of Epidemiology, 38, 1224-1234, 2008
- 51) Klin, A., *Auditory Brainstem Responses in Autism: Brainstem Dysfunction or Peripheral Hearing loss*. J Autism Dev Disord; 23:15-35, 1993
- 52) Kotagal, S. & Broomall, E., *Sleep in children with autistic spectrum disorder*. Pediatr Neurol.; 47:222-225, 2012
- 53) Kubicek, L., *Organization in 2 mother infant interactions involving a normal infant and his fraternal twin brother who was later diagnosed as autistic*, In S. Golberg (eds.), High risk infants and children, London, Academic Press, 1980
- 54) Leyfer, O.T., Folstein, S.E., Bacalman, S., Davis, N.O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H. & Lainhart, J.E., *Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders*. J Autism Dev Disord; 36:849-861, 2006
- 55) Lord, C., & Schopler, E., *Neurobiological implications of sex differences in Autism*. In E. Schopler and G. Mesibov (Eds.), Neurobiological Issues in Autism, New York: Plenum Press, 1987

- 56) Lord C. & Risi S, Lambercht L., Cook E.H Jr., Leventhal B. L., DiLavore P.C., Pickles A., Rutter M., *The Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 2000, Vol. 30, No. 3, 205-223.
- 57) Mash, E. J., *Child psychopathology: A developmental-systems perspective*. Chapter 1, in Mash, E. J. & Barkley, R. A., 2003
- 58) Menyuk, P., and Quill, K., *Semantic Problems in Autistic Children*, In E. Schopler and G. Mesibov (eds.) *Communication Problems in Autism*, New York, Plenum Press, 1985
- 59) Mesibov, G., & Dawson, G., *Pervasive developmental disorders and schizophrenia*. In Reisman, J. (Ed.). *Behavior Disorders in Infants, Children, and Adolescents*, New York: Random House, 1986
- 60) Mesibov, G.B., Shea, V., & Adams, L.W., *Understanding Asperger syndrome and high-functioning autism*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Press, 2001
- 61) Minshew, N.J., & Williams, D.L., *The new neurobiology of autism: Cortex, connectivity, and neuronal organization*. *Archives of Neurology*, 64 945–950, 2007
- 62) Morton, L., & Belleville, S., *Perspective Production in a Savant Autistic Draughtsman*, *Psychological Medicine*, 25 93), 639-48, 1995
- 63) Newson, E., *Diagnosis of Autism*, Unpublished manuscript, Child Development Unit, Nottingham, 1979
- 64) Ornitz, E. M., & Ritvo, E. R., *The syndrome of autism: a critical review* , *American Journal of Psychiatry*, 133(6), 609–621, 1976
- 65) Parker, SK., Schwartz, B., Todd, J. *Thimerosal-containing vaccines and autistic spectrum disorder: A critical review of published original data*. *Pediatrics* 2004, 114(3): 793-804
- 66) Peeters, T., *Autism: From theoretical understanding to educational intervention*, London, Whurr Publishers Ltd, 1997
- 67) Reed, V., *An introduction to children with Language Disorders*. New York: Macmillan College Publishing, 1994
- 68) Ricks, D. M., *Vocal communication in pre-verbal normal and autistic children*, In N. O'Connor, (eds.) *Language Cognitive Deficits and Retardation*, London, Butterworths, 1975
- 69) Rodgers, J., *Visual perception and Asperger syndrome: central coherence deficit or hierarchization deficit*, *The international journal of research and practice Autism*, 4 (3), 321-329, 2000
- 70) Roeyers, H. & van Berckelaer-Onnes, I. A., *Play in autistic children. Communication and Cognition*, 27(3), pp. 349-360, 1994

- 71) Rogers, S.C., & Sawyers, K.J., *Play in the lives of children*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children, 1988
- 72) Rosenhall, U., Nordin, V., Sandstrom, M., Ahlsen, G. & Gillberg, C., *Autism and auditory brain stem responses*. *Ear Hear*;24:206-214, 1999
- 73) Ropar, D. & Peebles, D., *Sorting preference in children with autism: the dominance of concrete features*. *J Autism Dev Disord*. Feb;37(2):270-80, 2007
- 74) Rutter, M., Bailey, A., Bolton, P., & Le Couteur, A., *Autism and known medical condition*, *J. Child Psycho and Psychiatry*, Vol. 35, 2, 311-322, 1994
- 75) Rutter, M., *Genetic studies of Autism. From the 1970s into the Millennium*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 1, 3-14, 2000
- 76) Rutter, M., *Autism Research: Lessons from the Past and Prospects for the future*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 35, 241-257, 2003
- 77) Rutter, M. & Schopler, E., *Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186, 1987
- 78) Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C., Reichenberg, A., *The Familial Risk of Autism*, *JAMA*, 311(17):1770-7, 2014
- 79) Sarah Lennard-Brown, *Autism*, Edit: Raintree, Chicago, Illinois, 2004.
- 80) Schreibman, L., *Autism*, London, SAGE Publications, 1988
- 81) Siegel, B., *The World of Autistic Child*, Oxford, Oxford University Press, 1996
- 82) Simmon, J. Q., & Baltaxe, C, *Language patterns of adolescent autistics*, *J. of Autism and Childhood Schizophrenia*, 5, 333-351, 1975
- 83) Sherratt, D., *The importance of play*. *Good Autism Practice*, September, pp. 23-31. The National Autistic Society, 1999. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: (www.nas.org.uk)
- 84) Shields, J., *The autistic spectrum-a handbook*, The National Autistic Society, London, 1999
- 85) Stahmer, A.C., *Using pivotal response training to facilitate appropriate play in children with autistic spectrum disorders*, *Child Language Teaching and Therapy*, 15 (1), pp. 29-40, 1999
- 86) Tan, Y-H., Xi, C-Y., Jiang, S-P., Shi, B-X., Wang, L-B., & Wang, L., *Auditory abnormalities in children with Autism*. *Open Journal of Psychiatry*, (2), 33-37, 2012
- 87) Tuchman, R., Hirtz, D., Mamounas, L.A., *NINDS epilepsy and autism spectrum disorders workshop report*. *Neurology*;81;1630-1636, 2013
- 88) Turner M., *Annotation: Repetive behaviour in autism*. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 839-849, 1999
- 89) Ungerer, J.A., & Sigman, M., *Symbolic play and language comprehension in autistic children*.

- Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 20, 318-337, 1981
- 90) Valicenti- McDermott, M., McVicar, K., Rapin, I., Wershil, B.K., Cohen, H. & Shinnar, S., *Frequency of gastrointestinal symptoms in children with autistic spectrum disorders and association with family history of autoimmune disease*. J Dev Behav Pediatrics;27:128-136, 2006
- 91) Volkmar, F., Cohen, D.J., Paul, R. *An evaluation of DSM-III criteria for infantile autism*. This Journal. 1986
- 92) Volkmar, F., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R., & Klin, A., *Autism and pervasive developmental disorders*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 45, 135-170, 2004
- 93) Volkmar, F., Paul, R., Klin, A. & Cohen, D., *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3rd ed. New Jersey: Wiley, 2005
- 94) Walenski, M., Tager-Flusberg, H., Ullman, M.T., *Language in autism*. In: Moldin SO, Rubenstein JLR, editors. Understanding autism: From basic neuroscience to treatment. Taylor and Francis Books; Boca Raton, pp. 175–203, 2006
- 95) Willis, C. *Teaching Young Children with Autism Spectrum Disorder*. Published by Gryphon House, Inc, 2006
- 96) Willis, C., *Creative Inclusive Learning Environments for Young Children. What to Do on Monday Morning*. Εκδόσεις Corwin, 2009
- 97) Wilson C. Ellie and others, *Comparison of ICD-10R DSM-IV-TR and DSM-5 in an adult autism spectrum disorder diagnostic clinic*, Edit: Springer 16/3/2013. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: https://www.researchgate.net/publication/236056874_Comparison_of_ICD-10R_DSM-IV-TR_and_DSM-5_in_an_adult_autism_spectrum_disorder_diagnostic_clinic,
- 98) Wing L., *The Definition and Prevalence of Autism: A Review, European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.2, Issue 2, 61-74, April 1993.(<http://www.mugsy.org/wing.htm>)
- 99) Wing, L., *Early Childhood Autism*, Oxford, Pergamon Press, 1976
- 100) Wing, L., *The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals*. London: Constable, 1996
- 101) Wing, L., & Gould, J., *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and Classification*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-29, 1979
- 102) Wing, L. & Potter, D., *The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising?*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8, 151-161, 2002
- 103) Wolfberg, P.J., *Play and Imagination in Children with Autism*, New York, Teachers College Press, 1999

Λιαδικτυακή Βιβλιογραφία

- 1) https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_of_Aspinger_syndrome#DSM-5_changes_26/5/2016
- 2) <http://www.autismcommunity.org.au/famous---with-autism.html>, 2013
- 3) http://www.disabled-world.com/artman/publish/article_2086.shtml
- 4) <http://www.claymarzo.com/autism-awareness>, 2016
- 5) https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%86%CE%BB%CE%BC%CF%80%CE%B5%CF%81%CF%84_%CE%91%CF%8A%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%AC%CE%B9%CE%BD, 8/7/2016
- 6) https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%BF%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B2%CE%B9%CF%87_%CE%B2%CE%B1%CE%BD_%CE%9C%CF%80%CE%B5%CF%84%CF%8C%CE%B2%CE%B5%CE%BD, 6/9/2016
- 7) https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BB%CE%B5%CE%BE%CE%AC%CE%BD%CF%84%CE%B5%CF%81_%CE%93%CE%BA%CF%81%CE%AC%CF%87%CE%B1%CE%BC_%CE%9C%CF%80%CE%B5%CE%BB, 4/5/2016
- 8) https://en.wikipedia.org/wiki/Executive_dysfunction#Autism_spectrum_disorder, 12/8/2016
- 9) <https://el.wikipedia.org/wiki/Αυτισμός>, 3/10/2016
- 10) Δαρμανή Ελεάννα, Ελληνική Εταιρεία Υποστήριξης Παιδιών με Γενετικά Προβλήματα “ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ”, <http://www.tomellon.com.gr/attachments/article/31/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%BF%20%CE%95%CF%8D%CE%B8%CF%81%CE%B1%CF%85%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%20%CE%A7.pdf>
- 11) Tourette Syndrome Association, Inc., <http://tsgenesec.mbg.duth.gr/tsgr.html>, 4/2009
- 12) https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%BF_%CE%A4%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%AD%CF%84, 6/5/2016
- 13) Αυγερινού-Pietrzyk Δέσποινα, Ταινίες με θέμα: Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, 1/9/2016 <https://thelonagosuperman.wordpress.com/%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CF%84%CE%B1%CE%B9%CE%BD%CE%AF%CE%B5%CF%82/>
- 14) Μήτσικας Παναγιώτης, Παγκόσμια Μέρα Αυτισμού: 4+1 ταινίες, 2/4/2014 <http://reel.gr/pagkosmia-hmera-autismou-tainies/>
- 15) <http://www.therapyact.gr/index.php?act=viewProd&productId=52>, 2011
- 16) <https://www.alfavita.gr/arhron/%CE%BF-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF> 15/12/2013.
- 17) Ελληνική Εταιρεία “Η Ασπίδα του Δαυΐδ”, <http://www.mitos-aspida.gr/el/klimakes-ergaleia/chat>
- 18) Ελληνική Εταιρεία “Η Ασπίδα του Δαυΐδ”, <http://www.mitos-aspida.gr/el/klimakes-ergaleia/m-chat>

- 19) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/ASAS>, 2010
- 20) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/CHAT>, 2010
- 21) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/M-CHAT>, 2010
- 22) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/CARS-2>, 2010
- 23) Official Site of “PEARSON”, Psychology, Health and Education Assessments and Interventions, [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/ChildMentalHealth/ChildAutisticSpectrumDisorders/GilliamAutismRatingScale-SecondEdition\(GARS-2\)/GilliamAutismRatingScale-SecondEdition\(GARS-2\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/ChildMentalHealth/ChildAutisticSpectrumDisorders/GilliamAutismRatingScale-SecondEdition(GARS-2)/GilliamAutismRatingScale-SecondEdition(GARS-2).aspx), 2016
- 24) Official Site of WPS Publishing LLC, <https://www.wpspublish.com/store/p/3182/gilliam-autism-rating-scale-third-edition-gars-3>, 2016
- 25) PAR Leading Publisher of Psychological Assessment Materials, <http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=GARS-3>
- 26) PRO-ED Publisher, <http://www.proedinc.com/customer/productView.aspx?ID=5818>, 2014
- 27) https://en.wikipedia.org/wiki/Bayley_Scales_of_Infant_Development#Second_Edition_.281993_-_2006.29, 6/9/2016
- 28) http://images.pearsonclinical.com/images/PDF/Bayley-III_Webinar.pdf, 2008
- 29) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/ADOS>, 2016
- 30) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/ADI-R>, 2016
- 31) Wikispases, Δ.Α.Δ, *Η Χρήση Νέων Τεχνολογιών για τη Δημιουργία Ψηφιακού Εκπαιδευτικού Υλικού Σχετικά με Λογοθεραπευτικά Διαγνωστικά/Ανιχνευτικά Εργαλεία*, <http://assessmentscales.wikispaces.com/SCQ>, 2016
- 32) Επίσημη σελίδα της Α' Παιδιατρική Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, <http://www.firstpediatrics->

- uoa.gr/wp-content/uploads/2011/11/%CE%91%CE%9D%CE%99%CE%A7%CE%9D%CE%95%CE%A5%CE%A3%CE%97-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A4%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%A7%CE%A9%CE%9D-%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%9F%CE%A5-%CE%A6%CE%91%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%9C-CHAT-%CE%97ellenic.pdf, 2009
- 33) Official Site of M-CH.A.T, http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/07/M-CHAT-R_F_Greek.pdf, 2015
- 34) Αλεξάνδρου Σ., *Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος: Ο νέος ορισμός του DSM-V- Σκέψεις και θέσεις των ειδικών παρέμβασης*, 2013. (<http://www.proseggisi.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AE-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CF%86%CE%AC%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82-%CE%BF-%CE%BD%CE%AD%CE%BF%CF%82/>)
- 35) American Psychiatric Association, *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*, 2013. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: <http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>.
- 36) American Psychiatric Association, *Clinician-rated Severity of Autism Spectrum and Social Communication Disorders*, 2013. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: <https://www.psychiatry.org/home/search-results?k=autism>
- 37) Brown T., *Fragile X syndrome and Autism: Genetics of both Conditions*, Official Site of Autism. Διατίθεται στην ιστοσελίδα: http://www.autismhellas.gr/files/el/fragile_x.pdf
- 38) Official Site of Autism Hellas, Νότας Σ., <http://www.autismhellas.gr/fasma/docs/2.htm>
- 39) Official Site of Autism Hellas, Νότας Σ., <http://www.autismhellas.gr/fasma/docs/1.htm>
- 40) Official Site of Autism Hellas, Νότας Σ.& Παπαγεωργίου Β., Αλεξάνδρου Σ., http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf
- 41) Official Site of Autism Hellas, Παπαγεωργίου Β., http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Παρακάτω θα μπορείτε να δείτε συνοπτικά σε πίνακα τις διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης (Πηγή: Official Site of Autism Hellas)

Οι διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης με μια ματιά

	ICD-10	DSM-IV	DSM-5
Γενικός όρος	Διαχυτές αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
Διάγνωση	Παιδικός αυτισμός, Σύνδρομο Άσπεργκερ, ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη	Αυτισμός, Σύνδρομο Άσπεργκερ, ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
Συμπτώματα	Δυσκολίες στην επικοινωνία, Δυσκολίες στην κοινωνική επαφή, Επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην επικοινωνία, Δυσκολίες στην κοινωνική επαφή, Επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές και ενδιαφέροντα
Ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Άσπεργκερ)	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Άσπεργκερ)	Πρώιμη παιδική ηλικία αν και τα λειτουργικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν αργότερα
Αισθητηριακά προβλήματα	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια (υπερευαισθησία/υποευαισθησία στην ομάδα των επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών)
Τι συμβαίνει όταν ένα άτομο εμφανίζει κάποια αλλά όχι όλα τα συμπτώματα	Λαμβάνει διάγνωση ΔΑΔ-μη άλλως καθοριζόμενης	Λαμβάνει διάγνωση ΔΑΔ-μη άλλως καθοριζόμενης	Όσοι εμφανίζουν συμπτώματα κοινωνικής επικοινωνίας αλλά όχι επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές συμπεριφορές λαμβάνουν διάγνωση Διαταραχής Κοινωνικής Επικοινωνίας
Πως φαίνονται οι διαφορές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων	Μέσω των διαγνωστικών υποκατηγοριών	Μέσω των διαγνωστικών υποκατηγοριών	Μέσω εκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων (επίπεδο 1,2,3)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

(Πηγή: Wikispases,2010)

M-CHAT

Παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα σημειώνοντας το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ, αναφορικά με το πώς ακριβώς είναι και συμπεριφέρεται συνήθως το παιδί σας. Παρακαλώ προσπαθείστε να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση. Αν μια συμπεριφορά του παιδιού δεν παρατηρείται συχνά (δηλαδή αν την έχετε παρατηρήσει μόνο μια ή δυο φορές), παρακαλώ απαντήστε σαν το παιδί σας να ΜΗΝ την έχει εμφανίσει ποτέ.

Όνομα _____ Ηλικία _____ Ημερομηνία _____

1. Του αρέσει να το κουνάτε και να το παίζετε στα γόνατά σας ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Ενδιαφέρεται για άλλα παιδάκια ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Του αρέσει να σκαρφλώνει σε πράγματα, όπως πχ σε σκάλες ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Του αρέσει να παίζετε κρυφτό και «κου-κου-τσα / ι-τά»; (πχ κλείνει τα μάτια με τα χέρια και μετά τα ανοίγει ξαφνικά ή κρύβεσαι και εμφανίζεσαι ξαφνικά)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5. Παρατηρήσατε αν το παιδί σας προσποιείται, πχ, να κάνει πως μιλά στο τηλέφωνο ή ότι προσέχει μια κούκλα ή να υποκρίνεται άλλα πράγματα ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Το παιδί σας χρησιμοποιεί τον δείκτη του χεριού του, για να ζητήσει κάτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Το παιδί σας χρησιμοποιεί τον δείκτη του χεριού του, για να εκδηλώσει ενδιαφέρον για κάτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Μπορεί το παιδί σας να παίζει κανονικά με μικρά παιχνίδια (πχ αυτοκίνητα, τουβλάκια) χωρίς απλά να τα βάζει στο στόμα, να τα στριφογυρίζει ή να του πέφτουν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9. Φέρνει αντικείμενα σε σας (τον γονέα) για να σας δείξει κάτι ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Σας κοιτάει στα μάτια για περισσότερο από ένα-δύο δευτερόλεπτα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11. Μήπως το παιδί σας φαίνεται να είναι υπερευαίσθητο στον θόρυβο; (πχ κλείνει τα αυτιά του με τα χέρια ;)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Σας χαμογελά βλέποντας το πρόσωπό σας ή όταν του χαμογελάτε ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Σας μιμείται; (πχ αν του κάνετε μια γκριμάτσα, το παιδί σας θα την μιμηθεί;)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Ακούει στο όνομά του/της όταν το φωνάζετε ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15. Αν του δείξετε ένα παιχνίδι στην άλλη άκρη του δωματίου, θα το κοιτάξει ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Το παιδί σας περπατάει ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Κοιτάει πράγματα που κοιτάτε εσείς ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Μήπως κάνει ασυνήθιστες κινήσεις με τα δάχτυλα κοντά στο πρόσωπό του;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Δοκιμάζει να σας τραβήξει την προσοχή σε αυτό που κάνει εκείνο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
20. Σκεφτήκατε ποτέ μήπως είναι κωφό ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
21. Καταλαβαίνει αυτά που λένε οι άλλοι ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
22. Μήπως κάποτε κοιτάει στο κενό ή φαίνεται αφηρημένο χωρίς κανένα λόγο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
23. Κοιτάζει το πρόσωπό σας για να ελέγξει την αντίδρασή σας όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με κάτι άγνωστο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

© Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

© Authorized Greek translation by Dr Vasso Papavasiliou, Dr Dimitris Dimitriou – Papavasiliou, Developmental and Social Pediatrics Research Center – Cyprus.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

Το M-CHAT έχει πιστοποιηθεί για ανίχνευση παιδιών ηλικίας μεταξύ 18 και 30 μηνών, για αξιολόγηση της πιθανότητας εμφάνισης Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Το M-CHAT μπορεί να χορηγηθεί και να βαθμολογηθεί ως μέρος της προγραμματισμένης επίσκεψης στον παιδίατρο για τον προβλεπόμενο έλεγχο ανάπτυξης κάθε παιδιού (well child check-up), και μπορεί επιπλέον να χρησιμοποιηθεί από ειδικούς για εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος. Ο κύριος στόχος του M-CHAT είναι να μεγιστοποιήσει την ευαισθησία, δηλαδή να ανιχνεύει όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις ΔΑΦ γίνεται.

Γιαυτό, υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών, δηλαδή δεν σημαίνει ότι όλα τα παιδιά που έχουν υψηλή βαθμολογία για εμφάνιση ΔΑΦ, θα διαγνωστούν τελικά με ΔΑΦ. Για να αντιμετωπίσουμε αυτό το θέμα, αναπτύξαμε μια δομημένη συνέντευξη follow-up για χρήση σε συνάρτηση με το M-CHAT, η οποία είναι διαθέσιμη στην επίσημη ιστοσελίδα. Οι χρήστες θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ακόμα και με τις ερωτήσεις της συνέντευξης, ένας σημαντικός αριθμός των παιδιών που θα αποτύχουν στο M-CHAT δεν θα διαγνωστεί με μια ΔΑΦ. Όμως αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση άλλων αναπτυξιακών διαταραχών ή καθυστερήσεων και οπότε, απαιτείται αξιολόγηση για κάθε παιδί που αποτυγχάνει τον ανιχνευτικό έλεγχο.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ M-CHAT

Το M-CHAT μπορεί να βαθμολογηθεί σε λιγότερο από δύο λεπτά.

Οι απαντήσεις Ναι/Όχι μετατρέπονται σε επιτυχημένες / αποτυχημένες απαντήσεις. Στον Πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται οι αποτυχημένες απαντήσεις για κάθε ερώτημα του M-CHAT.

Οι απαντήσεις με έντονα γράμματα, είναι τα Κρίσιμα Ερωτήματα.

Παιδιά που αποτυγχάνουν σε περισσότερα από 3 οποιαδήποτε ερωτήματα **Ή 2** κρίσιμα ερωτήματα (αριθμοί 2, 7, 9, 13, 14, 15) και ειδικότερα αν τα σκορ παραμένουν υψηλά και μετά την follow-up συνέντευξη, για μείωση των ψευδώς θετικών) θα πρέπει να παραπέμπονται για διαγνωστική αξιολόγηση από ειδικό, εκπαιδευμένο στην αξιολόγηση Διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος σε πολύ μικρά παιδιά. Επιπρόσθετα, παιδιά για τα οποία είτε ο παιδίατρος, ο γονέας ή άλλος ειδικός έχει βάσιμες ανησυχίες για Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, θα πρέπει να παραπέμπονται για αξιολόγηση, δεδομένου ότι είναι απίθανο για οποιαδήποτε ανιχνευτικό εργαλείο, να έχει 100% ευαισθησία.

1. ΟΧΙ	6. ΟΧΙ	11. ΝΑΙ	16. ΟΧΙ	21. ΟΧΙ
2. ΟΧΙ	7. ΟΧΙ	12. ΟΧΙ	17. ΟΧΙ	22. ΝΑΙ
3. ΟΧΙ	8. ΟΧΙ	13. ΟΧΙ	18. ΝΑΙ	23. ΟΧΙ
4. ΟΧΙ	9. ΟΧΙ	14. ΟΧΙ	19. ΟΧΙ	
5. ΟΧΙ	10. ΟΧΙ	15. ΟΧΙ	20. ΝΑΙ	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

(Πηγή: Official Site of M- CH.A.T.)

M-CHAT-R™

Παρακαλώ απαντήστε τις ερωτήσεις για το παιδί σας. Παρακαλώ σκεφτείτε πώς το παιδί σας συμπεριφέρεται συνήθως. Αν έχετε δει το παιδί σας να κάνει την συμπεριφορά λίγες φορές, αλλά συνήθως δεν την κάνει, τότε παρακαλώ απαντήστε όχι. Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο το ναι ή όχι για κάθε ερώτηση. Ευχαριστώ πολύ.

1. Αν δείξετε κάτι στην άλλη μεριά του δωματίου, το παιδί σας θα το κοιτάξει; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, αν δείξετε ένα παιχνίδι ή ένα ζώο, το παιδί κοιτάει το παιχνίδι ή το ζώο.)
2. Έχετε αναρωτηθεί ποτέ αν το παιδί σας μπορεί να είναι κωφό; Ναι Όχι
3. Το παιδί σας παίζει παιχνίδια ρόλων ή φαντασικό παιχνίδι; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, κάνει ότι πίνει από ένα άδειο ποτήρι, να κάνει ότι μιλάει στο τηλέφωνο, ή ότι ταίτσι μια κούκλα ή ένα λατρινό ζώδιο.)
4. Αρέσει στο παιδί σας να ακορφαλώνει σε πράγματα; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, έπιπλα, στα παιχνίδια της παιδικής χαράς, σκάλες)
5. Το παιδί κάνει ασυνήθεις κινήσεις με τα δάκτυλά κοντά στα μάτια του; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί κοιτάει τα δάκτυλα κοντά στα μάτια του.)
6. Το παιδί δείχνει με το ένα δάκτυλο για ζητήσει κάτι ή για ζητήσει βοήθεια; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, δείχνει ένα αντικ ή ένα παιχνίδι που δεν το φτάνει)
7. Το παιδί σας δείχνει με το ένα δάκτυλο για σας δείξει κάτι ενδιαφέρον; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, να δείχνει ένα αεροπλάνο στον ουρανό ή ένα μεγάλο φορτηγό στον δρόμο)
8. Το παιδί σας ενδιαφέρεται για άλλα παιδιά Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας παρακολουθεί άλλα παιδιά, τους χαμογιάζει ή πιάει σ'αυτά;
9. Το παιδί σας δείχνει πράγματα, φέρνοντάς τα σε σας ή κρατώντας τα ψηλά για να σας τα δείξει – όχι για να τον βοηθήσετε αλλά για να τα μοιραστεί; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, δείχνοντας σας ένα λουλούδι, ένα λατρινό ζώδιο ή ένα φορτηγό -παιχνίδι)
10. Το παιδί σας ανταποκρίνεται όταν φωνάζετε το όνομά του; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, όταν λέτε το όνομά του, κοιτάει πάνω, μιλάει ή μπαμπαλίζει, ή σταματά αυτό που κάνει.)
11. Όταν χαμογιάζει στο παιδί σας, σας ανταποδίδει το χαμόγελο; Ναι Όχι
12. Το παιδί σας εκνευρίζεται από τους θορύβους της καθημερινότητας; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας φωνάζει ή κλαίει σε θόρυβο όπως μια απορροφητική σκούπα ή δυνατή μουσική.)
13. Το παιδί σας περπατάει; Ναι Όχι
14. Το παιδί σας κοιτάει στα μάτια όταν του μιλάτε ή παίζετε μαζί του ή όταν το ντύνετε; Ναι Όχι
15. Το παιδί σας αντιγράφει, μιμείται αυτά που κάνετε; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, κάνει «γεια» κουνώντας το χέρι, χειροκροτάει, κάνει ασπίδες θορύβους όταν κάνετε κι εσείς)
16. Αν γυρίσετε το κεφάλι σας να κοιτάξετε κάτι, το παιδί σας κοιτάζει γύρω αναζητώντας να δει τι βλέπετε; Ναι Όχι
17. Το παιδί σας προσπαθεί να σας κάνει να τον κοιτάξετε; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας κοιτάει για έπαινό ή λέει «κοίτα» ή «κοίτα με».)
18. Το παιδί σας καταλαβαίνει όταν του λέτε να κάνει κάτι; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, χωρίς να δείξετε, το παιδί σας μπορεί να καταλάβει «βάλε το βιβλίο στην καρέκλα» ή «φέρε μου την κουβέρτα».)
19. Αν κάτι νέο συμβεί, το παιδί σας κοιτάει στο πρόσωπο για να δει πώς αισθάνεστε για αυτό; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, αν ακούσει ένα παράξενο ή ασπίο θόρυβο ή δει ένα νέο παιχνίδι, θα γυρίσει να σας κοιτάξει;) Ναι Όχι
20. Του αρέσουν κινητικές δραστηριότητες; Ναι Όχι
(ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, να τον κάνετε κούνια ή να κουνίσει στα γόνατά σας.)

© 2009 Diana Robins, Deborah Feln & Marianne Barton
© Greek Translation 2015: Δρ Δ. Δημητρίου - Παπαβασιλείου MD Ph.D. Παιδίατρος
Νευροαναπτυξιολόγος, dndm1@yahoo.com και Ε. Γλυκό Εργοθεραπεύτρια,
Ελληνική Εταιρεία Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής www.paidiatriki.com

Υπολογισμός Σκορ του M-CHAT-R Follow-Up™

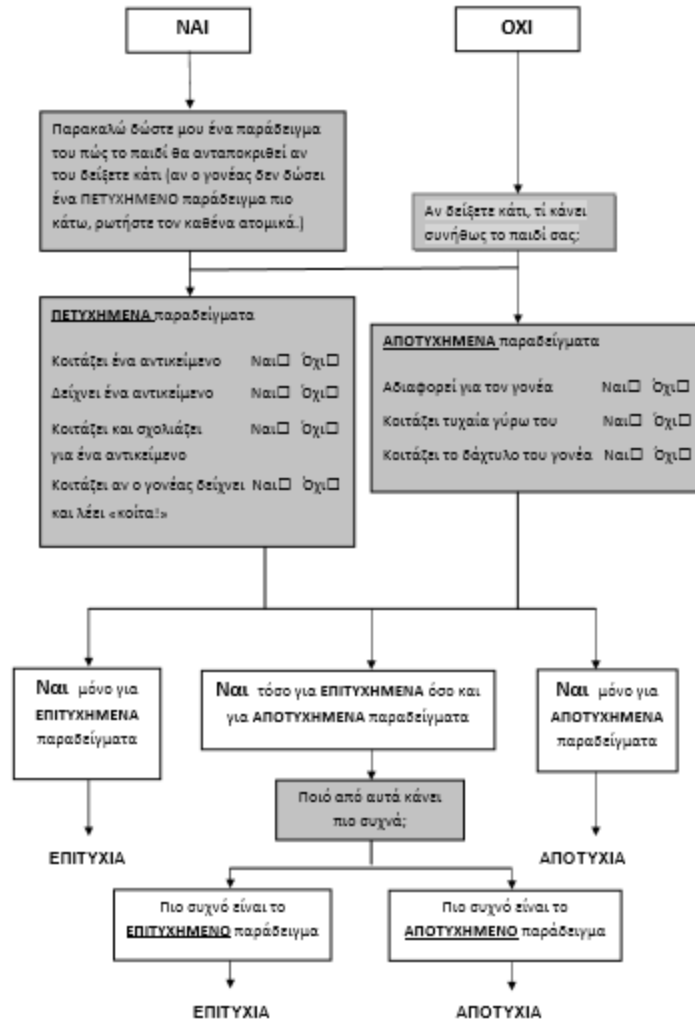
Παρακαλώ σημειώστε: Το Ναι/Όχι έχει αντικατασταθεί με το Επιτυχία/Αποτυχία

1. Αν δείτε κάτι στην άλλη μεριά του δωματίου, το παιδί σας θα το κοιτάξει; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, αν δείτε ένα παιχνίδι ή ένα ζώο, το παιδί κοιτάει το παιχνίδι ή το ζώο.)	Επιτυχία Αποτυχία
2. Έχετε αναρωτηθεί ποτέ αν το παιδί σας μπορεί να είναι κωφό;	Επιτυχία Αποτυχία
3. Το παιδί σας παίζει παιχνίδια ρόλων ή φαντασικό παιχνίδι; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, κάνει ότι πίνει από ένα άδειο ποτήρι, να κάνει ότι μιλάει στο τηλέφωνο, ή ότι παίζει μια κοκκία ή ένα λούτρινο ζώακι.)	Επιτυχία Αποτυχία
4. Αρέσει στο παιδί σας να σκαρφαλώνει σε πράγματα; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, έπιπλα, στα παιχνίδια της παιδικής χαράς, σκάλες)	Επιτυχία Αποτυχία
5. Το παιδί κάνει ασυνήθεις κινήσεις με τα δάκτυλά κοντά στα μάτια του; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί κουνάει τα δάκτυλα κοντά στα μάτια του.)	Επιτυχία Αποτυχία
6. Το παιδί δείχνει με το ένα δάκτυλο για ζητήσει κάτι ή για ζητήσει βοήθεια; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, δείχνει ένα ανακ ή ένα παιχνίδι που δεν το φτάνει)	Επιτυχία Αποτυχία
7. Το παιδί σας δείχνει με το ένα δάκτυλο για σας δείξει κάτι ενδιαφέρον; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, να δείχνει ένα αεροπλάνο στον ουρανό ή ένα μεγάλο φορτηγό στον δρόμο)	Επιτυχία Αποτυχία
8. Το παιδί σας ενδιαφέρεται για άλλα παιδιά (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας παρακολουθεί άλλα παιδιά, τους χαμογελάει ή πιάσι σ'αυτά;	Επιτυχία Αποτυχία
9. Το παιδί σας δείχνει πράγματα, φέρνοντάς τα σε σας ή κρατώντας τα ψηλά για να σας τα δείξει – όχι για να τον βοηθήσετε αλλά για να τα μοιραστεί; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, δείχνοντάς σας ένα κουλούρι, ένα λούτρινο ζώακι ή ένα φορτηγό -παιχνίδι)	Επιτυχία Αποτυχία
10. Το παιδί σας ανταποκρίνεται όταν φωνάζετε το όνομά του; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, όταν λέτε το όνομά του, κοιτάζει πάνω, μιλάει ή μπαμπαλίζει, ή σταματά αυτό που κάνει.)	Επιτυχία Αποτυχία
11. Όταν χαμογελάει στο παιδί σας, σας ανταποδίδει το χαμόγελο;	Επιτυχία Αποτυχία
12. Το παιδί σας εκνευρίζεται από τους θορύβους της καθημερινότητας; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας φωνάζει ή κλαίει σε θόρυβο όπως μια απορροφητική σκούπα ή δυνατή μουσική.)	Επιτυχία Αποτυχία
13. Το παιδί σας περπατάει;	Επιτυχία Αποτυχία
14. Το παιδί σας κοιτάζει στα μάτια όταν του μιλάτε ή παίζετε μαζί του ή όταν το ντύνετε;	Επιτυχία Αποτυχία
15. Το παιδί σας ανιχνεύει, μιμείται αυτά που κάνετε; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, κάνει «γεια» κουνώντας το χέρι, χειροκροτάει, κάνει ασταίους θορύβους όταν κάνετε κι εσείς)	Επιτυχία Αποτυχία
16. Αν γυρίσετε το κεφάλι σας να κοιτάξετε κάτι, το παιδί σας κοιτάζει γύρω αναζητώντας να δει τι βλέπετε;	Επιτυχία Αποτυχία
17. Το παιδί σας προσπαθεί να σας κάνει να τον κοιτάξετε; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, το παιδί σας κοιτάει για έπαινο ή λέει «κοίτα» ή «κοίτα με».)	Επιτυχία Αποτυχία
18. Το παιδί σας καταλαβαίνει όταν του λέτε να κάνει κάτι; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, χωρίς να δείξετε, το παιδί σας μπορεί να καταλάβει «βάλε το βιβλίο στην καρέκλα» ή «φέρε μου την κουβέρτα».)	Επιτυχία Αποτυχία
19. Αν κάτι νέο συμβεί, το παιδί σας κοιτάζει στο πρόσωπό για να δει πώς αισθάνεστε για αυτό; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, αν ακούσει ένα παράξενο ή ασταίς θόρυβο ή δει ένα νέο παιχνίδι, θα γυρίσει να σας κοιτάξει.)	Επιτυχία Αποτυχία
20. Του αρέσουν κινητικές δραστηριότητες; (ΓΙΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ, να τον κάνουν κούνια ή να κουνιέται στο γόνατό σας.)	Επιτυχία Αποτυχία

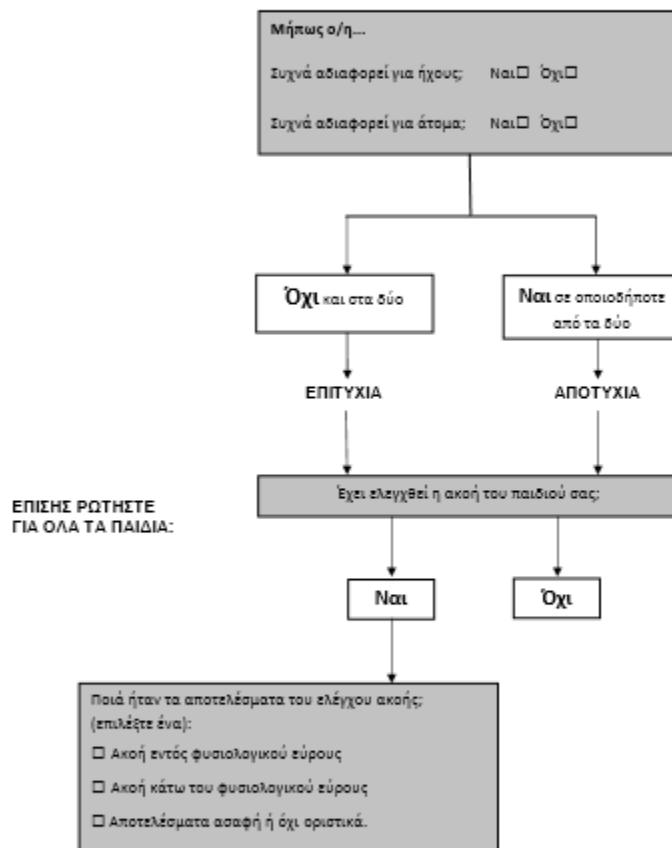
Συνολικό Σκορ: _____

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton
 © Greek Translation 2015: Δρ Δ. Δημητρίου - Παπαβασιλείου MD Ph.D. Παιδίατρος
 Νευροαναπτυξιολόγος, drdiml@yahoo.com και Ε. Γλυκή Εργοθεραπεύτρια,
 Ελληνική Εταιρεία Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής www.paidiatniki.com

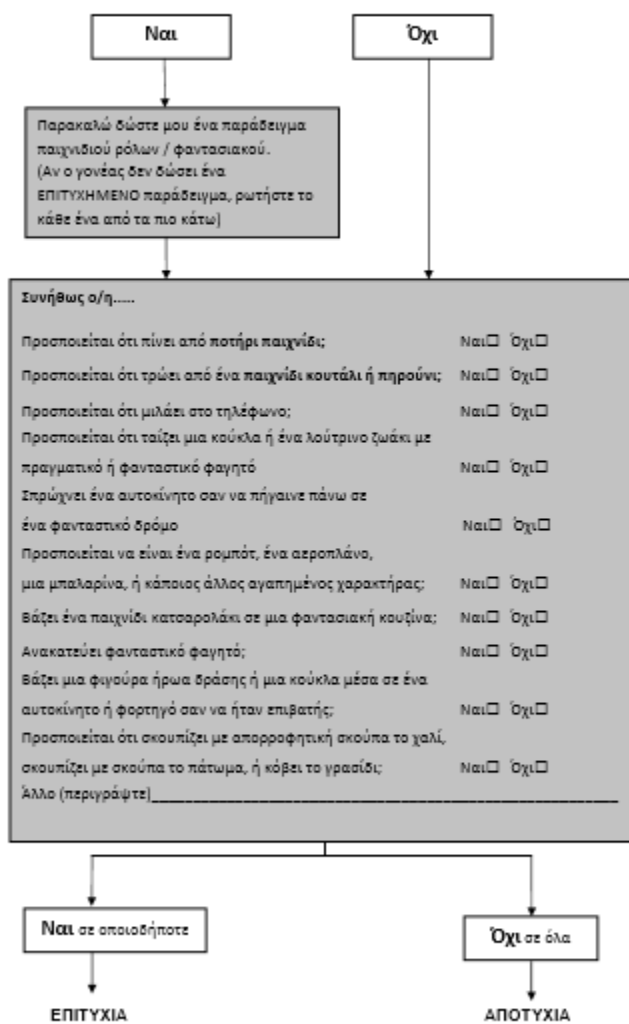
1. Αν δείξετε κάτι στην άλλη μεριά του δωματίου, ο/η _____ θα το κοιτάξει;



2. Αναφέρατε ότι αναρωτηθήκατε αν το παιδί σας είναι κωφό. Τί σας οδήγησε να το σκεφτείτε αυτό;



3. Ο/Η _____ παίζει παιχνίδια ρόλων ή φαντασικό παιχνίδι;



4. Στον/στην _____ αρέσει να σκαφαλώνει σε πράγματα;

Ναι

Όχι

Παρακαλώ δώστε μου ένα παράδειγμα από κάτι που το παιδί απολαμβάνει να σκαφαλώνει. (Αν ο γονέας δεν δίνει ένα ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟ παράδειγμα, ρωτήστε το κάθε ένα από τα πιο κάτω

Του/της αρέσει να σκαφαλώνει πάνω σε...

Σκάλες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Καρέκλες;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Έπιπλα;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Παιχνίδια του παιδότοπου;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

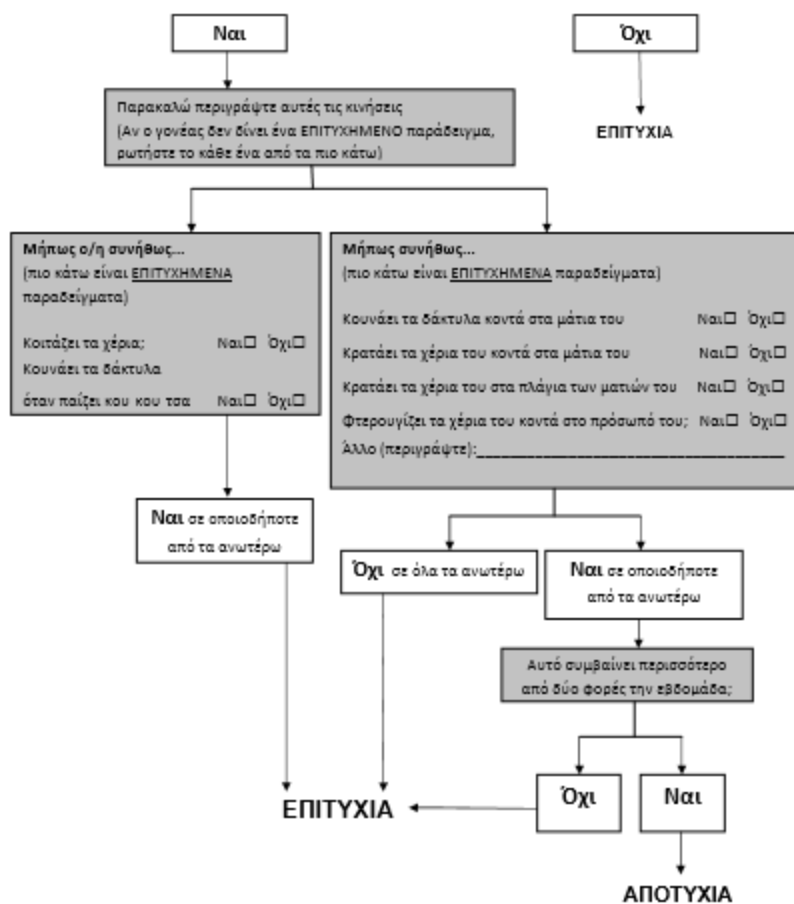
Ναι σε οποιοδήποτε από τα ανωτέρω

Όχι σε όλα

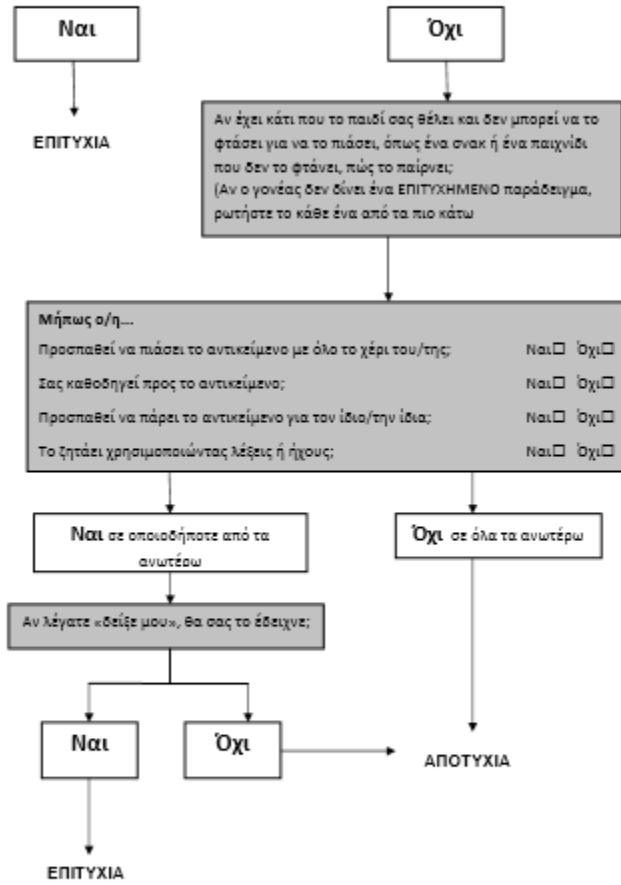
ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΑΠΟΤΥΧΙΑ

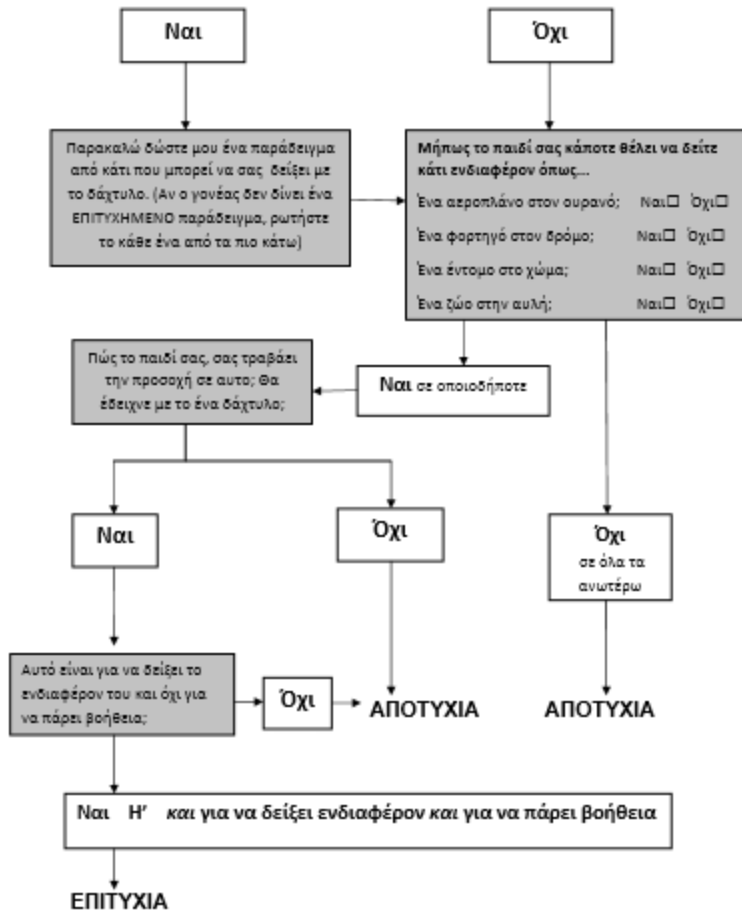
5. Μήπως ο/η _____ κάνει ασυνήθεις κινήσεις με τα δάχτυλα κοντά στα μάτια του;



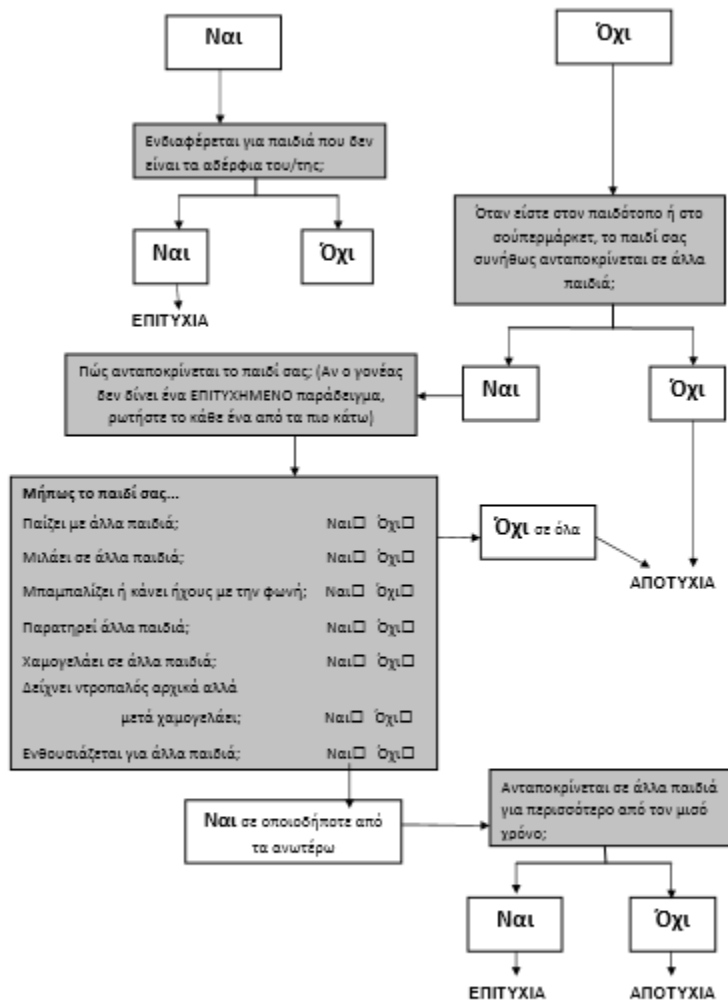
6. Ο/Η _____ δείχνει με ένα δαχτυλο για να ζητήσει κάτι ή για να πάρει βοήθεια;



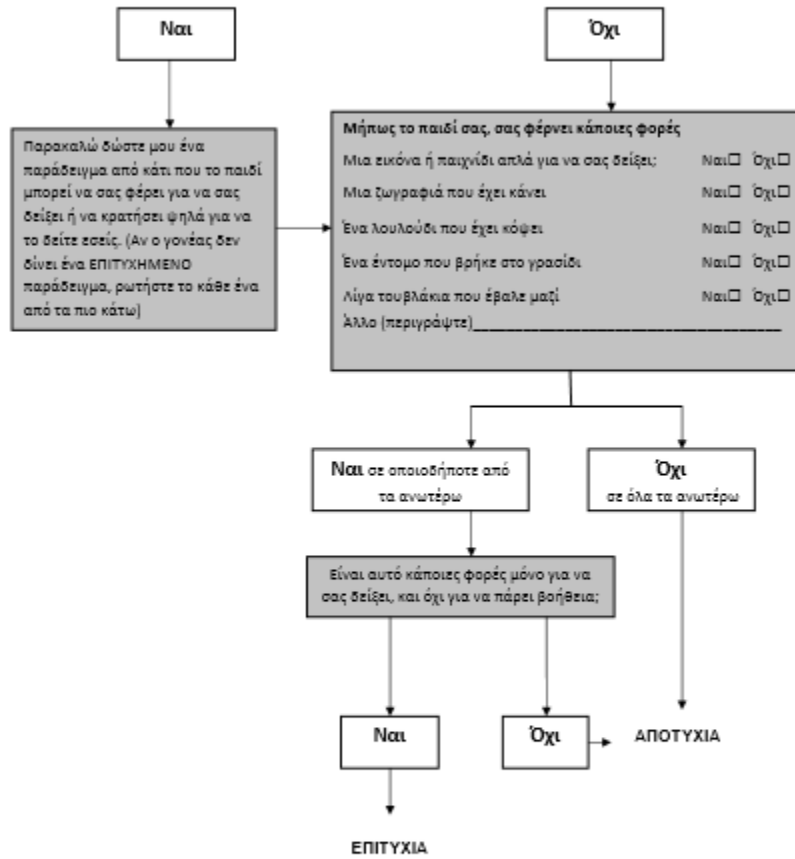
7. * Αν ο εξεταστής μόλις ρώτησε την ερώτηση 6, τότε αρχίστε έτσι: Μόλις μιλήσαμε για αν το παιδί δείχνει για να ζητήσει κάτι, ΡΩΤΗΣΤΕ ΟΛΟΥΣ-> Μήπως ο/η _____ δείχνει με το ένα δάχτυλο (τον δείκτη) για να σας δείξει κάτι ενδιαφέρον;



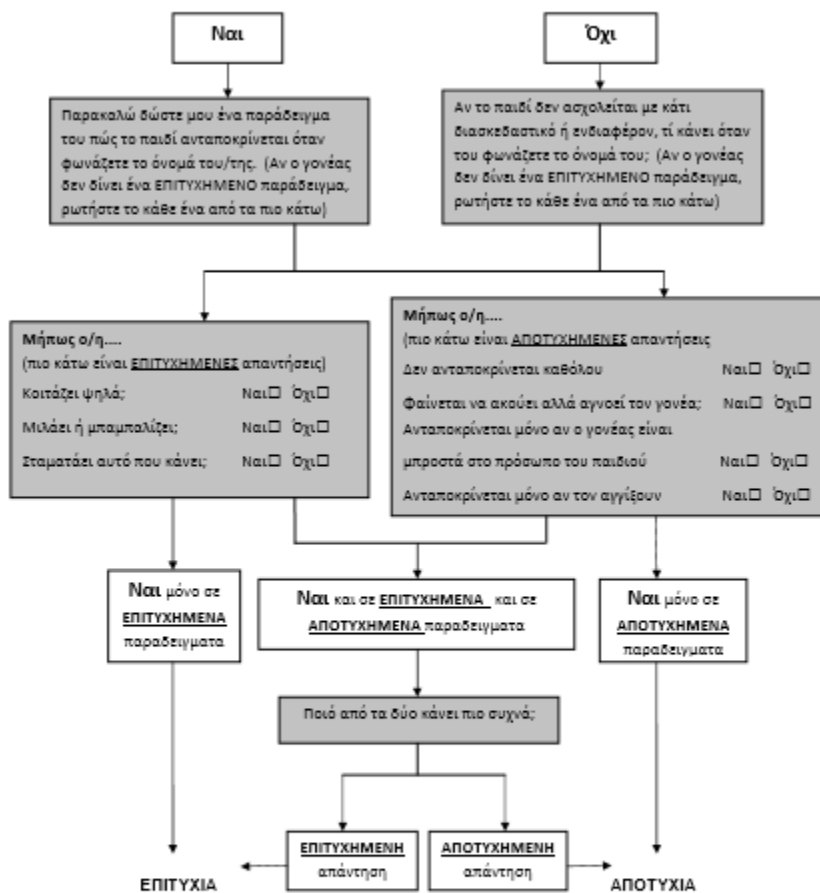
8. Ο/Η _____ ενδιαφέρεται για άλλα παιδιά;



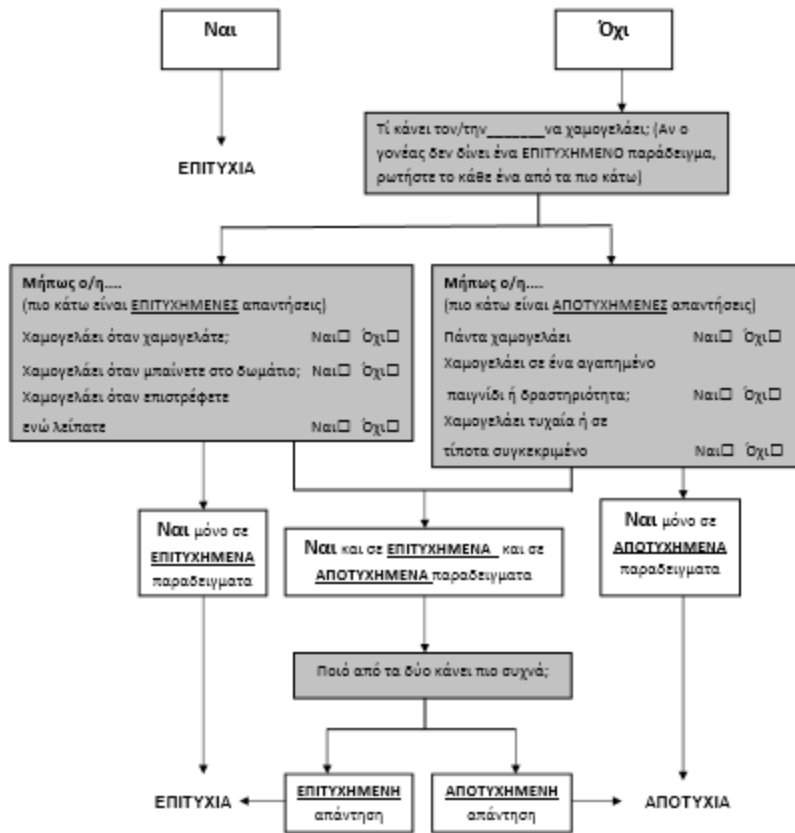
9. Ο/Η _____ σας δείχνει πράγματα με το να τα φέρνει σε σας ή κρατώντας τα ψηλά για να τα δείτε; Όχι απλά για να το βοηθήσετε ΑΛΛΑ για να το μοιραστεί;



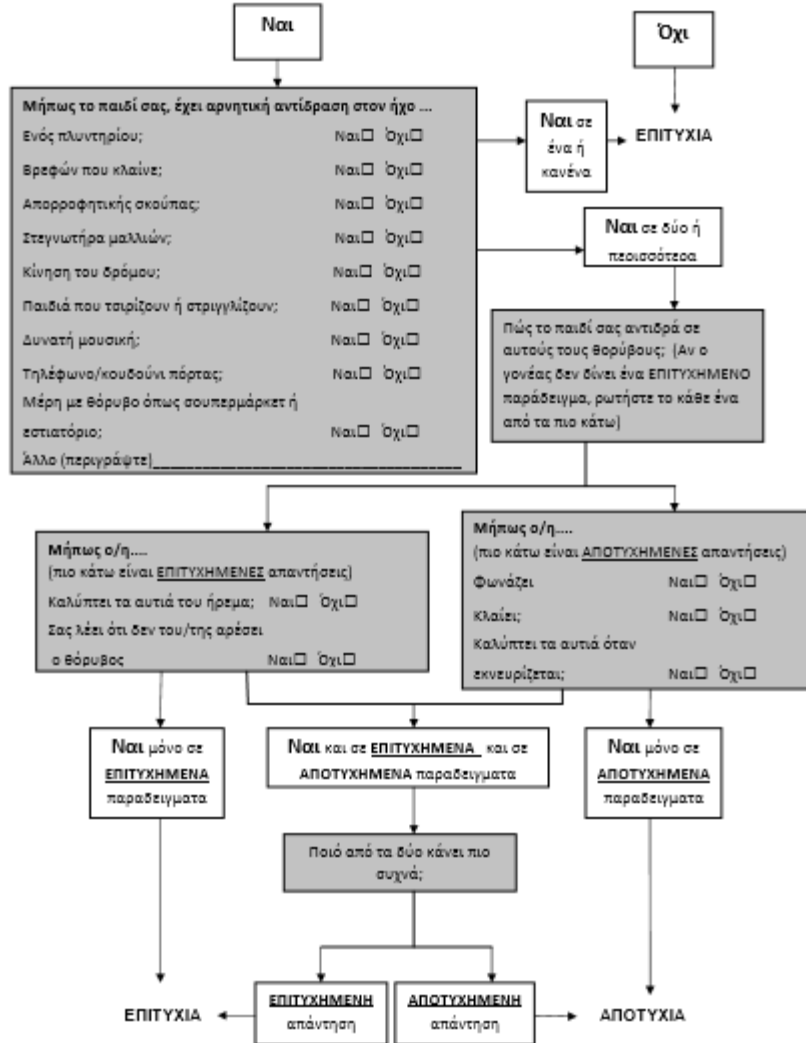
10. Το παιδί ανταποκρίνεται όταν φωνάζετε το όνομά του;



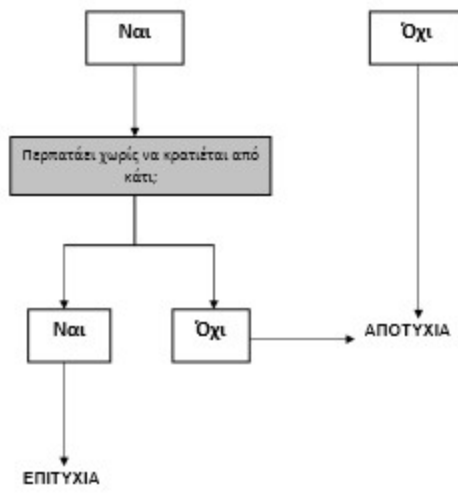
11. Όταν χαμογελάτε στον/στην _____, σας ανταποδίδει το χαμόγελο;



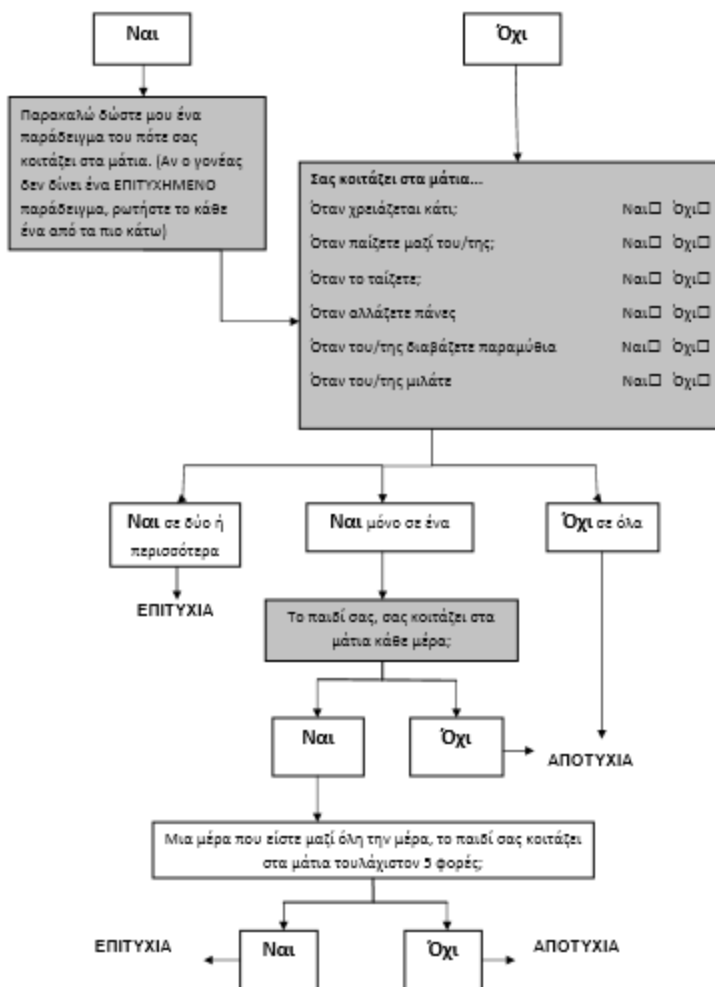
12. Ο/Η _____ εκνευρίζεται από θορύβους της καθημερινότητας;



13. Ο/Η _____ περπατάει;



14. Ο/Η _____ σας κοιτάζει στα μάτια όταν του/της μιλάτε, όταν παίζετε μαζί ή τον/την αλλάζετε;



15. Ο/Η _____ προσπαθεί να μιμηθεί αυτό που κάνετε;

Ναι

Όχι

Παρακαλώ δώστε μου ένα παράδειγμα κάτι που το παιδί θα προσπαθούσε να μιμηθεί. (Αν ο γονέας δεν δίνει ένα ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟ παράδειγμα, ρωτήστε το κάθε ένα από τα πιο κάτω)

Το παιδί σας δοκιμάζει να σας μιμηθεί αν εσείς ...

Βγάλτε έξω την γλώσσα;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Κάνετε ένα αστείο ήχο;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Κάνετε «γεια» με το χέρι;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Χτυπήσετε παλαμάκια;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Αν βάλετε τα δάκτυλα στο στόμα για να κάνετε «σασσ»;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Στείλτε φιλάκι;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Άλλο (περιγράψτε):	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

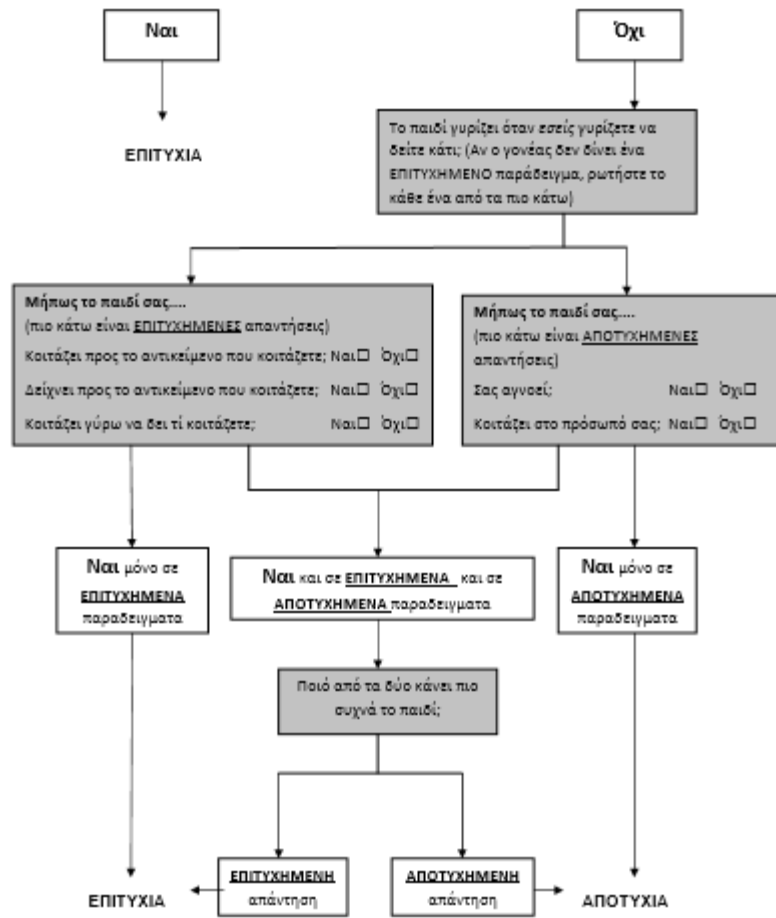
Ναι σε δύο ή περισσότερα

Ναι μόνο σε ένα ή κανένα

ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΑΠΟΤΥΧΙΑ

16. Αν γυρίσετε το κεφάλι σας να κοιτάξετε σε κάτι, ο/η _____ κοιτάζει γύρω να δει τι κοιτάξετε εσείς;



17. Ο/Η _____ προσπαθεί να σας κάνει να τον παρακολουθήσετε;

Ναι

Όχι

Παρακαλώ δώστε μου ένα παράδειγμα του πώς το παιδί θα προσπαθούσε να να σας κάνει να τον/την παρακολουθήσετε. (Αν ο γονέας δεν δίνει ένα ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟ παράδειγμα, ρωτήστε το κάθε ένα από τα πιο κάτω)

Το παιδί σας...

Λέει «Κοίτα» ή «Κοίταξέ με»	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Μπαμπαλίζει ή κάνει ένα θόρυβο για να σας κάνει να κοιτάξετε τί κάνει	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Σας κοιτάζει για να το σπαινήσετε ή να σχολιάσετε	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Συνεχίζει να σας κοιτάζει για να δεί αν το κοιτάξετε;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Άλλο (περιγράψτε):	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

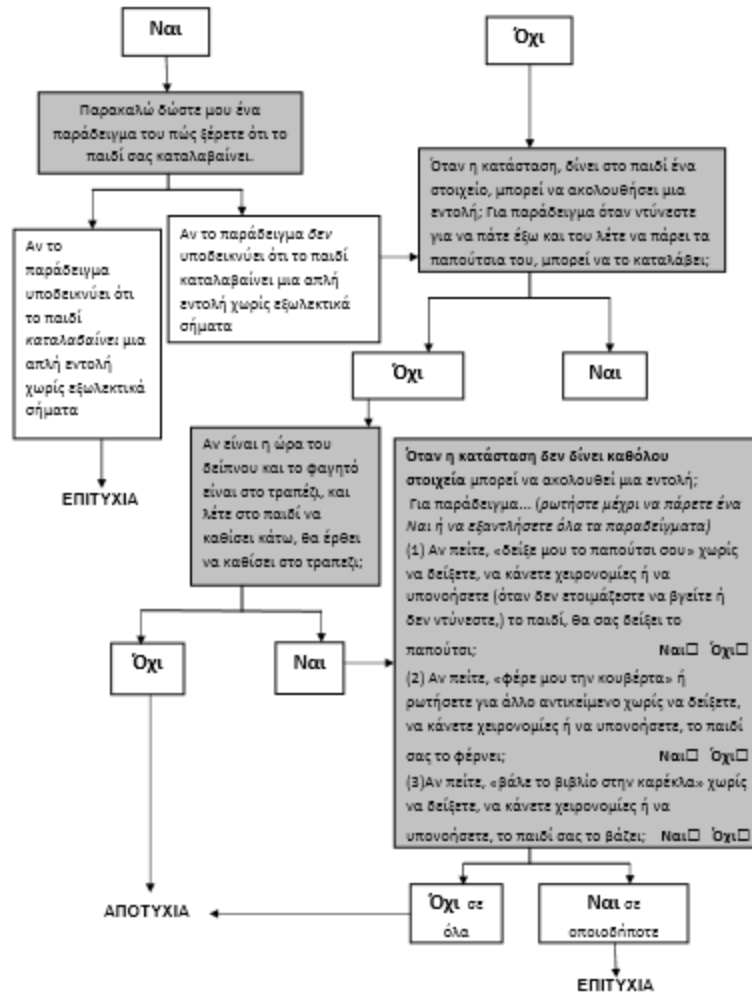
**Ναι σε
οποιοδήποτε**

**Ναι σε
κανένα**

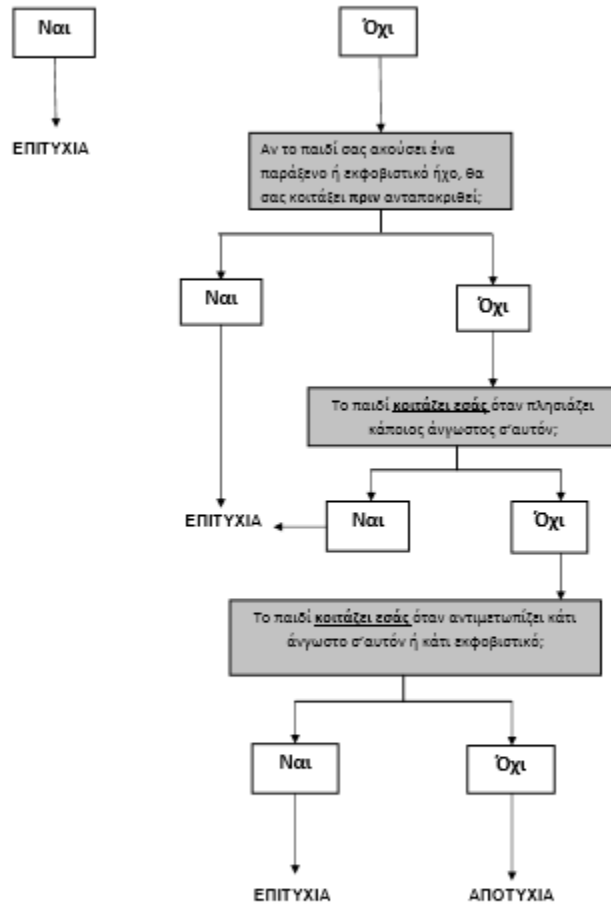
ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΑΠΟΤΥΧΙΑ

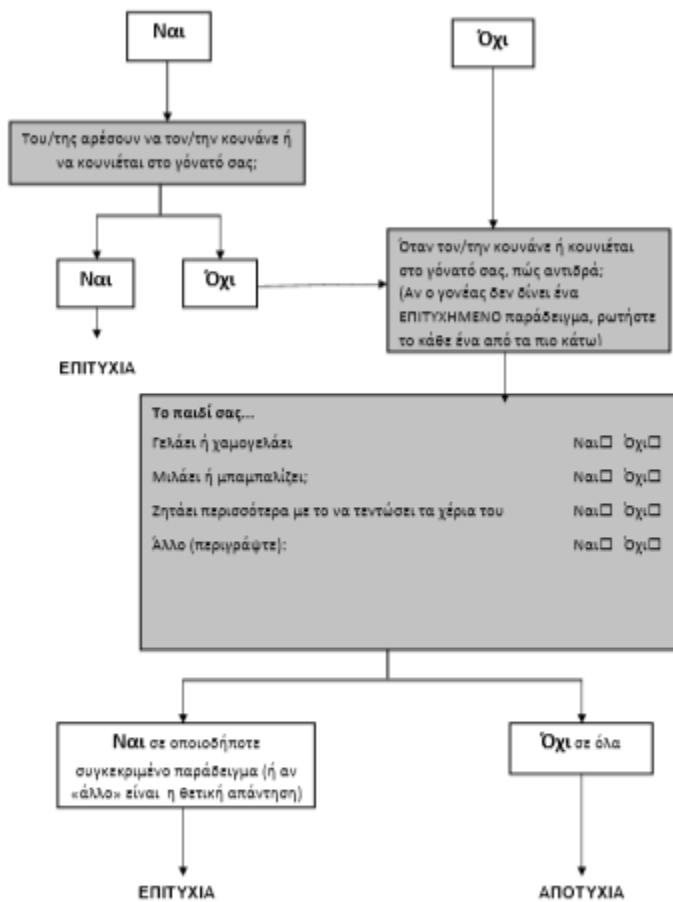
18. Ο/Η _____ καταλαβαίνει όταν του/της λέτε να κάνει κάτι;



19. Αν κάτι καινούργιο συμβεί, ο/η _____ κοιτάζει το πρόσωπό σας για να δει πώς αισθάνεστε γι' αυτό;



20. Αρέσουν στον/στην _____ οι κινητικές δραστηριότητες;



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

(Πηγή: Wikispases,2010)

WPS Edition
Interview Protocol

ADI-R Autism Diagnostic Interview-Revised

Ann Le Couteur, M.B.B.S., Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, M.D., F.R.S.

SUBJECT

Name/ID Number: _____

Date of Birth: _____ Chronological Age: _____ Gender: Male Female

INFORMANT

Name: _____


Relation to Subject: _____

INTERVIEWER

Name: _____

School/Clinic: _____ Date of Interview: _____

This Interview Protocol should be used in conjunction with the WPS Edition ADI-R Manual (WPS No. W-382B)

Published by

Publishers

Additional copies of this booklet (W-382A) may be purchased from WPS.
Please contact us at 800/548-8857, fax 310/478-7838, www.wpspublish.com.

W-382A

CONTENTS

Background	5
Family members/family medical and social history	5
Subject's education (school and preschool)	6
Personalized timing	6
Diagnosis	6
Medication	6
Introductory Questions	7
1. Current concerns	8
Early Development	9
Onset of Symptoms	9
2. Age when parents first noticed that something was not quite right in language, relationships, or behavior	9
3. First symptoms to arouse parental concern	9
4. Onset as perceived with hindsight	10
Motor Milestones	11
5. First walked unaided	11
Toilet Training	12
6. Acquisition of bladder control: daytime	12
7. Acquisition of bladder control: nighttime	13
8. Acquisition of bowel control	14
Acquisition and Loss of Language/Other Skills	15
9. Age of first single words	15
10. Age of first phrases	16
Loss of Language Skills (11-19)	17
11. Loss of language skills after acquisition	17
12. Level of communicative language before loss	18
Type of Language Skills Lost (13-16)	19
13. Loss of spontaneous use of at least five meaningful words	19
14. Loss of communicative intent	19
15. Loss of syntactical skills (grammar)	19
16. Loss of articulation (pronunciation)	19
17. Age when main loss of language skills first apparent	20
18. Association of loss of language skills with physical illness	20
19. Duration of loss of language skills	20
General Loss of Skills (20-28)	21
20. Loss of skills (for at least 3 months)	21
Type of Skills Lost (21-25)	22
21. Purposeful hand movements	22
22. Motor skills	22
23. Self-help skills	22
24. Constructive or imaginative play	22
25. Social engagement and responsiveness	22
26. Age when main loss of skill first apparent	23
27. Association of loss of skills with physical illness	23
28. Duration of loss of skills	23
Language and Communication Functioning	24
29. Comprehension of simple language	24
30. Overall level of language	25
31. Use of other's body to communicate	26
32. Articulation/pronunciation	27
33. Stereotyped utterances and delayed echolalia	28
34. Social verbalization/chat	29
35. Reciprocal conversation (within subject's level of language)	30
36. Inappropriate questions or statements	31
37. Pronominal reversal	32
38. Neologisms/idiosyncratic language	33
39. Verbal rituals	34
40. Intonation/volume/rhythm/tone	35

41. Current communicative speech	36
42. Pointing to express interest	37
43. Nodding	38
44. Head shaking	38
45. Conventional/instrumental gestures	39
46. Attention to voice	40
47. Spontaneous imitation of actions	41
48. Imaginative play	42
49. Imaginative play with peers	43
Social Development and Play	44
50. Direct gaze	44
51. Social smiling	45
52. Showing and directing attention	46
53. Offering to share	47
54. Seeking to share enjoyment with others	48
55. Offering comfort	49
56. Quality of social overtures	50
57. Range of facial expressions used to communicate	51
58. Inappropriate facial expressions	52
59. Appropriateness of social responses	53
Favorite activities/toys	54
60. Initiation of appropriate activities	55
61. Imitative social play	56
62. Interest in children	57
63. Response to approaches of other children	58
64. Group play with peers	59
65. Friendships	60
66. Social disinhibition	61
Interests and Behaviors	62
67. Unusual preoccupations	62
68. Circumscribed interests	63
69. Repetitive use of objects or interest in parts of objects	64
70. Compulsions/rituals	65
71. Unusual sensory interests	66
72. Undue general sensitivity to noise	67
73. Abnormal, idiosyncratic, negative response to specific sensory stimuli	68
74. Difficulties with minor changes in subjects' own routines or personal environment	69
75. Resistance to trivial changes in the environment	70
76. Unusual attachments to objects	71
77. Hand and finger mannerisms	72
78. Other complex mannerisms or stereotyped body movements	73
79. Wrist/hand movements	74
General Behaviors	75
80. Gait	75
81. Aggression toward caregivers or family members	76
82. Aggression toward noncaregivers or nonfamily members	77
83. Self-injury	78
84. Hyperventilation	79
85. Faints/fits/blackouts	80
86. Age when abnormality first evident	81
87. Interviewer's judgment on age when developmental abnormalities first manifest	82
Special Isolated Skills (88-93)	83
88. Visuospatial ability	84
89. Memory skill	84
90. Musical ability	84
91. Drawing skill	84
92. Reading ability	84
93. Computational ability	84
Concluding Comments	85
Overall Assessment	85
Interviewer's Impressions and Circumstances of Interview	85
Summary of Discrepancies Between Informant Description and Observer Information	85

BACKGROUND

FAMILY MEMBERS/FAMILY MEDICAL AND SOCIAL HISTORY

NOTE THROUGHOUT ANY DISCREPANCIES BETWEEN INFORMANT'S DESCRIPTION AND OBSERVER'S KNOWLEDGE FROM OTHER SOURCES, AND SUMMARIZE AT END OF INTERVIEW. ASK QUESTIONS AS APPROPRIATE FOR RELATIONSHIP BETWEEN INFORMANT AND SUBJECT.

To begin, perhaps you could give me an idea of who's who in [subject]'s family.

Does s/he have any brothers or sisters? Could you tell me their names and ages? Do all of them have the same birth parents? Are any of them adopted or fostered? (if either parent previously married) Are any from a previous marriage? Does anyone else live in [subject]'s home?

Have any of the brothers or sisters been delayed in their development? or had any special problems in development for which treatment was sought?

Did either of [subject]'s parents have any developmental difficulties (or late walking or talking)? or special problems in development for which treatment was given? Is there anyone in [subject]'s extended family who has difficulties similar to those of [subject]?

Names of Siblings	Date of Birth	Age	Sex	Relationship to Subject (biological, foster, adoptive, half sibling)	Developmental Difficulties
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Biological mother: _____

Biological father: _____

Caregiving mother (if not birth mother): _____

Caregiving father (if not biological father): _____

BACKGROUND (CONTINUED)

SUBJECT'S EDUCATION (SCHOOL AND PRESCHOOL)

THE PURPOSE OF THESE QUESTIONS IS TO PROVIDE A FRAME OF REFERENCE FOR THE ITEMS THAT FOLLOW.

Now I'd like to ask about what sort of programs, playgroups, and schools [subject] has attended. Was this a regular playgroup or school? How long did s/he attend? Did s/he need any special help/remedial help? Did s/he have any special problems with reading or spelling? (GO THROUGH SCHOOLS AS APPROPRIATE FOR AGE AND OBTAIN DETAILS OF ATTAINMENTS IF APPROPRIATE.) What has s/he done since leaving school?

	School	Type	Dates attended	Additional help required
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

PERSONALIZED TIMING

Later on in the interview, I am going to need to ask you to focus particularly on the 12-month period between [subject's] fourth and fifth birthdays. What is going to be the easiest way for you to think about that age period? You've just mentioned that [subject] was attending [school] at that time; is that right? Where were you living then? (GO THROUGH OTHER POSSIBLE PERSONALIZED TIMINGS, SUCH AS THE BIRTH OF SIBLINGS, MOVES OF HOUSE, EITHER PARENT STARTING OR FINISHING JOBS, FAMILY DEATHS, ETC.)

DIAGNOSIS (no coding needed here)

Did anyone ever say that [subject] had a medical problem or give you a medical diagnosis for her/him? What about hearing? (GET DETAILS AND WRITE BELOW.)

MEDICATION (no coding needed here)

Does [subject] take any regular pills or medicines now? (GET DETAILS AND WRITE BELOW.)

INTRODUCTORY QUESTIONS

THE PURPOSE OF THESE FIRST QUESTIONS IS TO PROVIDE A FRAME OF REFERENCE FOR THE ITEMS BELOW.

I'd like to start off by just getting a general picture of [subject]. Let me just briefly ask you some questions and then we can then come back to some things in more detail once I have some sense of what [subject] is like. Can you tell me a little about [subject]? How would you describe [subject's] behavior to me if I had to pick her/him out in a group of other children/young people the same age? What kinds of things does s/he do when left to her/his own devices? When is s/he at her/his best? What about the most difficult? What is [subject]'s language like?

SAMPLE

INTRODUCTORY QUESTIONS (CONTINUED)

1. CURRENT CONCERNS *(no coding needed here)*

Do you have any concerns about [subject]'s behavior or development now? What are they?
(OBTAIN DESCRIPTION AND NOTE BELOW.)

SAMPLE

EARLY DEVELOPMENT

Can we now go back to talk about [subject]'s early years?

Onset of Symptoms

--	--	--

2. AGE (IN MONTHS) WHEN PARENTS FIRST NOTICED THAT SOMETHING WAS NOT QUITE RIGHT IN LANGUAGE, RELATIONSHIPS, OR BEHAVIOR

Code age in months, or choose one of the below codes. Try to code an actual age rather than 996, etc. Note: If parents express age in weeks, code to nearest month. If an age range is given (e.g., 3-4 months), take midpoint and round up to nearest month. As far as possible, try to code an actual age rather than 996, etc.

First, I'd like to talk about [subject]'s early development.

How old was [subject] when you first wondered if there might be something not quite right with her/his development?

991 – parents not concerned, although child was referred by professional

992 – parents have been worried since birth (e.g., if baby premature or very ill at birth)

996 – can't recall, but before 3 years

997 – can't recall, but 3 years or later

998 – N/A

999 – N/K or not asked

3. FIRST SYMPTOMS TO AROUSE PARENTAL CONCERN *(no coding needed here)*

What was it that gave you concern at that time?
(ELICIT DETAILS OF SYMPTOMS FIRST CAUSING PARENTAL CONCERN AND NOTE BELOW.)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


(Lord, 2000)

Module 1 Preverbal/ single words/ simple phrases	Module 2 Flexible phrase speech	Module 3 Fluent speech child/adolescent	Module 4 Fluent speech adolescent/adult
Anticipation of a social routine	Construction task	Construction task	Construction task ^a
Functional and symbolic imitation	Make-believe play Joint interactive play	Make-believe play Joint interactive play	Current work/school/daily living ^b Socioemotional questions: Plans and dreams Break
Free play Snack Response to name Response to joint attention	Free play Snack Response to name Response to joint attention	Break Cartoons Socioemotional questions: Emotions	Cartoons ^c Socioemotional questions: Emotions
Birthday party	Birthday party	Socioemotional questions: Friends/loneliness/marriage	Socioemotional questions: Friends/loneliness/marriage
Bubble play	Bubble play	Socioemotional questions: Social difficulties/annoyance	Socioemotional questions: Social difficulties/annoyance
Anticipation of a routine with objects	Anticipation of a routine with objects Demonstration task Conversation Description of picture Looking at a book	Creating a story Demonstration task Conversation/reporting a nonroutine event Description of picture Telling a story from a book	Creating a story Demonstration task Conversation/reporting a nonroutine event Description of picture ^d Telling a story from a book

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

Το τεστ ADOS, πάνω στο οποίο βασίστηκε το ADOS-G (Πηγή: Wikispases,2010).

Workshops on the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

sponsored by Western Psychological Services 

Registration Form

Dates and Locations

For the latest information on dates and locations of ADOS workshops visit our website at www.wpspublish.com or call Melissa Prejean: 800-648-8857

Please indicate the Dates and Locations of the course you are registering for:

Fees

Workshop cost is \$369.00 for the complete 2-day course, including two DVDs, Observation/Coding Booklets, and accompanying materials. Organizations registering 5 or more people qualify for a 10% discount off total registration cost as long as all registrations are paid with one credit card authorization or check. For late registration (less than 2 weeks before workshop date), please add \$35.00 to cover the cost of late registration.

Number of Registrants: _____ Total Cost: _____
 Check enclosed Please charge my: Visa MasterCard American Express
Credit Card Number: _____ Exp. Date: _____
Name on Credit Card: _____ Security Code: _____
Signature: _____
Billing Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Please list all registrants and their license numbers:

Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Name: _____
Profession: _____ License No.: _____
Organization: _____
We suggest you wait to make travel plans until your registration is confirmed.

Refund Policy

To cancel your registration and receive a refund (less a \$25.00 administrative fee), you must notify WPS in writing at least 14 days prior to the course start date. Cancellations received less than 14 days before the course start date will be subject to a \$35.00 administrative fee. The registration packet must be returned to WPS, in good condition, along with your written request for cancellation. WPS will issue a refund only when these materials have been returned. If you are unable to return them, a \$75.00 fee will apply.

Registration Packet

Upon registration, each participant will be sent a registration packet. (Please allow 2 weeks for delivery.) This packet will include information about the workshop and accommodations, plus a DVD and ADOS Observation/Coding Booklet, both of which should be reviewed prior to the workshop. Please indicate below where you would like the registration packet(s) sent. When one organization pays for multiple registrants, all packets will be mailed to one address.

Home or Work Address:
Organization: _____
Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____
Phone: _____
FAX: _____
E-mail: _____

If 2 weeks prior to the workshop you have not yet received your registration packet, please call WPS: 800-648-8857

Required Materials

Registrants are required to bring an ADOS manual to the workshop. The manual can be purchased online at www.wpspublish.com. Product number: W-365B.

Continuing Education Hours

The ADOS workshop represents 12 contact hours of continuing education. Western Psychological Services is approved by the American Psychological Association to sponsor continuing education for psychologists. In addition, WPS is an American Occupational Therapy Association Approved Provider of continuing education. (The assignment of AOTA CEUs does not imply endorsement of specific course content, products, or clinical procedures by AOTA.) The National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors (NAADAC) has approved the WPS CE course offering. The California Board of Behavioral Sciences has authorized WPS to offer continuing education for marriage and family therapists, licensed clinical social workers, and licensed educational psychologists (Provider Number PCE2790). Western Psychological Services (WPS) is approved by the National Association of School Psychologists (NASP) to offer continuing education for school psychologists. WPS maintains responsibility for this program and its content.

**Fax or Mail completed form,
with check or credit card authorization, to:**
Western Psychological Services
12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, CA 90025-1251
Fax No. 310-478-7838

WTC-305-920

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)



ORDER FORM

Western Psychological Services
12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90025-1251

	Product No.	Price	Quantity	Cost
KIT				
KIT Includes: 16 Observation/Coding Booklets (4 for each Module) Manual Test Materials (More than 85 Stimulus Materials, 12 Laminated Cartoons, 3 color Picture Cards) All in a sturdy plastic carrying bin, with handles	W-365	\$1,480.00		
INDIVIDUAL COMPONENTS				
Observation/Coding Booklet (Pgs. of 10) Please specify: <input type="checkbox"/> Module 1 <input type="checkbox"/> Module 2 <input type="checkbox"/> Module 3 <input type="checkbox"/> Module 4	W-365A	1 Pkg. @ \$45.00 2+ Pkgs. @ \$42.00 each		
			<input type="checkbox"/> Module 1 <input type="checkbox"/> Module 2 <input type="checkbox"/> Module 3 <input type="checkbox"/> Module 4	
Manual	W-365B	\$67.00		
TRAINING MATERIALS				
ADOS DVD Training Package Includes Training DVD with Practice Administration 1 and Practice Administration 2, Guidebook, Set of 6 Blank Observation/Coding Booklets	W-365DVD	\$797.50		
CE Questionnaire and Evaluation Form To receive 18 CE credits for mastering the ADOS Training Package, you must complete and return these materials.	W-365CE	\$198.00		

email: customerservice@wpspublish.com

Method of Payment: Payment enclosed

Credit Account Number: _____ Expiration date (required): _____

Name (on card): _____ Security Code (required): _____

Street: _____

City: _____

Address: _____

State: _____

Zip: _____

Telephone: _____

Cost of Materials	
Shipping and Handling <small>U.S. 12%, with 20% estimate; Canada 10%, with 20% estimate; other foreign 10%, with 20% estimate</small>	
Subtotal	
Sales Tax on Subtotal <small>(California only)</small>	
TOTAL DUE	

Credit card orders call toll free
1-800-648-8857
7:30 a.m. - 4:30 p.m. Pacific Time
FAX: 310-478-7838

Prices are subject to change

01/08

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7

(Πηγή: Ελληνική Επίσημη Σελίδα Φυσικής

Αγωγής, http://www.fa3.gr/nomothesia_2/nomoth_education/7_educ_atom_eid_ekp_anages-arthra12-end.htm)

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 78, 14 Μαρτίου 2000

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ.2817

Εκπαίδευση ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Άρθρο 1

Έννοια, σκοπός και καθεστώς

1. Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, κατά την έννοια του παρόντος, θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιομορφιών. στ) Έχουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης.

5. Οι ειδικές περιπτώσεις των προηγούμενων παραγράφων διαπιστώνονται από τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης(Κ.Δ.Α.Υ.)

6. Στα άτομα που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται ειδική εκπαίδευση, η οποία στο πλαίσιο των σκοπών της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης επιδιώκει ιδιαίτερα:

α) την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους,

β) τη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων, ώστε να καταστεί δυνατή η ένταξη ή επανένταξη τους στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα και η συμβίωση με το κοινωνικό σύνολο.

γ) την επαγγελματική τους κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία,

δ) την αλληλοαποδοχή με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη.

7. για την επίτευξη των παραπάνω στόχων λαμβάνονται μέτρα και παρέχονται υπηρεσίες στα παραπάνω άτομα ηλικίας έως 22 ετών σε όλες τις τάξεις των σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται ιδίως η κατάρτιση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας, η χρησιμοποίηση διδακτικού υλικού και η χρήση οργάνων και λοιπού ειδικού εξοπλισμού και γενικά κάθε είδους διευκολύνσεις και εργονομικές

διευθετήσεις. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται ιδίως η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η αξιολόγηση, η παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η αγωγή λόγου, η κοινωνική και συμβουλευτική εργασία, η μεταφορά και η μετακίνηση και κάθε άλλο μέτρο ή υπηρεσία που υποστηρίζουν την ισότιμη μεταχείριση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Όπου στις διατάξεις του παρόντος αναφέρεται διάγνωση νοείται η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών.

8. Για τη διαμόρφωση των μέτρων που λαμβάνονται διατυπώνει τις απόψεις του και εκείνος που έχει την επιμέλεια των ατόμων με ειδικές ανάγκες, που προσκαλείται για το σκοπό αυτόν από τις κατά περίπτωση αρμόδιες υπηρεσίες ή φορείς.

9. Η εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται δωρεάν από το κράτος σε δημόσια σχολεία. Η μορφή των σχολείων αυτών προσδιορίζεται από το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών.

10. Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων είναι αποκλειστικός φορέας για την ειδική αγωγή ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Στις διαδικασίες ίδρυσης, λειτουργίας και εποπτείας κέντρων και εργαστηρίων ειδικής επαγγελματικής κατάρτισης ατόμων με ειδικές ανάγκες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας συμπράττει και ο Υπουργός Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εφόσον φοιτούν σε αυτά άτομα με ειδικές ανάγκες σχολικής ηλικίας.

11. Η εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, γενική, τεχνική-επαγγελματική παρέχεται στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα οποία, κατά περίπτωση, οργανώνονται, στελεχώνονται και υποστηρίζονται κατάλληλα, ώστε να εξασφαλίζεται η αναγκαία διδακτική και ψυχοπαιδαγωγική υποστήριξη των ατόμων αυτών. Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να φοιτούν:

α) Στη συνήθη σχολική τάξη με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής, ο οποίος υπηρετεί στα Κ.Δ.Α.Υ. στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής και ορίζεται απ το Κ.Δ.Α.Υ.

β) Σε ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα τμήματα ένταξης που λειτουργούν μέσα στα σχολεία της γενικής και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης.

12. Όταν η φοίτηση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού συστήματος ή στα τμήματα ένταξης καθίσταται ιδιαιτέρως δύσκολη, λόγω του είδους και του βαθμού του προβλήματός τους, η εκπαίδευση των παιδιών αυτών παρέχεται:

α) σε αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής,

β) σε σχολεία ή τμήματα που λειτουργούν είτε ως αυτοτελή είτε ως παραρτήματα άλλων σχολείων σε νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, ιδρύματα αγωγής ανηλίκων ή ιδρύματα χρονίως πασχόντων ατόμων, εφόσον οι διαβιούντες ή νοσηλευόμενοι σε αυτά είναι παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

γ) στο σπίτι σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρησιμοποιείται και το σύστημα της τηλε-εκπαίδευσης. Τα άτομα αυτά εκπαιδεύονται από το προσωπικό των Κ.Δ.Α.Υ ή σχολικής μονάδας ειδικής αγωγής, το οποίο διαθέτει την κατά περίπτωση τυχαία εξειδίκευση.

13. Τα αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής είναι:

α) νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία ειδικής αγωγής για νήπια και παιδιά με ειδικές ανάγκες από το 4ο μέχρι το 14ο έτος της ηλικίας τους, που λειτουργούν ως ενιαίες σχολικές μονάδες.

β) γυμνάσια ειδικής αγωγής από το 14ο μέχρι και το 18ο έτος

γ) ενιαία λύκεια ειδικής αγωγής από το 18ο μέχρι και το 22ο έτος.

δ) τεχνικά επαγγελματικά εκπαιδευτήρια (Τ.Ε.Ε.) ειδικής αγωγής Α' βαθμίδας που περιλαμβάνουν προγράμματα για την ολοκλήρωση της εννιάχρονης υποχρεωτικής εκπαίδευσης, καθώς και του Α' κύκλου σπουδών του άρθρου 2 του ν. 2640/1998 (ΦΕΚ 206 Α) για την παροχή εξειδικευμένης τεχνικής και επαγγελματικής γνώσης. Στα Τ.Ε.Ε αυτά εγγράφονται απόφοιτοι του δημοτικού σχολείου. Η φοίτηση διαρκεί επί πέντε τουλάχιστον σχολικά έτη, από το 14ο μέχρι και το 19ο έτος της ηλικίας των φοιτούντων.

ε) τεχνικά επαγγελματικά εκπαιδευτήρια (Τ.Ε.Ε.Οιδικής αγωγής Β' βαθμίδας που περιλαμβάνουν τους Α και Β κύκλους σπουδών του άρθρου 2 του ν.2640/1998. Στην Α' τάξη του Α κύκλου εγγράφονται απόφοιτοι Γυμνασίου. Η φοίτηση διαρκεί δύο τουλάχιστον σχολικά έτη σε κάθε κύκλο σπουδών. Στο Β κύκλο σπουδών μπορούν να εγγράφονται και απόφοιτοι του Τ.Ε.Ε Α ' βαθμίδας της προηγούμενης περίπτωσης, από το 19ο μέχρι και το 22ο έτος της ηλικίας των φοιτούντων.

στ) εργαστήρια ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης από το 14ο μέχρι και το 22ο έτος.

14. Οι σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α) και το προσωπικό αυτών υπάγονται στην οικεία Διεύθυνση Εκπαίδευσης της βαθμίδας τους. Ειδικά τα εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ε.Ε.Ε.Ε.Κ.) και το προσωπικό αυτών υπάγονται στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

15. α) Η φοίτηση μαθητών με ειδικές ανάγκες στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής μπορεί να παραταθεί, ανάλογα με τις μαθησιακές δυσκολίες των φοιτούντων και μετά το 22ο έτος της ηλικίας τους ή να αρχίσει από τη συμπλήρωση της σχολικής ηλικίας που ορίζεται για φοίτηση στα κανονικά σχολεία. Για την παράταση αποφασίζει ο αρμόδιος προϊστάμενος της Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, ύστερα από εισήγηση του οικείου Κ.Δ.Α.Υ.

β) Το νηπιαγωγείο και το δημοτικό σχολείο ειδικής αγωγής είναι ενιαία μονάδα και περιλαμβάνει τριετές τμήμα αντίστοιχο του νηπιαγωγείου και επταετές τμήμα αντίστοιχο του δημοτικού σχολείου.

γ) Το γυμνάσιο ειδικής αγωγής περιλαμβάνει την προκαταρκτική τάξη και τρεις επόμενες τάξεις Α',

Β' και Γ'. Μαθητές απόφοιτοι δημοτικού σχολείου με ελαφρές δυσκολίες μάθησης μπορεί να εγγράφονται απευθείας στην Α' τάξη του γυμνασίου ειδικής αγωγής, ύστερα από αξιολόγηση που πραγματοποιείται από το οικείο Κ.Δ.Α.Υ..

δ) Το ενιαίο λύκειο ειδικής αγωγής περιλαμβάνει την προκαταρκτική τάξη και τρεις επόμενες τάξεις Α', Β' και Γ'. Μαθητές απόφοιτοι γυμνασίου με ελαφρές δυσκολίες μάθησης μπορεί να εγγράφονται απευθείας στην Α' τάξη του λυκείου ειδικής αγωγής, ύστερα από αξιολόγηση του οικείου Κ.Δ.Α.Υ..

ε) το Τ.Ε.Ε ειδικής αγωγής Α' βαθμίδας περιλαμβάνει τις τάξεις Α', Β', Γ' Δ' και Ε'. το Τ.Ε.Ε Εδικής Αγωγής Β' βαθμίδας περιλαμβάνει τις τάξεις Α' και Β' του Α' κύκλου σπουδών και τις τάξεις Γ' και Δ' του Β' κύκλου σπουδών.

στ) το Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και κατάρτισης λειτουργεί με πέντε μέχρι και οκτώ τάξεις, ανάλογα με τις εξειδικεύσεις και τις εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτούντων. Στην Α' τάξη εγγράφονται απόφοιτοι του δημοτικού σχολείου.

16. Τα σχολεία των περιπτώσεων α', β', γ', δ' και ε' της παραγράφου 13 είναι ισότιμα προς τα αντίστοιχα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Στα σχολεία αυτά εκτός από το ημερήσιο πρόγραμμα διδασκαλίας εφαρμόζεται και πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης. Στα σχολεία ειδικής αγωγής εφαρμόζονται ειδικά προσαρμοσμένα αναλυτικά και διδακτικά προγράμματα. Στο πρόγραμμα του δημοτικού σχολείου ειδικής αγωγής περιλαμβάνονται και δραστηριότητες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Στο πρόγραμμα των γυμνασίων και λυκείων ειδικής αγωγής μπορεί να περιλαμβάνονται και μαθήματα τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης. Το περιεχόμενο των παραπάνω προγραμμάτων, καθώς και τα γυμνάσια και λύκεια ειδικής αγωγής στα οποία διδάσκονται τα μαθήματα τεχνικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης, καθορίζονται με αποφάσεις του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που εκδίδονται ύστερα από την εισήγηση του τμήματος ειδικής αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Το πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης καλύπτεται με ανάθεση υπερωριακής διδασκαλίας στο εκπαιδευτικό και ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής και των Κ.Δ.Α.Υ. ή και σε εκπαιδευτικούς άλλων σχολείων, των οποίων η αποζημίωση καθορίζεται κατά τα ισχύοντα για τους εκπαιδευτικούς των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό των σχολείων ειδικής αγωγής προσφέρει τις υπηρεσίες του, για τη συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, και σε άλλα γειτονικά σχολεία ειδικής αγωγής, κατά τα οριζόμενα με απόφαση του προϊστάμενου της οικείας διεύθυνσης εκπαίδευσης, ύστερα από εισήγηση του Κ.Δ.Α.Υ. και πρόταση του οικείου περιφερειακού υπηρεσιακού συμβουλίου.

17. Για την εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που φοιτούν στα άλλα σχολεία γενικής και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης εφαρμόζονται ειδικά προσαρμοσμένα

και εξατομικευμένα υποστηρικτικά εκπαιδευτικά προγράμματα που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από εισήγηση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.

20. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που εκδίδεται μετά από εισήγηση του τμήματος Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ρυθμίζονται θέματα σχετικά με:

α) την ένταξη, φοίτηση και αποφοίτηση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε όλους τους τύπους σχολείων ειδικής αγωγής και τμήματα ένταξης.

β) την προσωνομία και τον τίτλο, καθώς και τον εξειδικευμένο τύπο σχολείων ειδικής αγωγής και τον ελάχιστο αριθμό μαθητών που φοιτούν στις μονάδες αυτές και τις επιμέρους τάξεις ή βαθμίδες.

γ) τον τρόπο παροχής της εκπαίδευσης στο σπίτι.

δ) τα ειδικότερα καθήκοντα και υποχρεώσεις του ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού των Σ.Μ.Ε.Α και των Κ.Δ.Α.Υ.

ε) την εντόπιση, διάγνωση, εγγραφή, μετεγγραφή και κατάταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες στα σχολεία των παραγράφων 11, 12 και 13 του παρόντος άρθρου.

στ) το εβδομαδιαίο ωράριο διδακτικής εργασίας και άλλης απασχόλησης του προσωπικού ειδικής αγωγής που εργάζεται στα σχολεία αυτά.

ζ) την έναρξη και λήξη του διδακτικού έτους.

η) τη διάρθρωση και τις βασικές ενότητες του αναλυτικού προγράμματος των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής, το είδος και τη μορφή των υποστηρικτικών υπηρεσιών, καθώς και το περιεχόμενο της δημιουργικής απασχόλησης των μαθητών.

θ) τον αριθμό των θέσεων εκπαιδευτικού, ειδικού προσωπικού, ειδικού βοηθητικού και διοικητικού προσωπικού που κατανέμονται κατά κλάδους και ειδικότητες σε κάθε Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης.

ι) τη διαδικασία συγκρότησης και λειτουργίας των συλλόγων γονέων, οι οποίοι συμμετέχουν και συνεργάζονται με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων στο έργο της εκπαίδευσης των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

ια) την προσφορά των συμβουλευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών στους γονείς των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

ιβ) κάθε άλλη λεπτομέρεια για την οργάνωση και λειτουργία των Σ.Μ.Ε.Α.

Άρθρο 2

Οργάνωση

Στις έδρες των νομών και νομαρχιών ιδρύονται και λειτουργούν Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης

και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ως αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες, τα οποία υπάγονται απευθείας στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Σκοπός των Κ.Δ.Α.Υ. είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως εκείνων, που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας.

«Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και Άλλες Διατάξεις»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Άρθρο 1

Γενικές αρχές

1. Η Κοινωνική Φροντίδα παρέχεται σε άτομα και ομάδες και αποσκοπεί, με προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης, να δημιουργήσει προϋποθέσεις ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην οικονομική και κοινωνική ζωή και να τους εξασφαλίσει αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Η στήριξη της οικογένειας αποτελεί βασικό στόχο των παραπάνω προγραμμάτων.

Άρθρο 2

Εθνικά Προγράμματα

1. Ο ενιαίος συντονισμός και η ισόρροπη παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας εξασφαλίζεται με Εθνικά Προγράμματα που σχεδιάζει το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και υλοποιούνται από τους φορείς του Εθνικού Συστήματος του άρθρου 3.

2. Εθνικά Προγράμματα καθορίζονται οπωσδήποτε στους παρακάτω τομείς:

α) Οικογένειας, Παιδιού και Νεότητας

β) Ηλικιωμένων

γ) Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες

δ) Ευπαθών Πληθυσμιακών ομάδων και ομάδων που τελούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης.

Άρθρο 3

Περιεχόμενο – Υπηρεσίες

3. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους φορείς του Εθνικού Συστήματος αφορούν σε:

α) Πρωτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα

β) Δευτεροβάθμια Κοινωνική Φροντίδα

γ) Τριτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα

Άρθρο 13

Ανάπτυξη Εθελοντισμού

1. Στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας συνίσταται ανεξάρτητο Τμήμα Ανάπτυξης Εθελοντισμού στο οποίο προϊστάται υπάλληλος του κλάδου ΠΕ ή ΤΕ Διοικητικού ή ΠΕ ή ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΝΕΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Άρθρο 14

Νέα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας

1. Στον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας συστήνονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες αυτού τα παρακάτω κέντρα:

α) Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) Σκοπός του κέντρου αυτού είναι η επείγουσα παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα ή οικογένειες που έχουν έκτακτη ανάγκη βοήθειας από οποιαδήποτε φύσεως αιτία, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα, μέσω ενός οργανωμένου δικτύου, και ειδικότερα:

I. Η προσωρινή παροχή στέγης, διατροφής και ένδυσης

II. Η κοινωνική αγωγή και μόρφωση με στόχο τα άτομα αυτά να ενταχθούν στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο

III. Η ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινωνίας για την κατάλληλη υποδοχή και στήριξη

IV. Η άμεση παροχή βοήθειας σε περιπτώσεις ατυχημάτων ή καταστροφών

V. Ο συντονισμός και η συνεργασία με τις λοιπές και συναρμόδιες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας

β) Δίκτυο Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.Μ.Ε.Α) Σκοπός των Κέντρων αυτών είναι η πρόωμη διάγνωση, η συμβουλευτική στήριξη, η ενημέρωση των ιδίων των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και των οικογενειών τους, η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλείας και αποκατάστασης, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξη τους στο κοινωνικό ιστό, η διευκόλυνσή του συντονισμού των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο.

γ) Κέντρο Στήριξης Αυτιστικών Ατόμων. Σκοπός του Κέντρου είναι η κοινωνική προστασία και στήριξη των αυτιστικών ατόμων και του οικογενειακού περιβάλλοντός τους με τη δημιουργία

υπηρεσιών θεραπευτικής και εκπαιδευτικής παρέμβασης και κοινωνικής μέριμνας.

2. Για την κάλυψη των αναγκών στελέχωσης των Κέντρων αυτών συστήνονται 250 θέσεις διαφόρων κατηγοριών και κλάδων. Η κατανομή των θέσεων αυτών κατά υπηρεσία, κατηγορία και κλάδο γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Τα προσόντα διορισμού καθορίζονται με το Προεδρικό Διάταγμα της παρ.7 του άρθρου 6.

Άρθρο 16

Καινοτόμα Προγράμματα και Δράσεις

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού δύναται να ανατίθεται σε φορείς κοινωνικής φροντίδας η εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων που προτείνονται από αυτούς και αφορούν σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού ή εισάγουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων. Για το χαρακτηρισμό των προγραμμάτων ως καινοτόμων, γνωμοδοτεί το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας.

2. Με την ίδια ή άλλη απόφαση καθορίζεται η διαδικασία και ο τρόπος υποβολής των προτάσεων από τους ενδιαφερόμενους φορείς, ο τρόπος αξιολόγησης, τα κριτήρια επιλογής των προτάσεων, η διάρκεια, το ύψος της χρηματοδότησης, οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

3. Τα ανωτέρω προγράμματα δύναται να χρηματοδοτούνται από πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, βάσει των διατάξεων που αναφέρονται στη χρηματοδότηση των φορέων κοινωνικής φροντίδας.

Άρθρο 18

Μέτρα Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες

1. Στα πλαίσια του Εθνικού προγράμματος για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες καθορίζονται ειδικά προγράμματα για τη νοητική υστέρηση, τον αυτισμό, τις βαριές ψυχοσωματικές και πολλαπλές αναπηρίες. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι:

α) η εξασφάλιση της δυνατότητας για ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή

β) η συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία και την επαγγελματική απασχόληση είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας είτε σε εναλλακτικές μορφές απασχόλησης, όπως σε προστατευόμενα παραγωγικά εργαστήρια (ΠΠΕ).

γ) η δημιουργία προϋποθέσεων για αυτόνομη ή ημιαυτόνομη διαβίωση.

2. Οι ειδικώς πιστοποιημένοι φορείς του άρθρου 5, που αναπτύσσουν δραστηριότητες που αφορούν άτομα με νοητική υστέρηση, αυτισμό ή ψυχικές παθήσεις δύναται να λειτουργούν προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια. Με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και πρόνοιας ρυθμίζονται η νομική μορφή, η οργάνωση, η λειτουργία και οι όροι χρηματοδότησης των ΠΠΕ και καθορίζεται το ύψος της αμοιβής και η σχέση εργασίας των ως άνω ατόμων που απασχολούνται σε αυτά καθώς και η διαδικασία προώθησης των προϊόντων των ΠΠΕ .

3. Στα ΠΠΕ τουλάχιστον τα τρία πέμπτα (3/5) των απασχολούμενων είναι άτομα με νοητική υστέρηση, αυτισμό και ψυχικές παθήσεις, ανεξαρτήτως αν λαμβάνουν σύνταξη από αποθανόντα γονέα ή προνοιακό επίδομα. Τα άτομα εντάσσονται ως απασχολούμενοι, εφόσον έχουν συμπληρώσει το 22ο έτος της ηλικίας τους και έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον διετές πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης. Στα ΠΠΕ δεν επιτρέπεται η με καθιονδήποτε τρόπο απασχόληση συγγενών των ως άνω ατόμων που απασχολούνται σε αυτά, μέχρι τρίτου βαθμού συγγένειας. Οι ψυχικά πάσχοντες απασχολούνται ύστερα από γνωμάτευση Ψυχιάτρου του ΕΣΥ.

4. Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου που αναπτύσσουν δραστηριότητες που αφορούν άτομα με νοητική υστέρηση, αυτισμό ή ψυχικές παθήσεις μπορούν να λειτουργούν ΠΠΕ.

Άρθρο 21

Προγραμματικές Συμβάσεις

1. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας καθώς και οι λοιποί φορείς του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας για τη μελέτη και εφαρμογή έργων ή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας μπορούν να συνάπτουν προγραμματικές συμβάσεις με οποιονδήποτε Δημόσιο ή Ιδιωτικό Φορέα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που έχει ειδικώς πιστοποιηθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5.

2. Στις προγραμματικές συμβάσεις ορίζονται το έργο, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, οι πόροι που θα διατεθούν, τα ποσά χρηματοδότησης και το χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης των έργων ή προγραμμάτων ή της παροχής των υπηρεσιών.

3. Οι συμβαλλόμενοι φορείς για την εκτέλεση των προγραμματικών συμβάσεων μπορεί να χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τον τακτικό προϋπολογισμό και από τους προϋπολογισμούς των συμβαλλόμενων φορέων.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες για την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου αυτού.

Άρθρο 23

Προγράμματα Εισοδηματικών Ενισχύσεων

1. Τα προγράμματα εισοδηματικών ενισχύσεων που αφορούν την οικογένεια, τη μητρότητα, το παιδί, τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, τους παλιννοστούντες ομογενείς και επαναπατριζόμενους και τους οικονομικά αδύνατους όπως επίσης οι όροι, οι προϋποθέσεις χορήγησης και το ύψος των ενισχύσεων αυτών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημιουργείται ενιαίο μηχανογραφημένο μητρώο επιδοτούμενων, κατά πρόγραμμα ενίσχυσης και κατά Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Με κοινή απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται τα θέματα οργάνωσης του ενιαίου μητρώου, ο τρόπος καταβολής των επιδομάτων καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Ν.2716/1999 «Ανάπτυξη & εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ – (Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής) Ν.2817/2000 για την εκπαίδευση των Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες.

Παρέχεται εκπαίδευση για τα άτομα με αυτισμό μέχρι το 22ο έτος της ηλικίας.

Προβλεπόμενες δομές: Κ.Δ.Α.Υ Βρεφονηπιακοί Συμβουλευτικοί Σταθμοί

- κανονικά

- ειδικά νηπιαγωγεία*

- κανονικά

- ειδικά Σχολεία*

- κανονικά

- ειδικά Γυμνάσια*

- κανονικά

- ειδικά Λύκεια

- ΤΕΕ

- ειδικά ΤΕΕ

- Επαγγελματικά Εργαστήρια για την κατάρτιση ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες

*Μπορούν να λειτουργούν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Κέντρα Αποκατάστασης, Ιδρύματα Χρονίως Πασχόντων, κλπ.

Προτείνουμε: α) Συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Πρόνοιας και Παιδείας και ειδικότερα τη

δημιουργία ενός συστήματος διασυνδεδετικής συνεργασίας του Εθνικού Κεντρικού Συμβουλίου για τον Αυτισμό το οποίο λειτουργεί ως όργανο υποστηριζόμενο από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και τη Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

β) Συνεργασία των Κ.Δ.Α.Υ. με τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και τα Εξειδικευμένα Διαγνωστικά Κέντρα του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

γ) Επειδή οι Βρεφονηπιακοί Σταθμοί του Υπουργείου Παιδείας θα είναι μόνο Συμβουλευτικοί το Υπουργείο Υγείας πρόνοιας μπορεί να οργανώσει στο πλαίσιο των βρεφονηπιακών σταθμών του, παράλληλα τμήματα για παιδιά με αυτισμό και άλλες σοβαρές διαταραχές ή να λειτουργήσει Κέντρα Ημέρας τα οποία προετοιμάζουν τα παιδιά για να ενταχθούν σε κανονικά ή ειδικά Νηπιαγωγεία και Σχολεία.

δ) Η ελλιπής οργάνωση και στελέχωση των κανονικών και ειδικών σχολείων στερεί από τα παιδιά με αυτισμό τη δυνατότητα να έχουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπευτικό εκπαιδευτικό. Προτείνεται διασυνδεδετική Συνεργασία Σχολείων με Κέντρα Ημέρας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα. Στις περιπτώσεις αυτές με τη συνεργασία των Σχολείων με τα Εξειδικευμένα Κέντρα Ημέρας επιτυγχάνεται η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος την Κύρια Εκπαιδευτική Ευθύνη του οποίου θα έχουν τα Σχολεία ενώ την ευρύτερα θεραπευτική (διάγνωση, αξιολόγηση, παρακολούθηση, παράλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις) θα έχουν τα Εξειδικευμένα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και τα Κέντρα Ημέρας.

ε) Η διασυνδεδετική συνεργασία όλων των δομών του Υπουργείου Παιδείας με τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Ένταξης ατόμων με αυτισμό και Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή.

Αντί επιλόγου...

«Σε περίμενα πολύ καιρό, αγαπημένε, από τότε που το κορμί μου αλλάζοντας το πρώτο του σχήμα ετοιμαζόταν να σε δεχτεί. Σε περίμενα πολύ καιρό. Την άνοιξη με τα χελιδόνια, το καλοκαίρι με γεμάτα τα χέρια μου ώριμα φρούτα, το φθινόπωρο ανοίγοντας πάνω στο νοτισμένο χώμα τ' αυλάκια της σποράς, το χειμώνα πίνοντας παλιό κόκκινο κρασί. Μέσα στο μυαλό μου η ανάσα σου η πρώτη, και το πρώτο καλωσόρισμα στον ερχομό σου. «έρχεται», έλεγα, «έρχεται ο νικητής της μοναξιάς, της οδύνης και του θανάτου μου». Κι όταν ήρθες όλες μου οι αγάπες γλίστρησαν από πάνω μου, όπως γλιστράει το νερό πάνω στο γυαλί και δεν αφήνει χνάρι, κι απόμεινε μόνο η δική σου η πιο μεγάλη. Κείνη που 'ναι ανείπωτη ακόμα, γιατί δεν βρέθηκαν λέξεις ποτέ να την ιστορήσουν, κι ούτε στόμα ανθρώπου ευλογήθηκε ποτέ να ομολογήσει. Ήρθες κι έθρεψες την μοναξιά μου με τη σιωπή, κι ούτε που μου άπλωσες το χέρι. Το δρόμο το δικό μου δεν τον καταδέχτηκες, μήτε τη γλώσσα την προγονική, παρά απλώνοντας τα χέρια σου, άλλοτε με κινήσεις ανάλαφρες σαν των φτερών της πεταλούδας, κι άλλοτε κωπηλατώντας στον αέρα, ιχνογραφείς τα δικά σου μονοπάτια. Έχω ένα παράπονο, ακριβέ μου, και θα σου το πω. Δε μου γύρεψες ποτέ καθαρή αλλαξιά για να γυαλιστείς μες στον καθρέφτη. Κι όμως είσ' ωραίος, κι η ομορφιά σου δεν έχει μέτρο, γιατί περιφρονεί την αποδοχή μας. Μας χώρισε ένα ποτάμι απελπισία. Εσύ στη μίαν όχθη κι εγώ στην άλλη. Μα χτίζω ένα γεφύρι να σε φτάσω. Θα 'ναι γερό γεφύρι, γιατί θα το στοιχειώσω με το κορμί μου. Κι εσύ στέκεις εκεί και με κοιτάς ανέκφραστος, απίστευτα γνώριμος και παράλογα ξένος. Σώμα από μάρμαρο κι από βελούδο, μάτια από νερό και νιόκοπη φλούδα πεύκου, κι απάνω από το μέτωπο ν' αφρίζει βουβά, μια θάλασσα τρικυμισμένη.

(<http://www.noesi.gr/blog/ena-mikro-poiima-poy-telika-ta-leei-ola>, 1/7/2008)