

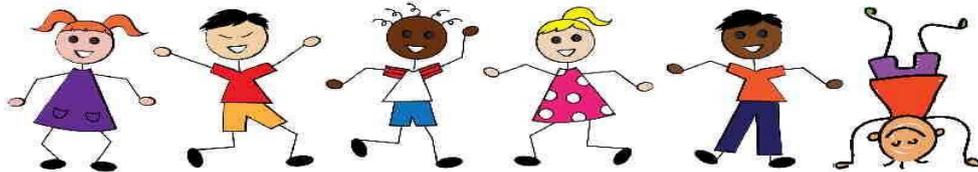


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Πολυπαραγοντική προσέγγιση αναπτυξιακών διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης: Μελέτη περίπτωσης παιδιού ηλικίας 3-7 ετών με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού»

AUTISM



seeing the world from
a different angle

Επιμέλεια:

Σαράντη Νίκη (Α.Μ. 15815)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ζακοπούλου Βικτωρία

Ιωάννινα
Οκτώβριος 2016

Περίληψη

Ο όρος Αυτισμός, αποτελεί τον κύριο εκπρόσωπο των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και απαντάται σε ένα ευρύ φάσμα σοβαρών νευροψυχιατρικών καταστάσεων. Ο αυτισμός κατά το πέρασμα των χρόνων απασχολεί όλο και περισσότερο τους επιστήμονες, και ο ορισμός του αποτελεί ένα περίπλοκο ζήτημα, για τον οποίο έχουν δοθεί μέχρι σήμερα πολλοί όροι. Αναλύοντας στη παρούσα εργασία το φάσμα του αυτισμού, αντιληφθήκαμε πως είναι ένα ευρύ φάσμα, το οποίο περιλαμβάνει ποικίλες διαταραχές, πολλές φορές πανομοιότυπες η μία με την άλλη, ωστόσο ταυτόχρονα τόσο διαφορετικές, με τεράστια συμπτωματολογία, όχι μόνο από διαταραχή σε διαταραχή, αλλά και από περιστατικό σε περιστατικό, στην ίδια κλινική περίπτωση. Όπως επίσης χαρακτηριστικά αναφερθήκαμε και στην ανάπτυξη των κεφαλαίων μας, η ευρεία αυτή συμπτωματολογία δεν μπορεί να αποδοθεί καταλληλότερα καθώς αν και ο αυτισμός εμφανίζεται σε σχετικά μικρή ηλικία, δεν έχει αποσαφηνισθεί ακόμη απόλυτα. Πολλά διαγνωστικά κριτήρια, βασισμένα σε αξιολογικά εργαλεία, έχουν μέχρι σήμερα καθορίσει, συγκεκριμένα στοιχεία προκειμένου να τεθεί μία διάγνωση διαταραχών αυτιστικού φάσματος. Είναι γενικώς αποδεκτό, πως για την πορεία μιας τέτοιας διάγνωσης, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση μία «πολυπαραγοντική προσέγγιση», (ESSENCE) η οποία θα περιλαμβάνει πλούσιους ελέγχους και έγκυρες αξιολογήσεις, με σκοπό την αποτελεσματικότερη διάγνωση και μετέπειτα την καταλληλότερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Τέλος για μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα θεωρήσαμε σκόπιμο να αναφερθούμε στην ανάλυση ενός περιστατικού με ΔΑΦ, επικεντρώνοντας την προσοχή μας στην αξιολογική του πορεία και στη διάγνωση του.

Summary

The term ‘autism’ comprises the main representative of pervasive developmental disorders and it is vident in a wide array of serious neuropsychiatric conditions. Over the course of time, ‘autism’ has increasingly concerned scientists, and its term is a complex issue to which a great number of definitions have been given. After analyzing the spectrum of autistic disorder in this present dissertation, we realized that it is so broad that includes various types of disorders which are more often than not, similar to each other. However, they are at the same time so distant from each other, presenting colossal symptomatology which is evident not only from one disorder to another but also from each case to the other, including the same clinical case. As we have cited throughout the chapters, that broad symptomatology couldn’t be better defined since, even though autism is noticeable at a somewhat early age, it has not been fully clarified yet. Numerous diagnostic criteria based on evaluation tools have defined certain evidence so far so as to establish a method capable of diagnosing disorders related to autism. It is generally accepted that the progress of such a diagnosis requires a ‘multifaceted approach’ (ESSENCE) as a prerequisite, which will embody exhaustive controls and valid evaluations aiming at effectively diagnosing and later on finding the most suitable therapeutic treatment. To conclude, the analysis of a case affected by ASD , was a deliberate move so as to gain a clearer picture of what we are studying , placing our emphasis on both its evaluation and diagnosis.

Λέξεις-Κλειδιά

Αυτισμός

Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος(ΔΑΦ)

Σύνδρομο Asperger (AS)

Διαγνωστικά Κριτήρια

Διαφοροδιάγνωση

Συν-νοσηρότητα

Αιτιολογία ΔΑΦ

Παρέμβαση

Αξιολόγηση

Διάγνωση

Πολυπαραγοντική Προσέγγιση (ESSENCE)

Μελέτη Περίπτωσης

Πρόλογος

Ο αυτισμός και όλες οι διαταραχές που ανήκουν στο φάσμα του, είναι διαταραχές με τεράστιο ενδιαφέρον, καθώς αποτελούν κεφάλαια για τα οποία η επιστημονική κοινότητα έχει συλλέξει λίγα στοιχεία ως προς την αιτιολογία, την αξιολόγηση και τη θεραπευτική προσέγγιση. Ωστόσο κατά το πέρασμα των χρόνων και μέσα από πολλές έρευνες, έχουν συλλεχθεί ικανοποιητικά και χρήσιμα δεδομένα, οδηγώντας τους ερευνητές και κλινικούς σε μία αξιολογη κατάσταση. Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε τον Οκτώβριο του 2016 στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών, στο ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ – ΤΜΗΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στην εργασία αυτή δόθηκε βάση στη διαδικασία που παρουσιάζει η αξιολόγηση, και η πορεία για μία πολυπαραγοντική διάγνωση, στο εξεζητημένο αυτό φάσμα των αναπτυξιακών διαταραχών. Στο σημείο αυτό, και πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της, και ιδιαίτερα: Την καθηγήτρια της σχολής και επόπτρια της πτυχιακής εργασίας κ. Ζακοπούλου Βικτωρία, για την πολύτιμη στήριξη της, τη καθοδήγηση που παρείχε σε όλη την ομάδα, αλλά και για το χρόνο που μας διέθεσε προκειμένου να λυθεί κάθε μας απορία και να φτάσουμε ως εδώ. Ακόμη, αξίζει να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους μας τους καθηγητές που κατά τη διάρκεια των σπουδών μας αποτέλεσαν για εμάς πηγή πληροφοριών. Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω το Κέντρο Λογοθεραπείας Ηπείρου, Κελεσιδής Σωτήρης Κ. ΣΙΑ Ο.Ε , όπου εκτελούσα τη πρακτική μου άσκηση, για τις πολύτιμες πληροφορίες που αποκόμισα, και για την εμπιστοσύνη στην παροχή περιστατικού για μελέτη του στη παρούσα εργασία. Ευχαριστώ επίσης την καθηγήτρια αγγλικής φιλολογίας Παπαδημητρίου Δήμητρα για την αξιολογη βοήθεια της. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένεια μου και τα κοντινά μου πρόσωπα για την υπομονή, την ανιδιοτελή τους αγάπη και την συμπαράσταση τους καθ'όλη τη διάρκεια της ακαδημαϊκής μου εκπαίδευσης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Summury.....	4
Λέξεις-Κλειδιά.....	5
Περιεχόμενα.....	7
Εισαγωγή.....	9
<u>Μέρος Πρώτο (Θεωρητικό Μέρος)</u>	
Κεφάλαιο 1. «Περιήγηση στον Αυτισμό».....	12
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	12
1.2 Ορισμοί και Ερμηνευτικές Θεωρίες.....	14
1.2 ^α «Κλειδιά για την Κατανόηση του Αυτισμού».....	15
1.2 ^β Στατιστικά Στοιχεία.....	16
1.3 Συμπτώματα και Χαρακτηριστικά στο Φάσμα του Αυτισμού.....	18
1.3 ^α Διαφορές Παιδιών με Φυσιολογική Ανάπτυξη και Αυτισμό.....	21
1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια για το Φάσμα του Αυτισμού.....	23
1.4 ^α Διαφορική Διάγνωση DSM-IV και DSM-5.....	23
1.4 ^β Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV για τον Αυτισμό.....	23
1.4 ^γ Οι Διαταραχές και τα Χαρακτηριστικά τους, σύμφωνα με το DSM-IV.....	30
1.5 Διαγνωστικά Κριτήρια ICD-10.....	32
1.5 ^α Τα Σύνδρομα και τα Χαρακτηριστικά τους σύμφωνα με το ICD-10.....	34
1.6 «Αυτισμός αι Σύνδρομο Άσπεργκερ».....	49
1.6 ^α Πρόσθετα Διαγνωστικά Κριτήρια για Asperger.....	49
1.6 ^β Σύνδρομο Άσπεργκερ και επιδημιολογικά στοιχεία.....	52
1.6 ^γ Κοινά και Διαφοροποιητικά Χαρακτηριστικά μεταξύ Αυτισμού και συνδρόμου Άσπεργκερ.....	52
1.7 «Αυτισμός και Συν-νοσηρότητα».....	58
1.8 Αίτια Αυτισμού.....	61
1.9 Αντιμετώπιση- Μορφές Παρέμβασης.....	66
1.9 ^α «Λογοθεραπεία».....	66
1.9 ^β Επικρατέστερες Θεραπευτικές και Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις.....	71
1.9 ^γ Άλλες Μορφές Παρέμβασης στις ΔΑΦ.....	75
1.9 ^δ Γλωσσικά Προγράμματα.....	81
1.10 Πολυπαραγοντική Διάγνωση «ESSENCE».....	84
1.11 Διαγνωστικά Εργαλεία.....	86

1.12 Πρόσθετοι Έλεγχοι-Εξετάσεις.....	97
<u>Μέρος Δεύτερο (Πρακτικό Μέρος)</u>	
Κεφάλαιο 2. «Μελέτη Περίπτωσης».....	103
2.1 Παρουσίαση Περιστατικού.....	103
2.2 Μορφές Αξιολόγησης.....	103
Πίνακας 2.2 ^α Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση.....	103
Πίνακας 2.2 ^β Οι Μορφές Αξιολόγησης που Πραγματοποιήθηκαν και που δεν Πραγματοποιήθηκαν.....	110
2.3 «Διαγνωστικό Προφίλ».....	111
2.4 Συμπεράσματα Μελέτης Περιστατικού.....	113
Συμπεράσματα.....	114
Βιβλιογραφία.....	115
Παραρτήματα.....	121

Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εστιάζει στην «Πολυπαραγοντική Προσέγγιση» αναπτυξιακών διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης. Η αναπτυξιακή διαταραχή που αναλύθηκε αφορά το φάσμα του αυτισμού, και τις ηλικίες από 3-7 ετών.

Συγκεκριμένα το πρώτο μέρος της εργασίας αποτελεί το θεωρητικό κομμάτι, όπου δίνεται βάση στην κατανόηση του όρου «Αυτισμός», μέσα από μία ιστορική αναδρομή, μέσα από ερμηνευτικές θεωρίες που έχουν αποδοθεί, και αναφέροντας τις λέξεις-κλειδιά που αφορούν την κατανόηση του. Επιπλέον γίνεται αναφορά και στα στατιστικά στοιχεία που έχουν αποδοθεί μέχρι σήμερα (Κεφάλαια 1.1,1.2)

Στη συνέχεια της εργασίας, παρατίθενται η συμπτωματολογία στο φάσμα του αυτισμού, καθώς επίσης και οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη και με αυτιστική διαταραχή (Κεφάλαιο 1.3)

Είναι γενικώς παραδεκτό πως αυτό που συμβαίνει με όλες τις διαταραχές, δηλαδή για να τεθεί μία διάγνωση, θα πρέπει αυτή να πληροί κάποια διαγνωστικά κριτήρια, έτσι και στις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, προκειμένου να διαγνώσουμε μία τέτοια διαταραχή, το περιστατικό θα πρέπει να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν καθοριστεί γι' αυτή. Στην προκειμένη περίπτωση των ΔΦΑ τα διαγνωστικά κριτήρια ποικίλλουν και κατά διαστήματα μελετούνται ευρέως, λόγω και της πορείας που παρουσιάζουν με το πέρασμα των χρόνων τα υπάρχοντα χαρακτηριστικά και τα νέα δεδομένα. Για το λόγο αυτό στα κεφάλαια 1.4 και 1.5 γίνεται αναλυτική αναφορά των διαγνωστικών κριτηρίων για κάθε διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού, διαφοροποιητικά στοιχεία ανάμεσα σε παλαιότερες και νέες εκδόσεις, αλλά επιπλέον παρατίθενται και τα χαρακτηριστικά αυτών των διαταραχών σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια.

Μιλώντας λοιπόν για το φάσμα του αυτισμού και τα διάφορα σύνδρομα που εντάσσονται σε αυτό, θα ήταν παράδοξο να μην αναφερθούμε σε μία διαταραχή που ταξινομήθηκε πρόσφατα ως ξεχωριστό σύνδρομο στο φάσμα του αυτισμού, το αποκαλούμενο και ως «υψηλής λειτουργικότητας αυτισμός», σύνδρομο Asperger. Στο κεφάλαιο 1.6 λοιπόν, παρατίθενται τα χαρακτηριστικά, τα πρόσθετα διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Άσπεργκερ, αλλά και επιδημιολογικά στοιχεία, για την ευρύτερη κατανόηση του. Επιπλέον τονίζονται τα κοινά και διαφοροποιητικά σημεία που παρατηρούνται στον αυτισμό και στο σύνδρομο Άσπεργκερ. Τα κεφάλαια 1.7 και 1.8 αναφέρονται σε δύο πολύ σημαντικά κομμάτια για τον αυτισμό και τη πορεία προς τη διάγνωση, τα οποία είναι η συν-νοσηρότητα και η αιτιολογικοί παράγοντες αντίστοιχα. Ιδιαίτερα το κεφάλαιο της αιτιολογίας, είναι ένα ζήτημα αμφιλεγόμενο θα λέγαμε μέχρι σήμερα, το ποίο επιβραδύνει από μία άλλη σκοπιά το διαγνωστικό προφίλ.

Το κεφάλαιο 1.9 περιλαμβάνει τα μέτρα αντιμετώπισης των διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού, αναλύοντας τις μορφές παρέμβασης που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Στο επόμενο κεφάλαιο(1.10), γίνεται αναφορά στο μοντέλο «ESSENCE». Ένα μοντέλο με κύριο στόχο την πολυπαραγοντική διάγνωση, η οποία αποτελεί και την κύρια θεματολογία της εργασίας μας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία αντιστοιχούν στις ηλικίες 3-7 ετών και μας εξυπηρετούν άμεσα στην έγκυρη και έγκαιρη αξιολόγηση και μετέπειτα διάγνωση περιστατικών με ΔΦΑ (Κεφάλαιο 1.11).

Τέλος αν και οι διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την πορεία της αξιολόγησης και της διάγνωσης, επισημαίνονται οι πρόσθετοι έλεγχοι και εξετάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο φάσμα του αυτισμού, προκειμένου να έχουμε μία πιο πλήρη και αντικειμενική εικόνα του περιστατικού μας, αποκλείοντας έτσι άλλες κοινής συμπτωματολογίας διαταραχές (Κεφάλαιο 1.12).

Έπειτα από ένα κεφάλαιο με κύριο στόχο τη θεωρητική προσέγγιση των διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού, ακολουθείται το πρακτικό κομμάτι της εργασίας μας, το οποίο περιλαμβάνει «Μελέτη Περίπτωσης» παιδιού με ΔΦΑ.

Συγκεκριμένα ξεκινάμε με παρουσίαση του περιστατικού, προκειμένου να τεθούν τα βασικά στοιχεία του ιστορικού του παιδιού, πριν την αρχική μελέτη του (Κεφάλαιο 2.1). Στη συνέχεια ακολουθούν οι μορφές αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκαν στο περιστατικό μας, αλλά και αυτές που παραλείφθηκαν. Ακολουθεί σχετικός πίνακας (Κεφάλαιο 2.2). Ακόμη δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το «Διαγνωστικό Προφίλ» του περιστατικού μας, σύμφωνα με το οποίο παραθέτουμε σε έναν γενικό πίνακα, τα ευρήματα των μορφών αξιολόγησης, σε συνάρτηση με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν παρατεθεί για την συγκεκριμένη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (Κεφάλαιο 2.3).

Τέλος δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τη δική μας τοποθέτηση, πάνω στη μελέτη του περιστατικού, παραθέτοντας τα συμπεράσματα μας (Κεφάλαιο 2.4).

«Ο Άνθρωπος της Βροχής»

Ήσουν εκεί, όπως συνήθιζες
μόνος...

και έστεκες μέσα στη βροχή.

Τα ρούχα σου βρεγμένα,
κολλούσαν πάνω σου.

Το κρύο ήταν δυνατό και τα πόδια
σου μες στα λασπόνερα.

Μα εσένα ούτε που σε ένοιαζε.

Πότε χαμογελούσες και πότε
μάλωνες με τις σταγόνες της
βροχής που έπεφταν στο πρόσωπο
σου.

Τα μάτια σου ήταν υγρά, τα
ανοιγόκλεινες ξανά και ξανά,
λες και κάτι ήθελες να διώξεις.

Ήταν η βροχή ή μήπως δάκρυα;
Δεν μπόρεσα να δω.

Φάνταζες υπνωτισμένος από τον
ήχο που έκανε το νερό όπως άγγιζε
το χώμα και τα ξερά φύλλα.

Στιγμές, στιγμές σε είδα να
λικνίζεσαι, λες και σε είχε
συνεπάρει το άκουσμα μιας
μελωδίας.

Ήσουν ένα με τη φύση και έδειχνες
μαγεμένος.

Πέρασαν κάτι άνθρωποι, σε είδαν
και τρομαγμένοι έτρεξαν να
φύγουν.

Ίσως σε πέρασαν για άγριο ζώο,
Ίσως για άγνωστο στοιχείο.

Ήταν η βροχή, ίσως ήταν που είχε
αρχίσει να σκοτεινιάζει κιόλας, και
έτσι δεν μπόρεσαν να διακρίνουν,
ότι ήσουν άνθρωπος.

**Άννα Ραχιώτη,
Μητέρα αυτιστικού παιδιού**

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. « Περιήγηση στον Αυτισμό»

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος αυτισμός αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Bleuler το 1911. Προέρχεται από την ελληνική λέξη «Εαυτισμός» και υποδηλώνει το κλείσιμο του παιδιού στον εαυτό του αλλά και την αδυναμία του να επικοινωνήσει με το περιβάλλον (Χιτόγλου ; Αντωνιάδου, 2000) Η λέξη «αυτισμός» χρησιμοποιήθηκε από τον Bleuler για να αναλύσει ένα σύμπτωμα στη σχιζοφρένεια του ενήλικα που συνίσταται στο κλείσιμο στον εαυτό του, δυσκολία και αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, καθώς και στην απομάκρυνση από την πραγματικότητα. (Συνοδινού 1996)

Η διαταραχή περιγράφηκε περαιτέρω το 1943 στη Βαλτιμόρη από τον παιδοψυχίατρο Dr. Leo Kanner και το 1944 στη Βιέννη από τον παιδίατρο Dr. Hans Asperger. Οι δυο τους αναφέρθηκαν σε όρους όπως «αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής», «πρώιμο παιδικό αυτιστικό σύνδρομο» και «αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας». (Γκονέλα 2006).

Ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον, δημοσίευσαν για πρώτη φορά μελέτες αυτής της διαταραχής, με λεπτομερείς περιγραφές και ποικίλες ερμηνείες για τον αυτισμό. (Frith 1999).

Ο Kanner μάλιστα σε ένα φυλλάδιο σεμιναρίου του σκιαγραφεί τη διάβρωση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με αυτισμό, με αυτόν τον τρόπο:

«Από την αρχή υπάρχει μία υπερβολική αυτιστική μοναξιά “...αυτά τα παιδιά γεννήθηκαν με την έμφυτη ανικανότητα να έλθουν σε φυσιολογική, βιολογικά παρεχόμενη συναισθηματική επαφή με τους ανθρώπους, όπως ακριβώς έχουν γεννηθεί και άλλα παιδιά με έμφυτα οργανικά ή διανοητικά μειονεκτήματα”

Ο Kanner λοιπόν αναγνώρισε τη πρωταρχικότητα των κοινωνικών δυσκολιών. Αναφέρθηκε στις σκόπιμες επιδεξιότητες των παιδιών με αντικείμενα, σημειώνοντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις σχέσεις που αναφέρονται στον άνθρωπο. Εκτός της περιγραφής των σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, ο Kanner έκανε διορατικές περιγραφές των ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών της γλώσσας και της επικοινωνίας στον αυτισμό. Στράφηκε κυρίως στη χρήση της γλώσσας από τα παιδιά, κάνοντας αναφορά περί ηχολαλίας, επαναλήψεων και αντιστροφής των αντωνυμιών.

Μία άλλη αναφορά γίνεται από τη συγγραφέα Uta Frith. Η Uta Frith (1989) είχε παρατηρήσει ότι μπορούμε να βρούμε μαρτυρία αυτισμού μέσα από την ιστορία. Αναφέρει τους ευλογημένους τρελούς της ο Id Russia , που η απομάκρυνση τους από τον κόσμο είχε γίνει αποδεκτή. Η φανερή

αναισθησία από τον πόνο , η παράδοξη συμπεριφορά , η αφέλεια και το έλλειμμα της κοινωνικής εγρήγορσης που έδειχναν οι ευλογημένοι τρελοί υποδεικνύουν , κατά τη συγγραφέα ότι τα άτομα αυτά μπορεί να είχαν αυτισμό (Happe, 2003).

Οι έρευνες της τελευταίας δεκαετίας ξανά γύρισαν στην αρχική εργασία του Kanner και οι αναφορές γύρω από τη φύση του αυτισμού δίνουν τώρα έμφαση στην πολύπλοκη αλληλοεξάρτηση του γνωστικού τρόπου μάθησης, κοινωνικής αντίληψης της μάθησης, της γλώσσας και των προτύπων κοινωνικότητας. (Drawson,&Frith, 1989).

Η προσπάθεια να εξηγήσουμε τον αυτισμό δεν συγκεντρώνεται πλέον σε μια μόνο ανωμαλία(γνωστική ή γλωσσολογική ή κοινωνική)Στις μέρες μας επικρατούν ποικιλόμορφες και ολιστικές απόψεις που επικεντρώνονται στην αλληλεπίδραση των διαφορετικών αναπτυξιακών συστημάτων. Οι κοινωνικο-επικοινωνιακές σχέσεις που προκύπτουν, εξετάζονται μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον, σε κοινωνική κατανόηση και κοινωνικο-επικοινωνιακές επαφές. (Quill Ed. D., 2005)

1.2 Ορισμοί-Ερμηνευτικές Θεωρίες

Τι είναι ο αυτισμός;;;

«Ο αυτισμός ανήκει στο φάσμα των σύνθετων νευροεξελικτικών διαταραχών οι οποίες αποκαλούνται Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και αναγνωρίζονται ως διαταραχές που έχουν κυρίως βιολογική βάση. Τα σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο αυτισμός, όπως και άλλες νευροεξελικτικές διαταραχές, είναι αποτέλεσμα πολλαπλών γενετικών και νευροπαθολογικών μηχανισμών, κάτι το οποίο περιπλέκει την εύρεση βιολογικών σημαδιών. Αφού λοιπόν δεν υπάρχει κάποιος βιολογικός τρόπος διάγνωσης του αυτισμού(π.χ, αιματολογική εξέταση), ο μόνος τρόπος για να διαγνωστεί είναι η ακριβής και λεπτομερειακή παρακολούθηση της συμπεριφοράς. Τα τρία λειτουργικά πεδία που επηρεάζονται στις Διαταραχές του Αυτιστικού φάσματος είναι:

1. Η κοινωνικοποίηση
2. Η επικοινωνία
3. Η έλλειψη ευέλικτης συμπεριφοράς (το άτομο εκδηλώνει στερεοτυπικές συμπεριφορές ή βασίζεται σε τελετουργικά και σε αυστηρή ρουτίνα)»

(Βάρβογλη 2006)

Είναι δύσκολο να ορίσουμε τον αυτισμό με μία μόνο σημασία, καθώς υπάρχουν πολλές διαφορές, λόγω του πλήθους των πηγών που προέρχεται από τους διάφορους επαγγελματίες-ειδικούς που εμπλέκονται και από τους γονείς των ατόμων με αυτισμό (Γκονέλα 2006). Αξίζει να αναφερθούμε στους ορισμούς της διαταραχής, όπως αυτοί είναι δοσμένοι από άτομα με αυτισμό. Έχει οριστεί λοιπόν ως εξής:

- «Ο αυτισμός δεν είναι κέλυφος του ατόμου. Είναι διεισδυτικός σε κάθε πτυχή του ατόμου. Είναι ένας τρόπος ύπαρξης». (Jim Sinclair)
- «Ο αυτισμός είναι απόσπαση από την εξωτερική πραγματικότητα που συνοδεύεται από μια έντονη εσωτερική ζωή». (Petit Robert)
- «Ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή. Ένα ελάττωμα στα συστήματα που επεξεργάζονται τις αισθητηριακές πληροφορίες». (Temple Grandin).
- «Ο αυτισμός δεν είναι ετικέτα-αναγνωρίζοντας τις δυσκολίες που μπορεί να γεννά η ετικέτα-όσο ταμπέλα. Αυτός είναι ένας θετικός τρόπος να το σκέπτεται κανείς». (Exley) (Γκονέλα 2006)

Επιπλέον έχουν διατυπωθεί εκπαιδευτικοί και ιατρικοί ορισμοί για τη διάχυτη αυτή αναπτυξιακή διαταραχή. Ένας από τους εκπαιδευτικούς αυτούς ορισμούς, αναφέρει ότι «Ο Αυτισμός είναι μια προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκονέλα, 2006).

Από μία άλλη οπτική γωνία, ο ιατρικός ορισμός αναφέρει «Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δεν μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση αυτή ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισης της» (Γκονέλα, 2006).

Μία ακόμη ερμηνευτική θεωρία εξίσου μεγάλης σημασίας περί αυτισμού, έχει δοθεί από το πανεπιστήμιο του Harvard το 1997. «ο αυτισμός είναι μια διαταραχή της πρώιμης παιδικής ηλικίας η οποία προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική και επικοινωνιακή ανάπτυξη. Επειδή οι αιτίες του αυτισμού δεν έχουν ακόμη προσδιοριστεί ακριβώς δεν είμαστε σε θέση να τον αποτρέψουμε (μέσω πρόληψης) ή να το θεραπεύσουμε. Τα συμπτώματα του αυτισμού είναι αρκετά ανόμοια, πάντα όμως περιλαμβάνουν ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες ενώ συγχρόνως, παρατηρείται πάντα περιορισμένο ενδιαφέρον και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές» (Sigman & Capps 1997).

1.2^α «Κλειδιά» Για Τη Κατανόηση Του Αυτισμού

- Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) είναι γνωστές και ως Διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού, και έχουν τρία κύρια χαρακτηριστικά:
 1. Ποιοτική έκπτωση της επικοινωνίας
 2. Ποιοτική έκπτωση στην εγκαθίδρυση των κοινωνικών σχέσεων
 3. Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πλαίσια συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.(American Psychiatric Association, 2000)
- Ο αυτισμός είναι νευροβιολογική διαταραχή η οποία επηρεάζει διάφορους τομείς της εξέλιξης του παιδιού
- Παρουσιάζεται από τη γέννηση του παιδιού ή πολύ νωρίς στη ζωή, αλλά η φύση της διαταραχής είναι τέτοια που πολλές φορές η διάγνωση αργεί να γίνει (και χρειάζονται μήνες ή και χρόνια)

- Η πρόωμη παρέμβαση βελτιώνει τις ικανότητες του παιδιού και βοηθάει πολύ την οικογένεια
- Τα βρέφη με αυτισμό παρουσιάζουν χαρακτηριστικό βλέμμα, μοτίβο ακοής, κοινωνική ανάπτυξη και παιχνίδι
- Συχνά άλλες μαθησιακές δυσκολίες συνυπάρχουν με τον αυτισμό
- Ο αυτισμός δεν είναι συνώνυμο της νοητικής υστέρησης, παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις ο δείκτης νοημοσύνης είναι κάτω του κανονικού. Τα συμπτώματα του ποικίλουν, κάτι το οποίο εξηγεί γιατί ο αυτισμός θεωρείται «διαταραχή φάσματος». (Βάρβογλη 2006)

1.2^β Στατιστικά Στοιχεία

«Ο αυτισμός θεωρείται από τις πιο βαριές εξελικτικές διαταραχές. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ανεξήγητη αύξηση στον αριθμό των παιδιών που παρουσιάζουν την εν λόγω διαταραχή ή στοιχεία της. Ο αυτισμός εμπίπτει στις Διαταραχές του Αυτιστικού φάσματος. Σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες εκτιμάται πως υπάρχουν 1-2 παιδιά με αυτισμό ανά 1.000 παιδιά, ενώ μετρώντας τα παιδιά με Δ.Α.Φ. το νούμερο ανέρχεται σε 6-7 περιπτώσεις ανά 1.000 παιδιά. Δεν είναι ξεκάθαρο αν πράγματι υπάρχει αύξηση των περιστατικών αυτισμού ή αν η αύξηση αυτή αντανακλά το γεγονός ότι τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν διευρυνθεί και αναγνωρίζονται γενικά οι αυτιστικές διαταραχές και λόγω της διάδοσης της γνώσης αναγνωρίζονται ευκολότερα τα στοιχεία του αυτισμού και γίνονται περισσότερες και ακριβέστερες διαγνώσεις. Παραμένει σημαντικό ωστόσο, ότι ολοένα και περισσότερα παιδιά εμφανίζονται στους επαγγελματίες του χώρου υγείας, παρουσιάζοντας προβληματικές συμπεριφορές στο φάσμα του αυτισμού». (Βάρβογλη 2006)

Σύμφωνα με τις πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες, στην Ευρώπη, τα ποσοστά των ατόμων που εμφανίζουν αναπτυξιακές διαταραχές του φάσματος του αυτισμού ανέρχονται σε 58 ανά 10.000 άτομα. Τα τελευταία δύο χρόνια, δημοσιεύονται μελέτες στην Αμερική που αναφέρουν ότι 1 ανά 88 παιδιά στο γενικό πληθυσμό έχουν διαγνωστεί με αυτισμό.

Με τα δεδομένα της χώρας μας, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5.000 παιδιά και ενήλικα άτομα με κλασικό αυτισμό και 30.000 άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές ανάπτυξης. Είναι πιθανό βέβαια τα νούμερα να είναι κατά πολύ μεγαλύτερα καθώς διευρύνεται η διαδικασία της διάγνωσης. Ο αυτισμός παρουσιάζεται σε όλο τον κόσμο, σε όλες τις φυλές, τις εθνικότητες και τις κοινωνικές τάξεις. Τέσσερα στα πέντε άτομα με αυτισμό είναι **άρρενα** (αγόρια).

(<http://www.noesi.gr/book/syndrome/autism>)

Είναι αξιοσημείωτο πως τα αυτιστικά στοιχεία αναγνωρίζονται όλο και πιο συχνά σε παιδιά με λιγότερο βαριές μορφές αυτιστικής διαταραχής, τα οποία όμως εμφανίζονται να έχουν καλές νοητικές και γλωσσικές ικανότητες. Η πορεία για τη διάγνωση του αυτισμού συχνά είναι ένας καταπέλτης για την οικογένεια και την ποιότητα ζωής της, αλλά συχνά είναι ο μόνος τρόπος για να προσφερθούν σωστές υπηρεσίες και εκπαίδευση.

Συνήθως ο αυτισμός διαγιγνώσκεται στην ηλικία των 3-4 ετών, παρόλο που τα συμπτώματα έχουν κάνει την εμφάνιση τους πολύ πιο νωρίς και οι γονείς έχουν ανησυχήσει για την εξέλιξη του παιδιού τους.

Η εξέλιξη και η πορεία των ατόμων με αυτισμό και Δ.Α.Φ. πριν μία δεκαετία εκτιμάται πως δεν ήταν τόσο καλή. Ωστόσο με το πέρασμα των χρόνων τα νέα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι όταν εφαρμοστούν τεχνικές συμπεριφοριστικής παρέμβασης από νωρίς στη ζωή του παιδιού, υπάρχουν σωστά αποτελέσματα και εξέλιξη. Οι παρεμβάσεις λοιπόν αυτές θα πρέπει να εστιάζουν στη δομημένη και συστηματική διδασκαλία της γλώσσας και άλλων λειτουργικών ικανοτήτων, κυρίως όμως να βασίζονται σε αποδεδειγμένες αρχές της μάθησης και της συμπεριφοράς. (Βάρβογλη 2006)

1.3 Συμπτώματα και Χαρακτηριστικά στο Φάσμα του Αυτισμού

Είναι γενικά αποδεκτό πως οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος μπορούν να ανιχνευθούν τουλάχιστον από την ηλικία των 3 ετών, και κάποιες φορές μάλιστα από τους 18 κιόλας πρώτους μήνες, με επιτυχία ορθής διάγνωσης από το πρώτο έτος της ζωής ή και νωρίτερα. Συνήθως αυτοί οι οποίοι παρατηρούν αυτές τις μη συνηθισμένες συμπεριφορές σε ένα παιδί, είναι οι γονείς, και σύμφωνα με έρευνες, δεν κάνουν λάθος στα αναπτυξιακά προβλήματα που βλέπουν στο παιδί τους. Η συμπεριφορά ενός παιδιού με αυτισμό μπορεί να είναι έκδηλη από τη γέννηση του, ωστόσο αρκετές φορές ένα παιδί με ΔΑΦ εμφανίζει φυσιολογικά αναπτυξιακά ορόσημα, που όμως στην πορεία παρουσιάζουν τη δική τους διαφορετικότητα.

Τα συμπτώματα στις ΔΑΦ τα συναντάμε σε 3 βασικούς τομείς

1. Στην Επικοινωνία
2. Στην Κοινωνικοποίηση
3. Στη Συμπεριφορά

Συμπτώματα σχετικά με την επικοινωνία

- Το παιδί δεν φέρει καμία αντίδραση όταν ακούει το όνομα του
- Δεν εκφράζει αυτό που επιθυμεί
- Υπάρχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου
- Δεν έχει αρχίσει να παράγει συλλαβές σε ηλικία 12 μηνών
- Δεν κάνει «δηλωτικές» κινήσεις με τα χέρια σε ηλικία 12 μηνών(π.χ. να κουνάει το χέρι στο αντίο)
- Σε ηλικία 16 μηνών δεν έχει ξεκινήσει να παράγει μεμονωμένες λεξούλες
- Δεν παρουσιάζει αυθόρμητες φράσεις με 2 λέξεις σε ηλικία 24 μηνών (δεν αρκεί απλά να επαναλαμβάνει ότι ακούει)
- Γενική ή μερική απώλεια λόγου ή κοινωνικών δεξιοτήτων σε οποιαδήποτε ηλικία (παρατηρήσιμη από τους γονείς)
- Εμφανίζει σταθερή και κατά λέξη ηχολαλία
- Παρουσιάζει ηχολαλία με καθυστέρηση (σε πράγματα που έχουν ειπωθεί νωρίτερα)
- Σύγχυση ανάμεσα στο α' και β' ενικό πρόσωπο
- Δεν τηρεί οδηγίες
- Μερικές φορές μοιάζει σα να είναι κωφό
- Κατά καιρούς ακούει και άλλοτε όχι

- Έλλειψη μέσων μη λεκτικής έκφρασης, χειρονομιών (πχ να δείξει κάτι που επιθυμεί με το βλέμμα του)
- Ξαφνικά αρχίζει να μη χρησιμοποιεί τις γλωσσικές δεξιότητες (φράσεις-λέξεις) που έχει ήδη κατακτήσει
- Παρατηρείται αδυναμία από το παιδί να ακολουθήσει το βλέμμα ενός άλλου ατόμου που θέλει να του δείξει με τον τρόπο αυτό ένα κοντινό πρόσωπο ή αντικείμενο
- Έλλειψη κοινής προσοχής με άλλο άτομο (δεν παρατηρεί μαζί με ένα άλλο άτομο μία κατάσταση ή ένα αντικείμενο που προκαλεί ενδιαφέρον

Συμπτώματα σχετικά με την κοινωνικοποίηση

- Δεν έχει κοινωνικό χαμόγελο, ακόμη και ως απάντηση στο χαμόγελο άλλων ατόμων, ή ευχάριστη αντίδραση στους οικείους του από την ηλικία των 6 μηνών
- Προτιμάει να παίζει μόνο του
- Όταν θέλει κάτι το παίρνει από μόνος του και δεν το ζητάει
- Για την ηλικία του δείχνει πολύ ανεξάρτητο
- Κάνει πράγματα που δεν αντιστοιχούν στο ανάλογο της ηλικίας του
- Δεν έχει βλεμματική επαφή
- Πολλές φορές δείχνει σαν να είναι στο δικό του κόσμο
- Δε δίνει πολύ προσοχή σε τρίτους
- Όταν το παίρνουν αγκαλιά δεν παρουσιάζει καμία αντίδραση σαν παιδί
- Δε δείχνει ενδιαφέρον σε άλλα παιδιά

Συμπτώματα σχετικά με τη συμπεριφορά

- Θυμώνει και ξεσπάει συχνά
- Δε συνεργάζεται με τους άλλους, αντιτίθεται ενώ ταυτόχρονα είναι υπερκινητικό
- Έχει επιθετική στάση απέναντι στους άλλους
- Μεταχειρίζεται τα άλλα άτομα ως άψυχα αντικείμενα
- Συχνά δε γνωρίζει πώς να παίζει με τα παιχνίδια του
- Τοποθετεί τα πράγματα του στη σειρά, και νευριάζει όταν οι άλλοι του τα αλλάζουν θέση
- Παρατηρείται μία ιδιόρρυθμη προσκόλληση σε παιχνίδια
- Μειωμένο συμβολικό παιχνίδι (πχ να μαγειρέψει με τα κουζινικά του)
- Ασχολείται με ένα μέρος του παιχνιδιού αντί να παίζει με αυτό
- Πολλές φορές περπατά στις μύτες των ποδιών του

- Παρουσιάζει ευαισθησίες σε συγκεκριμένες υφές ή ήχους (π.χ δεν ανέχεται τις ετικέτες στα ρούχα του)
- Δεν του αρέσουν συγκεκριμένες τροφές και δείχνει δυσαρέσκεια
- Κάνει περίεργες κινήσεις
- Έχει επαναλαμβανόμενες εμμονικές συμπεριφορές
- Έχει τάσεις αυτοτραυματισμού
- Παρουσιάζει εξεζητημένη ισορροπία (πχ στέκεται πάνω σε ένα τοίχος)
- Δεν θέλει να το αγγίζουν
- Χαζεύει αντικείμενα ή στρέφει την προσοχή του σε συγκεκριμένα σημεία ή μοτίβα
- Έχει άτονες ή πάρα πολύ έντονες αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα και ήχους (συνηθίζει να κλείνει τα αυτιά του σε πού δυνατούς ήχους, πχ στον ήχο της σειρήνας)
- Μειωμένη εξερεύνηση του περιβάλλοντος
- Το παιδί σε ορισμένους τομείς δείχνει να έχει φυσιολογικές και πολλές φορές ανεπτυγμένες δεξιότητες, (π.χ. στη ζωγραφική, στη μουσική, στην αριθμητική, στα ημερολογιακά μαθηματικά, στις μνημονικές ικανότητες ενώ επίσης έχει πολύ καλό τόνο φωνής)
- Θέλει να κρατά αντικείμενα με ένα συγκεκριμένο τρόπο
- Επιθυμεί να ταυτίζεται με διαμορφωμένα πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλεπίδρασης (Βάρβογλη 2006)

1.3^α Διαφορές παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη και αυτισμό

Επικοινωνία

Παιδιά με Αυτισμό

- Αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή
- Δείχνουν κωφά
- Αρχίζουν να αναπτύσσουν γλώσσα αλλά διακόπτουν την ομιλία τους ξαφνικά

Παιδιά χωρίς Αυτισμό

- Παρατηρούν το πρόσωπο της μητέρας τους
- Διεγείρονται εύκολα με ήχους
- Εμπλουτίζουν παροδικά και ασταμάτητα το λεξιλόγιο τους και τις γλωσσικές τους δεξιότητες

Κοινωνικές συναναστροφές

Παιδιά με αυτισμό

- Πράττουν σαν να μην υπάρχουν άλλοι γύρω τους, και αδιαφορούν στην απομάκρυνση τους
- Παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά στους άλλους, χωρίς να έχουν προκληθεί οι ίδιοι
- Είναι απομακρυσμένα, λες και βρίσκονται κάπου απομονωμένα

Παιδιά χωρίς Αυτισμό

- Σε περίπτωση απομάκρυνσης της μητέρας, αυτά ξεσπούν σε κλάματα και εμφανίζουν ανησυχία όταν βρίσκονται με ξένους
- Ενοχλούνται σε πολλές περιπτώσεις και θυμώνουν όταν πεινάνε
- Μπορούν και αναγνωρίζουν οικεία τους πρόσωπα

Εξερεύνηση του Περιβάλλοντος

Παιδιά με Αυτισμό

- Προσκολλούν το ενδιαφέρον τους σε ένα μόνο αντικείμενο ή σε μία δραστηριότητα για αρκετή ώρα
- Εμφανίζουν την τάση να γλείφουν ή να μυρίζουν διάφορα παιχνίδια
- Δεν παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στον πόνο ή σε κάποιο κάψιμο

Παιδιά με Αυτισμό

- Ασχολούνται με πολλές δραστηριότητες και τις εναλλάσσουν συνεχώς
- Όταν θέλουν να ακουμπήσουν ή να φτάσουν ένα αντικείμενο χρησιμοποιούν συνειδητά το σώμα τους
- Παίζουν με διάφορα παιχνίδια, και τα εξερευνούν
- Αναζητούν ευχαρίστηση και τις περισσότερες φορές αποφεύγουν τον πόνο
(Barnett 2016)

1.4 Διαγνωστικά κριτήρια

Διαγνωστικά κριτήρια για τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού

Ο αυτισμός διαγιγνώσκεται συγκρίνοντας τις συμπεριφορές του ατόμου με συμπτώματα που περιγράφονται σε καταλόγους επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι αυτά που ορίζουν και μας εξηγούν ποια συμπτώματα θα πρέπει να υπάρχουν για να δοθεί κάποια συγκεκριμένη διάγνωση. Αυτή τη στιγμή για το Φάσμα του Αυτισμού χρησιμοποιούνται 2 διαγνωστικά συστήματα:

1. Το DSM (Diagnostic and Statistical Manual) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (APA)
2. Το ICD (International Classification of Diseases) του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WTO).

Το πρώτο χρησιμοποιείται κυρίως στις ΗΠΑ ενώ το δεύτερο είναι διαδεδομένο στην Ευρώπη. Ωστόσο και τα δύο συστήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλάξ. Η τρέχουσα έκδοση για το ICD είναι η 10η (ICD-10). Μέχρι πρόσφατα η τρέχουσα έκδοση του DSM ήταν η 4η (DSM-IV). Παρόλο που οι 2 λίστες διαγνωστικών κριτηρίων είχαν κάποιες διαφορές η συνολική διαγνωστική προσέγγιση τους ήταν παρόμοια. Και τα 2 διαγνωστικά συστήματα ορίζουν την ίδια τριάδα διαγνωστικών συμπτωμάτων για τα άτομα που βρίσκονται στο Φάσμα του Αυτισμού:

- Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- Δυσκολίες στην επικοινωνία
- Στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.

http://www.autismhellas.gr/files/el/DSMV_%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%91%CE%93%CE%95%CE%A3.pdf

1.4^α Διαφορική διάγνωση του DSM-IV με DSM-5

Το Μάιο του 2013 δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση 5 του DSM (DSM-V). Αυτή περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι αλλαγές αυτές είναι οι παρακάτω:

- Ο γενικός όρος «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ) - «Pervasive Developmental Disorders», αντικαταστάθηκε από τον όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος 299.000» (ΔΑΦ) - «Autistic Spectrum Disorder»

- Η ΔΑΦ θεωρείται τώρα ως μία διαγνωστική κατηγορία με μία ομάδα συμπτωμάτων
- Οι διαγνωστικές υποκατηγορίες (Αυτισμός, Σύνδρομο Άσπεργκερ και ΔΑΔ-μη άλλως προσδιοριζόμενη) απαλείφθηκαν

- Η βαρύτητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες (μετρούμενες με σχετικούς δείκτες):

Στο Επίπεδο 3 – «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» (σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία)

Στο Επίπεδο 2 – «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (αξιοσημείωτες δυσκολίες)

Στο Επίπεδο 1 – «Ανάγκη υποστήριξης» (δυσκολίες στα παραπάνω).

- Όσον αφορά στη τριάδα συμπτωμάτων, οι δυσκολίες στην κοινωνική επαφή και στην επικοινωνία ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα που τώρα ονομάζεται προβλήματα στην κοινωνική επικοινωνία. Έτσι η τριάδα των συμπτωμάτων που αναφέραμε παραπάνω έχει αντικατασταθεί από 2 ομάδες: κοινωνική επικοινωνία και στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.

Άλλες αλλαγές που περιέχονται στο DSM-5 είναι οι εξής:

- Η υπερευαισθησία και υποευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα αποτελούν τώρα μέρος της ομάδας των επαναλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών
- Όταν ένα άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά δεν εμφανίζει στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα λαμβάνει πλέον διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας»
- Το DSM-5 πλέον ορίζει ότι τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Επιπλέον ορίζεται ότι τα συμπτώματα πρέπει να είναι φανερά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία αλλά οι σχετιζόμενες με αυτά λειτουργικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν αργότερα
- Κάθε διάγνωση συνοδεύεται από «επιμέρους δείκτες» για να παρέχεται μια πιο πλήρης εικόνα για τις δυσκολίες και τις ικανότητες του κάθε ατόμου. Τέτοιοι δείκτες για παράδειγμα είναι: εάν το άτομο με αυτισμό έχει και νοητική υστέρηση, επιληψία ή κάποια άλλη ιατρική κατάσταση. Άλλοι δείκτες δηλώνουν πότε εμφανίστηκαν τα αυτιστικά συμπτώματα ή εάν το παιδί φαινόταν να αναπτύσσεται κανονικά και μετά οπισθοχώρησε.

(http://www.autismhellas.gr/files/el/DSMV_%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%91%CE%93%CE%95%CE%A3.pdf)

Τι σημαίνουν αυτές οι αλλαγές στο DSM-5;;;

Παρόλο που οι αλλαγές έγιναν για να αντιμετωπισθούν προβλήματα του DSM-IV ειπώθηκαν αρκετά πριν και μετά τη δημοσίευσή τους. Υπάρχει λοιπόν έντονος προβληματισμός για το τι αλλαγές πιθανόν θα φέρει η εφαρμογή τους.

Άτομα που έχουν ήδη διαγνωστεί με σύνδρομο Άσπεργκερ ή PDD-NOS ανησυχούν ότι θα χάσουν τη διαγνωστική τους ταυτότητα. Πρακτικά, απ' ό,τι φαίνεται όσοι έχουν ήδη τη διάγνωση, αυτή θα παραμείνει ως έχει. Φαίνεται επίσης ότι οι ειδικοί και επαγγελματίες θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν έστω κι ανεπίσημα τους υπάρχοντες όρους (Άσπεργκερ, Υ.Λ.Α κλπ.). Άλλες ανησυχίες σχετίζονται με την πιθανότητα διαφοροποίησης στην απόδοση διάγνωσης. Οι πρώτες μελέτες δείχνουν ότι με τα νέα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι έρευνες όμως επί του θέματος συνεχίζονται.

Πιθανόν το πλέον αμφιλεγόμενο ζήτημα σχετικά με αυτές τις αλλαγές αφορά τα άτομα που δεν παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα οποία πλέον θα λαμβάνουν τη διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας», η οποία δεν συγκαταλέγεται στο Φάσμα του Αυτισμού. (Μαγνήσαλης et al, 2014)

Συμπερασματικά λοιπόν μία νέα ορολογία ξεπήδησε από το DSM-IV. Μία ορολογία που όλοι την ξέραμε, όλοι τη λέγαμε και τη χρησιμοποιούσαμε ευρέως, αλλά κατηγοριοποιούνταν διαφορετικά. Οι «διάχυτες» «αναπτυξιακές» «διαταραχές» έγιναν «διαταραχή» «αυτιστικού φάσματος». Ένας όρος πολύ πιο σκληρός για μερικούς γονείς αλλά πολύ πιο ειλικρινής. Ένας ορισμός που αποσαφηνίζει ότι κάποιες συμπεριφορές οφείλονται σε συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και λειτουργίας, λειτουργίας και σκέψης. Δεν είναι παραδεκτό το αν οι ειδικοί διάγνωσης το θεωρούν αυτό καλύτερο ή χειρότερο. Για τους ειδικούς παρέμβασης όμως, τα πράγματα γίνονται πιο ξεκάθαρα. Οι στόχοι παρέμβασης πιο προσδιοριζόμενοι, οι γονείς πιο έτοιμοι για να εκπαιδευτούν επάνω στη δυσκολία του παιδιού τους, η ορολογία και ο μηχανισμός σκέψης πιο ξεκάθαροι. (Αλεξάνδρου Στράτος, <http://www.proseggisi.gr>)

1.4^B Διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τον αυτισμό

Το DSM – IV (Εγχειρίδιο Διαγνωστικής και Στατιστικής της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας), εντοπίζει τις διαταραχές σε τρεις ευρείες περιοχές :

1. Την κοινωνική αλληλεπίδραση

2. Την επικοινωνία

3. Τα στερεότυπα πρότυπα της συμπεριφοράς ή των ειδικών ενδιαφερόντων

Σημαντικά θεωρούνται δώδεκα κριτήρια, για τις τρεις αυτές περιοχές. Ένα άτομο με αυτισμό πρέπει ωστόσο να παρουσιάζει έξι από τα δώδεκα αυτά κριτήρια, εκ των οποίων τα δύο τουλάχιστον πρέπει να υποδηλώνουν διαταραχή ή έλλειμμα στην κοινωνική αλληλεπίδραση(1^η περιοχή), ενώ πρέπει να υπάρχει και από ένα τουλάχιστον κριτήριο των περιοχών της επικοινωνίας(2^η περιοχή), και των στερεότυπων προτύπων της συμπεριφοράς(3^η περιοχή).

A. Τα τέσσερα κριτήρια στην κατηγορία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι (έκπτωση σε τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα) :

- Έκδηλη έκπτωση στη χρήση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών ,όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου , η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής
- Αποτυχία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομήλικους
- Έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους (π.χ., με μία μειονεξία να υποδεικνύει να θέτει ή να τονίζει θέματα ενδιαφέροντος)
- Έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.

B. Τα πέντε κριτήρια για την επικοινωνία περιλαμβάνουν (ποιοτική έκπτωση σε τουλάχιστον 1 από τα ακόλουθα) :

- Καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της καθομιλουμένης γλώσσας (η οποία δε συνοδεύεται από προσπάθειες αντιστάθμισης, με εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας , όπως είναι οι χειρονομίες και η μίμηση)
- Άτομα που έχουν επαρκή ομιλία, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους ανθρώπους
- Κάνουν στερεότυπες και επαναληπτικές χρήσεις της γλώσσας ή χρησιμοποιούν ιδιοσυγκρασιακή γλώσσα
- Απουσία ποικίλοντος, ανάλογου με το αναπτυξιακό επίπεδο, παιχνιδιού πλούσιου σε στοιχεία κοινωνικής μίμησης και προσποίησης

Γ. Τα τέσσερα κριτήρια που αφορούν τα επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον 1 από τα παρακάτω :

- Ενασχόληση σχετιζόμενη με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, όπου η ενασχόληση είναι είτε μη φυσιολογική είτε σε εστίαση
- Δύσκαμπτη προσκόλληση σε ειδικές, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες
- Στερεότυπες και επαναληπτικές κινητικές ιδιοτυπίες (π.χ., χτυπήματα ή συστροφές των χεριών ή των δαχτύλων ή περίπλοκων κινήσεων όλου του σώματος)
- Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων (DSM-IV, 1966)
(Βάρβογλη 2006)

Παραδείγματα βασισμένα στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV

A. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή

Έκπτωση στη χρήση εξωλεκτικών συμπεριφορών

- Το παιδί με αυτισμό δεν κοιτάζει το συνομιλητή του στα μάτια. Μπορεί να κοιτάζει κάπου αλλού ή να έχει επικεντρώσει το βλέμμα του σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο
- Είναι ανέκφραστο, το πρόσωπο του δεν υποδηλώνει κάποιο συναίσθημα
- Δεν στέλνει φιλία με το χέρι ούτε το κουνάει για να χαιρετήσει

Αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομήλικους, ανάλογες της ηλικίας του

- Το παιδί με αυτισμό δε συμμετέχει στις ομάδες των συνομήλικων του, ενώ στέκεται απόμακρος προς αυτούς.
- Σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα για το παιδί αυτό δεν θα πάει να συμμετάσχει αυθόρμητα σε αυτό το παιχνίδι (π.χ αν σε ένα πάρτι ένας κλόουν φουσκώνει μπαλόνια και του αρέσει, το παιδί με αυτισμό δεν θα πάει αυθόρμητα να πάρει μέρος)
- Αν υπάρχει ένα ενδιαφέρον που αρέσει στο παιδί με αυτισμό, τότε το ενδιαφέρον αυτό θα είναι κάτι ασυνήθιστο ή περιορισμένο, και το παιδί θα μιλάει διαρκώς για αυτό, χωρίς να εξετάζει αν το θέμα ενδιαφέρει τον συνομιλητή του
- Δεν παίρνει το λόγο να κάνει ερωτήσεις στο συνομιλητή του για τα ενδιαφέροντα του, και αν εκείνος ξεκινήσει να μιλάει για αυτά, το παιδί με αυτισμό μπορεί να μη δώσει καμία σημασία ή και να σηκωθεί ακόμη και να φύγει, καθώς δεν τον ενδιαφέρουν οι δραστηριότητες, τα χόμπι και τα επιτεύγματα του άλλου

Έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας

- Το παιδί με αυτισμό είναι πιθανό να παρευρίσκεται σε μία παρέα αλλά δε θα δηλώσει αν περνάει καλά
- Δε θα ρωτήσει τα άλλα άτομα που κάνουν μαζί μία δραστηριότητα, πως περνούν
- Δεν θα προσπαθήσει να κάνει κάτι για να ευχαριστήσει τους άλλους (π.χ. να πει κάτι όμορφο σε μία φίλη του ή να μοιραστεί κάτι μαζί της)

B. Ποιοτικές ελλείψεις στην επικοινωνία

Καθυστέρηση ή ολική έκπτωση ομιλούμενης γλώσσας

Σε περίπτωση που ένα παιδί με αυτισμό δεν μιλάει καθόλου, δε χρησιμοποιεί τα χέρια του για να δείξει αυτό που θέλει, αλλά προτιμάει να κινήσει το χέρι ενός ενήλικα προς την κατεύθυνση που αυτό επιθυμεί, τότε το παιδί χρησιμοποιεί τον ενήλικα ως μέσο και δεν ορίζεται ως μία πράξη επικοινωνίας και συνεργασίας.

- Άτομα με επαρκή ομιλία όπου έχουν φανερό έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους.

Ένα παράδειγμα στο σχολείο είναι : Η δασκάλα ρωτά το παιδί:

Δ.: «Πως πέρασες την Κυριακή;»

Παιδί: «Καλά»

Δ.: «Που πήγες;»

Π.: «Παιδότοπο»

Δ.: «Τι έκανες;»

Π.: «.....» (Δεν απαντά)

Στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή χρήση ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας

- Διάλογος μητέρας και παιδιού με αυτισμό
Μ.: «Θέλεις να πάμε για ψώνια;»
Π.: «Λάμδα» (εννοώντας με αυτή την έκφραση χωρίς νόημα, «ναι»)
Μ.: «Θέλεις μετά να πάμε να φάμε πίτσα;»
Π.: «Λάμδα»
- Φτάνει ο καιρός για να ανοίξουν τα σχολεία και η οικογένεια συζητάει αυτό το γεγονός. Το παιδί με αυτισμό που ακούει επαναλαμβάνει «να μαθαίνει γράμματα, να μαθαίνει γράμματα»
- Το παιδί με ΔΑΦ αναφέρεται στον εαυτό του, στο τρίτο πρόσωπο : «Ο Γιάννης θέλει παγωτό» «Στον Χρήστο δεν αρέσει το γάλα»

Ελλειψη αυθόρμητου παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή αυθόρμητη κίνηση

- Το παιδί με αυτισμό δεν ξεκινάει από μόνο του να παίζει (π.χ «γιατρό, κουμπάρες») και αντίστοιχα παιχνίδια μίμησης ή ρόλων, και δεν συμμετέχει όταν του το ζητούν άλλα παιδιά
- Δεν κάνει συμβολικό παιχνίδι. Δεν χρησιμοποιεί λούτρινα ζώακια ή άλλες φιγούρες (π.χ. κούκλες, στρατιωτάκια) τις οποίες βάζει να εκτελούν δραστηριότητες (π.χ. να κοιμίσει τη κούκλα ή να παριστάνει ότι οι στρατιώτες πολεμούν, ή ότι το καράβι ταξιδεύει)

Γ. Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς ,ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.

Ενασχόληση γύρω από στερεότυπα

- Μαζεύει τα καπάκια από τα μπουκάλια ή τους μεταλλικούς κρίκους από τα κουτιά των αναψυκτικών
- Βαράει δύο αντικείμενα το ένα με το άλλο χωρίς εμφανή λόγο
- Πατάει έναν διακόπτη συνεχώς, χωρίς να παρακολουθεί αυτό που προκαλεί το πάτημα του διακόπτη(π.χ. άνοιγμα και κλείσιμο του διακόπτη από το φως, χωρίς να βλέπει αυτό που προκαλεί το πάτημα του διακόπτη, δηλαδή το άναμμα και σβήσιμο της λάμπας)

Άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές συμπεριφορές ή τελετουργίες

- Ένα παιδί με αυτισμό θα περπατάει πάνω κάτω στο χώρο χωρίς, μετρώντας τα βήματα του
- Τοποθετεί όλα του τα παιχνίδια στη σειρά
- Χτυπάει με ένα αντικείμενο κάτι που πρόκειται να πιάσει με τα χέρια του

Στερεότυπες και επαναληπτικές κινήσεις

- Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να περπατάει στις μύτες των ποδιών του
- Να κινεί τα χέρια του συνεχώς με τις παλάμες του σε σχήμα πεταλούδας
- Να χτυπάει παλαμάκια 3-4 φορές χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος ή αιτία
- Να κροταλίζει τα δάχτυλα του

Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων

- Το παιδί αντί να παίζει με ένα ποδήλατο κινώντας το στο έδαφος, το κρατά ανάποδα και με τα δάχτυλα του γυρίζει τις ρόδες του

Επίσης σύμφωνα με το DSM-IV

- ❖ Ένα παιδί για να ανήκει στο φάσμα του αυτισμού θα πρέπει να εμφανίζει κάποια καθυστερημένη ή μη φυσιολογική λειτουργία σε τουλάχιστον έναν από τους εξής τομείς, με έναρξη μέχρι την ηλικία των 3 ετών :
 - ✓ Κοινωνικές Αλληλεπιδράσεις
 - ✓ Γλώσσα (όπως αυτή είναι αποδεκτή στην κοινωνική επικοινωνία)
 - ✓ Συμβολικό ή Φανταστικό Παιχνίδι
- ❖ Η δυσκολία του παιδιού δεν εξηγείται καλύτερα από διάγνωση διαταραχής Rett ή Διασπαστική Διαταραχή της παιδικής ηλικίας.
(Βάρβογλη 2006)

1.4' Οι Διαταραχές και τα Χαρακτηριστικά αυτών, σύμφωνα με το εγχειρίδιο διαγνωστικής και στατιστικής της Αμερικανικής ψυχιατρικής (DSM-IV)

Υπάρχουν πέντε (5) είδη διαταραχών μέσα στο αυτιστικό φάσμα

Κατάταξη κατά DSM-IV

1. Αυτισμός 299.00
2. Σύνδρομο Asperger 299.80
3. Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή 299.10
4. Διαταραχή Rett 299.80
5. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανομένου και του άτυπου αυτισμού) (Τσιάντης 2001)

Τα βασικά χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής :

1. Αυτισμός

- Διαταραχές επικοινωνίας
- Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς, δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων

- Καθυστερημένη και μη φυσιολογική λειτουργικότητα στις κοινωνικές συναλλαγές, καθομιλουμένη γλώσσα για κοινωνικές συνδιαλλαγές και συμβολικού παιχνιδιού πριν από τα 3 έτη

2. Σύνδρομο Asperger (διαγνωστικά κριτήρια για το 299.80)

- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση
- Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς, δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων
- Ομαλή γλωσσική ανάπτυξη
- Φυσιολογική γνωστική ανάπτυξη
- Φυσιολογική αυτοεξυπηρέτηση και προσαρμοστική συμπεριφορά

3. Παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή

- Τουλάχιστον 2 χρόνια τυπικής ανάπτυξης σε όλους τους παρακάτω τομείς : κατανόηση και έκφραση στην επικοινωνία, τις κοινωνικές σχέσεις, το παιχνίδι, την προσαρμοστική συμπεριφορά και τις κινητικές δεξιότητες
- Σοβαρή απώλεια των προηγούμενων κατεκτημένων δεξιοτήτων, με υπολειπόμενες παθολογικές συμπεριφορές συμπληρωμένες από τα κριτήρια των ΔΦΑ

4. Διαταραχή Rett (διαγνωστικά κριτήρια για το 299.80)

- Τυπική ανάπτυξη ανάμεσα των 5 έως 48 μηνών
- Εγκαθίδρυση της προοδευτικής εκφύλισης η οποία αρχίζει από την ηλικία των 5 έως την ηλικία των 48 μηνών και χαρακτηρίζεται από : Επιβράδυνση της αύξησης του μεγέθους της κεφαλής, την απώλεια προγενέστερα επίκτητων δεξιοτήτων των χεριών, με ταυτόχρονη ανάπτυξη στερεοτυπικών κινήσεων, αλλά και με έκπτωση του συντονισμού της κίνησης, του κορμού και της βάδισης.
- Μειωμένη ικανότητα στην πρόοδο της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης
- Στο μεγαλύτερο μέρος της διαταραχή των θηλέων

5. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (μαζί με τον άτυπο αυτισμό)

- Στη διαταραχή αυτή σύμφωνα με το DSM-IV ανήκουν τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές του αυτιστικού φάσματος αλλά με τη διαφορά ότι δεν συνυπάρχουν τα κριτήρια των άλλων τεσσάρων τύπων ΔΔΑ (American Psychiatric Association, 1994)

- ❖ Το σύνδρομο Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή εμφανίζονται σπάνια. Το σύνδρομο Asperger μερικές φορές παρουσιάζεται και ως «αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας» (Keneth&Shipley 2013)

1.5 Διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για τον αυτισμό

- Διαταραχή στην Επικοινωνία
- Διαταραχή στην Ανάπτυξη Κοινωνικών Δεξιοτήτων
- Στερεοτυπικές Συμπεριφορές
- Αντίσταση στην Αλλαγή.

Χαρακτηριστικά

1. Επικοινωνία

Έχει αποδειχτεί πως δεν υπάρχει κλινικά σοβαρή γενική καθυστέρηση στη γλωσσική έκφραση και αντίληψη ή στον τομέα της γνωστικής ανάπτυξης. Αυτό που αφορά κυρίως σε επίπεδο διάγνωσης είναι η ανάπτυξη της ικανότητας για χρήση μεμονωμένων λέξεων από την ηλικία των 2 ετών ή νωρίτερα, αλλά και να χρησιμοποιούνται επικοινωνιακές φράσεις από την ηλικία τουλάχιστον των 3 ετών ή από πιο νωρίς. Αυτό που θα πρέπει γενικά να παρουσιάζεται στο φυσιολογικό νοητικό επίπεδο είναι οι ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης, η προσαρμοστική συμπεριφορά και η περιέργεια για το περιβάλλον κατά τη χρονική περίοδο των πρώτων ετών. Επίσης πολλές φορές διακρίνουμε ανωμαλίες στην ένταση, στην έμφαση, στην ταχύτητα, στο ρυθμό και στην τονικότητα του λόγου Όμως, όσον αφορά στα ορόσημα της κινητικής ανάπτυξης, ίσως να συναντάμε κάποια καθυστέρηση, ενώ επίσης η κινητική αδεξιότητα απαντάται πολύ συχνά. Συχνά ωστόσο υπάρχουν κάποιες μεμονωμένες ιδιαίτερες δεξιότητες, οι οποίες έχουν σχέση με μη φυσιολογική ενασχόληση, αλλά δεν μας είναι απαραίτητες για τη διάγνωση.

2. Κοινωνικές Δεξιότητες

Στις κοινωνικές δεξιότητες συναντάμε χαρακτηριστικά, με ποιοτική έκπτωση στην αμοιβαιότητα της κοινωνικής συναλλαγής, όπου εμφανίζονται σε δυο τουλάχιστον από τις εξής περιοχές:

- Αδυναμία στην οπτική επαφή, στην εκφραστικότητα του προσώπου, στη στάση του σώματος και στις χειρονομίες που σχετίζονται με την κοινωνική συναλλαγή
- Έκπτωση στην ανάπτυξη σχέσεων με τους συνομήλικους του παιδιού που συνάδουν με κοινά ενδιαφέροντα και συναισθήματα που επρόκειτο να μοιραστούν

- Έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, μέσα από την ανεπαρκή ή ανέπαφη αντίδραση στα συναισθήματα τρίτων. Ακόμη διακρίνεται έλλειψη προσαρμοστικής συμπεριφοράς ανάλογα με τις κοινωνικές περιστάσεις που βρίσκεται το άτομο, καθώς και μειωμένη σχέση των κοινωνικών, συναισθηματικών και επικοινωνιακών μορφών συμπεριφοράς.
- Η αυθόρμητη επιδίωξη να συνεργαστεί με άλλα άτομα, και να μοιραστεί μαζί τους απολαύσεις, ενδιαφέροντα, δραστηριότητες ή επιδόσεις είναι πρωτοφανή

3. Στερεοτυπικές Συμπεριφορές

Το άτομο με αυτισμό, συχνά εμφανίζει ένα ασυνήθιστα, περιορισμένο και έντονο ενδιαφέρον ή κάποια επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς, μέσα σε έναν τουλάχιστον από τους ακόλουθους τομείς

- Εστίαση η οποία στρέφεται γύρω από ένα ή και περισσότερα στερεότυπα και ελάχιστα πρότυπα ενδιαφέροντος όπου είναι ομαλά είτε στο περιεχόμενο είτε στη γενικότερη εστίαση τους. Επίσης ένα ή και περισσότερα από αυτά τα ενδιαφέροντα κρίνονται ως μη φυσιολογικά ως προς την ένταση και τους περιορισμούς τους και φυσιολογικά ως προς το περιεχόμενο ή την εστίαση τους
- Έκδηλη καταναγκαστική εμμονή σε κάποιες μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες
- Στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί σπασμοί που περιλαμβάνουν είτε χτυπήματα είτε συστροφές των χεριών ή των δαχτύλων είτε κινήσεις όλου του σώματος
- Επικέντρωση σε μέρη αντικειμένων ή σε μη λειτουργικά στοιχεία των παιχνιδιών (π.χ. με την οσμή, την αίσθηση της επιφάνειας ή το θόρυβο/δονήσεις, που μπορεί να προκαλέσει ένα παιχνίδι).
- Πρόκληση άγχους από ανεπαίσθητες και μη λειτουργικές λεπτομέρειες στο περιβάλλον του

Η κλινική εικόνα δεν εξηγείται καλύτερα με άλλες μορφές διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, όπως : σύνδρομο Asperger, σύνδρομο Rett, Αποδιοργανωτική Διαταραχή της παιδικής ηλικίας, απλή σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας, αντιδραστική διαταραχή προσκόλλησης της βρεφονηπιακής ηλικίας(μη ανεσταλμένος τύπος).Επίσης ούτε σε κάποια συγκεκριμένη διαταραχή της ανάπτυξης της γλώσσας με ιδιαίτερα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα, σε αντιδραστική διαταραχή της επαφής, σε νοητική υστέρηση με μερικώς εμπλεκόμενη διαταραχή του συναισθήματος/συμπεριφοράς, ούτε σε ασυνήθιστα πρόωμη έναρξη σχιζοφρένειας.(Attwood 2005)

Ελλάδα και ICD-10

Στην Ελλάδα, οι ειδικοί διάγνωσης, χρησιμοποιούν το αξιολογητικό εργαλείο ICD-10 για τους κωδικούς των παθήσεων, στο οποίο ακόμη αναγράφονται οι παθήσεις που δεν αναφέρονται πια στο DSM-V αλλά αναφέρονταν στο DSM-IV.

Κατάταξη κατά ICD-10

- Αυτισμός της παιδικής ηλικίας F84.0
- Άτυπος αυτισμός F84.1
- Σύνδρομο Rett F84.2
- Άλλη αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας F84.3
- Διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική καθυστέρηση και στερεότυπες κινήσεις F84.4
- Σύνδρομο Asperger F84.5
- Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές F84.8
- Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη F84.9
(Τσιάντης 2001)

1.5^α Σύνδρομα και Χαρακτηριστικά αυτών, σύμφωνα με το ταξινομητικό εγχειρίδιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ICD-10

Περιλαμβάνονται τα παρακάτω 8 σύνδρομα, καθώς και οι ονομασίες τους που κατά διαστήματα χρησιμοποιήθηκαν για να χαρακτηρίσουν αυτά

1. Αυτισμός της Παιδικής Ηλικίας (Αυτιστική Διαταραχή, Βρεφικός Αυτισμός, Βρεφική Ψύχωση, Σύνδρομο Kanner)
2. Σύνδρομο Rett
3. Άλλη Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας (Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, βρεφική άνοια, αποδιοργανωτική- αποαπαρτιωτική ψύχωση, σύνδρομο Heller.)
4. Σύνδρομο Asperger (αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή, σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας)
5. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη αλλιώς, συμπεριλαμβανομένου και του άτυπου Αυτισμού
6. Σύνδρομο Εύθραυστου X

7. Σύνδρομο Landau – Kleffner
8. Σύνδρομο Williams
9. Σύνδρομο Tourette
10. Σύνδρομο DAMP
11. Σύνδρομο Corneliade Lange
12. Παλινδρομικός / Επιληπτικός τύπος

1. Αυτισμός της Παιδικής Ηλικίας

Η διάχυτη αυτή αναπτυξιακή διαταραχή περιγράφεται από μη φυσιολογική και διαταραγμένη ανάπτυξη, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί πριν από την ηλικία των 3 ετών, και σχετίζεται με μη φυσιολογική λειτουργικότητα σε τουλάχιστον 3 ταυτόχρονα σημεία από τα παρακάτω.

α. Την κοινωνική συναλλαγή

β. Την επικοινωνία

γ. Την επαναλαμβανόμενη και περιορισμένη συμπεριφορά

Η διαταραχή παρουσιάζεται στα αγόρια 3-4 φορές συχνότερα από ότι στα κορίτσια, και αποτελεί μια σοβαρή μορφή Δ.Α.Φ. καθώς έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή φάσματος (spectrum disorder). Αυτό σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού δεν είναι ομοιογενής, αλλά μπορεί να κυμανθεί από ηπιότερες μορφές (με μηδαμινά και ήπια αυτιστικά στοιχεία και ομαλή νοημοσύνη), μέχρι και πολύ βαριές μορφές (με ποικίλα αυτιστικά στοιχεία και συνυπάρχουσα νοητική καθυστέρηση) (<http://www.autismhellas.gr>)

Τα άτομα με αυτιστική διαταραχή, έχουν διακριθεί σε "ελλείψεις" και σε "πλεονασμούς" της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν στους βασικούς τομείς ανάπτυξης όπως

Προσοχή

- αποφυγή βλεμματικής επαφής
- διάσπαση προσοχής
- ελάχιστη ή υπερβολική ενασχόληση με αντικείμενα
- έντονη ανησυχία

Προφορικός λόγος

- ηχολαλία
- ακατάληπτη άρθρωση

- ακατάλληλοι κυματισμοί της φωνής
- ακατάλληλη ένταση φωνής
- ασυνάρτητος και επαναληπτικός λόγος
(Johnson 2004)

2. Σύνδρομο Rett

Το σύνδρομο Rett είναι μία νευρολογική διαταραχή που εντοπίστηκε το 1966 από τον γιατρό Dr Andreas Rett στην Αυστρία, μετά από εξέταση 22 ασθενών που παρουσίαζαν κοινά συμπτώματα (Gillberg,1989).

Οι γενετικές και βιοχημικές έρευνες που έχουν υποβληθεί μέχρι σήμερα, δείχνουν ότι το σύνδρομο οφείλεται σε μετάλλαξη γονιδίων στο έμβρυο. Η μετάλλαξη που προκαλεί το σύνδρομο αυτό, εμφανίζεται στο χρωμόσωμα «X», κυρίως στα κορίτσια και αντίθετα με τον αυτισμό τα παιδιά αρχικά εμφανίζουν φυσιολογική ανάπτυξη, ενώ μετά υποτροπιάζουν. (Βάρβογλη Λίζα 2007)

Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι :

- Φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη
- Φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη, τουλάχιστον κατά τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση
- Φυσιολογική περίμετρος κεφαλής κατά τη γέννηση
- Επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στην ηλικία 5 έως 48 μηνών
- Απώλεια των κατεκτημένων λειτουργικών χειρωνακτικών ικανοτήτων στην ηλικία από 6 έως 30 μηνών, με ακόλουθες δυσλειτουργίες κυρίως στις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες
- Σοβαρή έκπτωση στις ικανότητες παραγωγής και κατανόησης του λόγου
- Σοβαρή ψυχοκινητικής καθυστέρηση
- Στερεότυπες κινήσεις με τα χέρια του(π.χ. σφίξιμο, παλαμάκια, τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους ή πλύσιμο των χεριών) μετά από απώλεια των λειτουργικών δεξιοτήτων των χεριών.
- Εμφάνιση δυσκαμψίας στο περπάτημα, με μη συντονισμένες κινήσεις του κορμού στην ηλικία από 1 έως 4 ετών

- Διάγνωση μη επιβεβαιωμένη πριν από την ηλικία των 2 ετών (έως και 5 ετών)

Συνοδά χαρακτηριστικά

- Αναπνευστικές δυσλειτουργίες
- Περιοδική άπνοια κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης
- Διαλείπων υπεραερισμός
- Προσπονητική αποβολή αέρα ή σιέλου
- Ηλεκτροεγκεφαλικές ανωμαλίες ή ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Περιοδική ρυθμική επιβράδυνση (3-5 Hz)
- Σπασμοί
- Επιληψία (σε ποσοστό από 50% και πάνω ανά τακτά χρονικά διαστήματα)
- Σπασμούς, που συχνά συνυπάρχουν με μυϊκή αδυναμία και δυστονία
- Περιφερικές αγγειοκινητικές διαταραχές
- Σκολίωση
- Καθυστέρηση αύξησης της κεφαλής
- Ατροφικά μικρά πόδια (Γενά 2002).

Διαγνωστικά κριτήρια:

- Ευρήματα ενδομήτριας καθυστέρησης στην ανάπτυξη του κυήματος
- Ευρήματα αθροιστικού νοσήματος
- Αμφιβληστροειδοπάθεια ή οπτική ατροφία
- Μικροκεφαλία κατά τη γέννηση
- Ενδείξεις επίκτητης εγκεφαλικής βλάβης από τη γέννηση
- Ευρήματα μεταβολικής ή άλλης νευρολογικής νόσου
- Εμφάνιση επίκτητης νευρολογικής διαταραχής μετά από κάποια σημαντική λοίμωξη ή τραύμα σε τμήμα της κεφαλής (Γενά 2002).

(Το σύνδρομο Rett διαφοροποιείται πρωτογενώς από τα υπόλοιπα σύνδρομα με τις εξής ενδείξεις):

- Απουσία σκόπιμων κινήσεων των χεριών
 - Αργή ανάπτυξη της κεφαλής
 - Αταξία
 - Στερεοτυπικές κινήσεις «πλυσίματος» χεριών
 - Ακατάλληλη μάσηση της τροφής
- ❖ Η έντονη επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας μας επιβεβαιώνει την πορεία της νόσου. Η διαταραχή Rett συνοδεύεται συχνά από σοβαρή νοητική υστέρηση, και επίσης στο 75-80% των περιπτώσεων συνυπάρχουν και τονοκλονικοί και επιληπτικοί σπασμοί, οι οποίοι όμως μειώνονται με τα χρόνια και κατά την ενηλικίωση του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, χωρίς καμία απολύτως φαρμακευτική αγωγή. Το σύνδρομο Rett ως εκφυλιστικό νευρολογικό σύνδρομο, δεν παρουσιάζει ομοιογενή κλινικό προφίλ. Εμφανίζει διακυμάνσεις, σύμφωνα με την ηλικία του ασθενή και τα επίπεδα προόδου της νόσου. (Γενά 2002)

4 Στάδια για την εξέλιξη της διαταραχής Rett, σύμφωνα με τους Hagberg και Witt-Engerstrom (1986)

1. Το «στάδιο της πρώιμης στασιμότητας».
Παρουσιάζεται στην ηλικία από 6 έως 18 μηνών. Σετο στάδιο αυτό, εκδηλώνονται τα πιο σημαντικά συμπτώματα της διαταραχής :
 - Η επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής
 - Η υποτονικότητα
 - Η έλλειψη ενδιαφέροντος για παιχνίδι
2. Το «στάδιο της ταχείας αναπτυξιακής παλινδρόμησης» στην ηλικία μεταξύ 1 και 2 ετών, όπου εμφανίζει τα παρακάτω συμπτώματα:
 - Χαμηλό ενδιαφέρον για ανθρώπους και αντικείμενα
 - Στερεοτυπίες στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα
 - Πλήρη ή μερική απώλεια στις κοινωνικές συναλλαγές
 - Έντονη εκδήλωση άγχους και φοβίας, είτε λόγω αλλαγής σε περιβαλλοντικές καταστάσεις, είτε χωρίς κάποια εμφανή αιτία

- Απώλεια κατεκτημένων λεκτικών ικανοτήτων (στην κατανόηση και στην εκφορά του λόγου)
- Στερεότυπες κινήσεις με τα χέρια, όπως το τρίξιμο ή το <<πλύσιμο των χεριών>>
- Στερεότυπες κινήσεις με το στόμα όπως το άγγιγμα της γλώσσας και το χτύπημα των δοντιών (Γενά 2002).

3. Το στάδιο της «ψευδοστασιμότητας» από το 3^ο έως και το 4^ο έτος της ηλικίας ή και αργότερα. Πολλές φορές όμως μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια, αρκετών χρόνων έως και μερικών δεκαετιών και περιλαμβάνει τα παρακάτω συμπτώματα :

- Αναπνευστικές διαταραχές
- Τρίξιμο των δοντιών
- Απραξία ή μη συντονισμένες κινήσεις του κορμού, που αυξάνονται από καταστάσεις σωματικής κόπωσης
- Σπασμωδικές κινήσεις (Γενά2002).

(Λόγω σημαντικής έκπτωσης των κινητικών δεξιοτήτων οι πάσχοντες έχουν ανάγκη από βοηθήματα για τις μετακινήσεις τους. Είναι χαρακτηριστικό πως μόνο το 15-20% των ασθενών μπορούν να βαδίσουν χωρίς κάποια πρόσθετη υποστήριξη.)

4. Το τελευταίο είναι το «στάδιο κινητικής επιδείνωσης» που διαρκεί από την παιδική έως την εφηβική ηλικία και χαρακτηρίζεται από τα εξής :
- Μυϊκός εκφυλισμός
 - Υποτονία και παραμόρφωση των άκρων
 - Σκολίωση βαριάς μορφής

Οι καταστάσεις νευρολογικής επιδείνωσης των ασθενών οδηγούν στην πλήρη αδυναμία ελεύθερης βάδισης, με αποτέλεσμα η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου για τις μετακινήσεις τους, να καθίσταται αναγκαία (Γενά 2002)

3. Άλλη Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας

Ο Heller το 1930, έδωσε βάση στην κλινική αξιολόγηση 28 περιστατικών για να μπορέσει να δώσει μία περιγραφή για την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, όπου την ονόμασε 'Βρεφονηπιακή Άνοια'. Την ονομασία αυτή την διαδέχτηκε μία άλλη ονομασία, ως «Σύνδρομο

Heller», ενώ αργότερα ο Rutter (1967) έδωσε την ορολογία, αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της παιδικής αποδιοργανωτικής διαταραχής είναι τα εξής:

- Εκδήλωση περιορισμένων, επαναληπτικών και στερεότυπων τρόπων συμπεριφοράς και κοινωνικής δραστηριότητας.
- Εμφάνιση αποκλίσεων επικοινωνιακής ικανότητας, όμοιων με αυτών που διαγιγνώσκονται στην αυτιστική διαταραχή.
- Εμφάνιση παλινδρόμησης σε ποικίλους τομείς της ανάπτυξης μετά την ηλικία των 2 ετών (όμως και πριν την ηλικία των 10 ετών)
- Φυσιολογικό αναπτυξιακό επίπεδο στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στις κοινωνικές σχέσεις, στο παιχνίδι και στην ένταξη των περιβαλλοντικών απαιτήσεων, έως τουλάχιστον τα δύο πρώτα χρόνια του παιδιού.

Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της παιδικής αποδιοργανωτικής διαταραχής έχουν χαρακτηριστεί ως κύρια και συνοδά. Η εμφανής παλινδρόμηση και η σταδιακή απώλεια είναι τα βασικότερα χαρακτηριστικά της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής. Η εμφανής παλινδρόμηση είναι μεταξύ των 3 και 4 ετών και η σταδιακή απώλεια των μέχρι τότε φυσιολογικών προοδευτικών ικανοτήτων. (Γενά 2002)

Κύρια Συμπτώματα :

1. Έκπτωση δεξιοτήτων :

- Στην παραγωγή και κατανόηση του λόγου
- Στην κοινωνική ανταπόκριση
- Στο κοινωνικό ενδιαφέρον
- Στις δραστηριότητες (παιχνίδι)
- Στην προσαρμογή στο χώρο
- Στο ενδιαφέρον για πράγματα του περιβάλλοντος

2. Έναρξη αντιδραστικών συμπεριφορών:

- Ιδιόρρυθμες αντιδράσεις σε κοινωνικά ερεθίσματα
- Μειωμένα ενδιαφέροντα
- Αγχωτικές τάσεις
- Στερεοτυπικές κινητικές λειτουργίες
- Μεννερισμοί
- Ιδιορρυθμίες στις αισθητηριακές αποκρίσεις

(Γενά 2002).

Συνοδά συμπτώματα :

Η ΠΑΔ συχνά συνυπάρχει με Βαριά Νοητική Υστέρηση και από συμπτώματα όχι συγκεκριμένου τύπου που σχετίζονται με νευρολογικά σημεία, από επιληπτικούς σπασμούς και ανωμαλίες στο ΗΕΓ. Συνοδεύεται και από ιατρικές παθήσεις σε κάποιες περιπτώσεις, όπως η μεταχρωματική λευκοδυστροφία ή η διαταραχή Schuler , που ενδέχεται να προκαλέσουν ακόμη και νευρολογική παλινδρόμηση. Στο μεγαλύτερο μέρος της, δεν υπάρχουν σύνοδες ιατρικές καταστάσεις (Γενά, 2002).

Είναι χαρακτηριστικό πως σε μερικά σημεία της η ΠΑΔ ,μοιάζει με την «άνοια» των ενηλίκων, ωστόσο διαφέρει σε 3 βασικούς τομείς :

1. Δεν παρουσιάζονται συνήθως ενδείξεις οργανικής νόσου ή βλάβης (αν και ενδέχεται να υπάρχει οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία κάποιας μορφής)
2. Η απώλεια των δεξιοτήτων μπορεί και να ανακτηθεί ως ένα βαθμό
3. Η έκπτωση κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, παρουσιάζει ποιοτική απόκλιση, τυπική του αυτισμού και όχι νοητικής καθυστέρησης

Λόγω των παραπάνω δεδομένων είναι αναγκαία η κωδικοποίηση του συνδρόμου Rett εδώ (F84.2), και όχι στις κατηγορίες F00-F09.

Περιλαμβάνονται

- Σύνδρομο Heller
- Βρεφική άνοια

- Αποδιοργανωτική- αποαπαρτιωτική ψύχωση
- Συμβιωτική ψύχωση

Αποκλείονται

- Επίκτητη αφασία επί επιληψίας F80.30
- ‘Θ’ εκτελεστική αλαλία F94.0
- Σύνδρομο Rett F84.2
- Σχιζοφρένεια F20.-

<http://www.autismhellas.gr/files/el/icd10.pdf>

4. Σύνδρομο Asperger

Το σύνδρομο Asperger εμπεριέχεται στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαταραχή πρώτα στο διαγνωστικό εργαλείο ICD-10(World Health Organization,1992) και στη συνέχεια στο DSM-IV (American Psychiatric Organization,1994).Ο διαχωρισμός της Διαταραχής Asperger πραγματοποιήθηκε το 1944 από τον Βιεννέζο ψυχίατρο Hans Asperger, όπου της έδωσε αρχικά τον όρο «Διαταραχή της προσωπικότητας» και έπειτα την ονόμασε «αυτιστική ψυχοπάθεια» (autistic psychopathy). (South et al, 2005)

Το Asperger πρόκειται για μια διαταραχή ακαθόριστης νοσολογικής εγκυρότητας και χαρακτηρίζεται από τις ίδιες ενδείξεις ποιοτικών ανωμαλιών τις αμοιβαίας κοινωνικής συναλλαγής που είναι συνηθισμένες στον αυτισμό, μαζί επίσης με μειωμένο και στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενο ‘‘ρεπερτόριο’’ ασχολιών και ενδιαφερόντων.

<http://www.autismhellas.gr/files/el/icd10.pdf>

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(World Health Organization) εξέδωσε το 1990 τα Διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Asperger στο ICD-10

«Α. Έλλειμμα οποιασδήποτε σημαντικής γενικής καθυστέρησης στη γλώσσα ή στη γνωστική ανάπτυξη. Η διάγνωση απαιτεί να έχουν αναπτυχθεί απλές λέξεις από τα δύο πρώτα χρόνια ή νωρίτερα, και οι επικοινωνιακές φράσεις να χρησιμοποιούνται από τα τρία πρώτα χρόνια της ηλικίας ή νωρίτερα. Δεξιότητες αυτό-εξυπηρέτησης, προσαρμοστική συμπεριφορά και περιέργεια για το περιβάλλον στη διάρκεια των πρώτων τριών χρόνων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον σύμφωνα με την ομαλή νοητική ανάπτυξη. Ωστόσο, οι σταθμοί κινητικής ανάπτυξης μπορεί να παρουσιάζουν κάποια καθυστέρηση, και η κινητική αδεξιότητα είναι συνήθης (παρόλο που είναι ένα αναγκαίο χαρακτηριστικό στη διάγνωση). Μεμονωμένες ειδικές δεξιότητες, συχνά

συσχετισμένες με μη φυσιολογικές απασχολήσεις, είναι κοινές, αλλά δεν απαιτούνται στη διάγνωση.

B. Ποιοτικές ανεπάρκειες σε αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση (κριτήρια όπως στη περίπτωση του αυτισμού) Η διάγνωση απαιτεί ευαπόδεικτες ανωμαλίες σε τουλάχιστον τρεις από τις παρακάτω περιοχές:

1. Αδυναμία προσήλωσης βλέμματος, έκφρασης προσώπου, στάσης του σώματος και χειρονομιών για να ρυθμίζει την κοινωνική αλληλεπίδραση
2. Αποτυχία ν' αναπτύξει (μ' έναν τρόπο κατάλληλο ως προς τη νοητική ηλικία και πέρα από τις άφθονες ευκαιρίες) σχέσεις με συνομηλίκους που περιλαμβάνουν ένα αμοιβαίο μοίρασμα ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συναισθημάτων
3. Σπάνια επιδιώκει και χρησιμοποιεί άλλα άτομα γι' ανακούφιση και στοργή σε χρόνο πίεσης ή άγχους και/ή σπάνια προσφέρει ανακούφιση και στοργή σ' άλλους, όταν δείχνουν να έχουν άγχος ή νιώθουν δυστυχισμένοι
4. Δεν μοιράζει τη χαρά του με την έννοια ότι δεν νιώθει ευχαρίστηση με την ευτυχία των άλλων ατόμων και/ή δεν επιδιώκει αυθόρμητα να μοιραστεί τη χαρά άλλων εμπλεκόμενο μαζί τους
5. Έλλειμμα κοινωνικο-συναισθηματικής όπως φαίνεται μέσα από μια ελλειμματική ή παρεκκλίνουσα αντίδραση σε συναισθήματα άλλων ατόμων, και/ή έλλειμμα διαμόρφωσης συμπεριφοράς σύμφωνα με το κοινωνικό περιεχόμενο, και/ή μια αδυναμία ενσωμάτωσης κοινωνικών, συναισθηματικών και επικοινωνιακών συμπεριφορών.

Περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (είναι κριτήρια και για τον αυτισμό, ωστόσο θα ήταν λιγότερο συνηθισμένο γι' αυτούς να συμπεριλάβουν είτε κινητικές ιδιοτυπίες είτε απασχολήσεις με μέρη αντικειμένων ή με υλικά παιχνιδιού που δεν λειτουργούν). Η διάγνωση απαιτεί ευαπόδεικτες ανωμαλίες σε τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω περιοχές :

1. Απασχόληση εμπειρέχουσα με στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφέροντος
2. Ειδική προσκόλληση σε ασυνήθη αντικείμενα
3. Φανερά καταναγκαστική προσκόλληση σε ειδικές, μη λειτουργικές, ρουτίνες ή τελετουργίες
4. Στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες κινητικές ιδιοτυπίες που συμπεριλαμβάνουν πλατάγισμα ή συστροφή χεριού\δαχτύλου ή περίπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος
5. Απασχολήσεις με μέρη αντικειμένων ή με υλικά παιχνιδιού που δεν λειτουργούν (όπως είναι το άρωμά τους, ή η αίσθηση της επιφάνειάς τους, ή ο θόρυβος\δόνηση που προξενούν)
6. Άγχος γι' αλλαγές σε μικρές, μη λειτουργικές λεπτομέρειες του περιβάλλοντος.

Δ. Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλες ποικιλίες διάχυτης εξελικτικής διαταραχής: σχιζοτυπική διαταραχή, απλή σχιζοφρένεια, αντιδραστική και μη αναχαιτιζόμενη διαταραχή προσκόλλησης στη σχολική ηλικία, καταθλιπτική διαταραχή προσωπικότητας, καταθλιπτική – καταναγκαστική διαταραχή. (Γκονέλα 2006)

Περιλαμβάνονται

- Αυτιστική Ψυχοπαθητική Διαταραχή
- Σχιζοειδής Διαταραχή της παιδικής ηλικίας

Αποκλείονται

- Διαταραχή της Προσωπικότητας, καταναγκαστικού τύπου F60.5
- Διαταραχή Προσκόλλησης στην παιδική ηλικία F94.1, F94.2
- Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή F42.-
- Σχιζοτυπική Διαταραχή F21
- Απλή Σχιζοφρένεια F20.6

(<http://www.autismhellas.gr/files/el/icd10.pdf>)

5. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη αλλιώς, συμπεριλαμβανομένου και του άτυπου Αυτισμού

Η διαγνωστική αυτή κατηγορία χαρακτηρίζεται θα λέγαμε ως «υπολειμματική». Αυτό εξηγείται από το γεγονός πως εδώ εντάσσονται όσες διαταραχές ακολουθούν τη γενικευμένη περιγραφή των ΔΑΔ αλλά λόγω έλλειψης ποικίλων στοιχείων ή αντιφατικών ευρημάτων δεν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποιον άλλον κωδικό εκτός από τον F84 (Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές)

Με βάση τα κριτήρια στο ICD-10 είναι μία διαταραχή όπου η μη φυσιολογική ή και μειονεκτική πρόοδος παρουσιάζεται μετά την ηλικία των 3 χρόνων.

Ο άτυπος αυτισμός συχνότερα προσβάλλει άτομα με κάποια εμφανή καθυστέρηση, με αρκετά μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας, το οποίο όμως δεν επιτρέπει την ολοκληρωμένη εκδήλωση της ειδικής παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, η οποία είναι και η σημαντικότερη για τη διάγνωση του αυτισμού. Επιπλέον, μπορεί να προσβάλει άτομα με βαριά αναπτυξιακή διαταραχή γλωσσικού επιπέδου (αντιληπτικού τύπου).

6. Σύνδρομο Εύθραυστου X

Η διαταραχή αυτή κατατάσσεται στους πιο συνηθισμένους τύπους νοητικής υστέρησης που έχουν κληρονομικό χαρακτήρα. Το σύνδρομο του Εύθραυστου X εντάσσεται στο ICD-10 ως Q99.2 και συχνά αποκαλείται και ως Martin-Bell ή σύνδρομο του Escalante. Πολλές φορές επίσης θα το συναντήσουμε και με την ονομασία “Fragile”, καθώς ένα τμήμα του χρωμοσώματος X (Xq27.3) έχει ένα ελαττωματικό μέρος που φαίνεται στο μικροσκόπιο “εύθραυστο” (fragile). Το σύνδρομο του εύθραυστου X χρωμοσώματος είναι ένα γενετικό σύνδρομο και η συχνότερη γονιδιακή αιτία του αυτισμού, με μεγαλύτερα ποσοστά στα αγόρια (περίπου 1 στους 2500-4000 άνδρες και 1 στις 7000-8000 γυναίκες) και εμφανίζεται στο 2-5% των ατόμων με ΔΑΦ. Το 80% των ανδρών με εύθραυστο X χρωμόσωμα εμφανίζει μέτρια έως βαριά διανοητική καθυστέρηση, ενώ το 20% δεν προσβάλλεται, αλλά χαρακτηρίζεται ως φορέα της νόσου. Μόνο το 1/3 των γυναικών που φέρουν τη νόσο πρόκειται να εμφανίσουν κάποια διανοητική υστέρηση και η οποία τις περισσότερες φορές είναι βαριά. Οι γυναίκες συνήθως παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Τα γενετικά αίτια της νόσου είναι αποτέλεσμα της ανώμαλη εξάπλωσης του αριθμού των επαναλήψεων της τριπλέτας των βάσεων ‘CGG’ του DNA του γονιδίου FMR-1, που τοποθετούνται στην περιοχή «FRAXA» στο χρωμόσωμα X (Xq27.3). Είναι η δεύτερη αιτία διανοητικής υστέρησης, μετά το σύνδρομο Down που ταυτίζεται με κυτταρογενετική διαταραχή και η συχνότερη μορφή οικογενούς διανοητικής καθυστέρησης. Τα φυσικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, είναι ένα επίμηκες πρόσωπο, μεγάλα ή πεταχτά αυτιά, μεγάλοι όρχεις και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, όπως στερεοτυπίες και άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις.

Τα συμπτώματα και σημεία που εντοπίζεται το σύνδρομο είναι τα εξής :

Πρώιμη παιδική ηλικία

- Ολική καθυστέρηση ανάπτυξης με σημαντικές διαταραχές στην ομιλία
- Γιγαντισμός
- Αυτιστική συμπεριφορά

Άρρενες πριν την ήβη

- Διανοητική υστέρηση (100%)
- Μεγάλοι όρχεις (>95%)
- Μακρύ, λεπτό πρόσωπο (60-65%)
- Προγναθισμός (60-65%)
- Μεγάλα αυτιά (60-65%)

- Υποπλασία της μεσότητας του προσώπου (50-60%)
- Προβάλλον μέτωπο (40%)
- Μεγάλα σαρκώδη χέρια (30%) (Μάλλιου 2013)

7. Σύνδρομο Landau-Kleffner

Πρόκειται για μία σπάνια γενικά διαταραχή όπου συμβαίνει σε παιδιά μεταξύ των τριών και επτά ετών, όπου η ανάπτυξή τους μέχρι πρότινος ήταν φυσιολογική, αν και σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρούνταν καθυστέρηση στο λόγο. Τα συμπτώματα πολλές φορές παρουσιάζονταν στις αλλαγές της συμπεριφοράς ή είχαν σχέση με δυσκολίες που επηρέαζαν τον προφορικό λόγο. Τα περισσότερα άτομα με σύνδρομο Landau-Kleffner έχουν αυτιστικού τύπου χαρακτηριστικά, όπως τα εξής:

- Φτωχή βλεμματική επαφή
- Επαναλαμβανόμενες ρουτίνες
- Αντίδραση στις αλλαγές
- Επιληπτικές κρίσεις (σπάνια) (Wing 2000)

8. Σύνδρομο Williams

Το σύνδρομο αυτό έχει χαρακτηριστεί ως νηπιακή υπερασβεστιαμία, όπου εμφανίζονται συχνά οι παρακάτω ενδείξεις :

- Επαναλαμβανόμενη ομιλία με ερωτήσεις
- Ανώριμες και μη κατάλληλες κοινωνικές προσεγγίσεις (Wing, 2000)

9. Σύνδρομο Tourette

Χαρακτηρίζεται ως μία γενετική κατάσταση με βασικότερα συμπτώματα τα κινητικά και φωνητικά «τικ». Επίσης τα συμπτώματα περιλαμβάνουν βογήματα, εμμονικές ιδέες, αισχρολογίες, μειωμένη συγκέντρωση και υπερδραστηριότητα.

(Wing, 2000)

10. Σύνδρομο DAMP

Χαρακτηρίζεται ως ένας συνδυασμός των διαταραχών προσοχής, κινητικού συντονισμού και της πρόσληψης.

(Wing 2000)

11. Το Σύνδρομο Cornelia de Lange

Θα το συναντήσουμε και ως 'Brachmann de Lange'. Πρόκειται για μία πάρα πολύ σπάνια διαταραχή (μία περίπτωση σε κάθε 50.000 νεογέννητα μωρά) Η πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από CdLS παρουσιάζουν πολύ σημαντικά προβλήματα στην ανάπτυξη των γνωστικών, λεκτικών και κοινωνικών τους ικανοτήτων, ενώ επίσης ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι σοβαρό πρόβλημα στο σύνδρομο αυτό.

12. Παλινδρομικός / Επιληπτικός Τύπος

Ο παλινδρομικός\επαναληπτικός τύπος σχετίζεται με ένα διάστημα ομαλής αναπτυξιακής περιόδου από τον 18ο μέχρι τον 24ο μήνα. Το παιδί πρώτα αρχίζει να παράγει ανεξάρτητες λέξεις ή φράσεις, και μετά χάνει την ομιλία του. Αρκετά παιδιά με αυτό το είδος αυτισμού, παρουσιάζουν στοιχεία σπασμωδικής δραστηριότητας στον αέρα, όπως το να παρατηρούν τα άστρα στον ουρανό. Το άτομο δεν μπορεί να κατανοήσει τι του λένε οι γύρω του, ίσως γιατί ακούει τις φωνές διαστρεβλωμένες. Κάποια από αυτά τα παιδιά μπορεί να μάθουν να παράγουν ομιλία ή ακόμη και να διαβάζουν. Υπάρχει ωστόσο η πιθανότητα υποτροπών και ξαφνικών εκρήξεων θυμού χωρίς συγκεκριμένη αιτία, αν και μπορεί να σχετίζονται με επιληψίες μετωπιαίου ή κροταφικού λοβού. Οι Fred Volkmar και Donald Cohen (1989) ήταν αυτοί που μίλησαν για τον Παλινδρομικό ή τον «αργής επίθεσης» αυτισμό. Ένα ποσοστό παιδιών με αυτόν τον τύπο αυτιστικής διαταραχής, ίσως και να έχουν αυξημένες γνωστικές δεξιότητες που όμως δύσκολα γίνονται φανερές, ενώ άλλα θα λέγαμε ότι έχουν μια καθυστέρηση (Quill 2000).

❖ Αναμεταξύ του ευρέως αυτού φάσματος που αποδέχεται το ICD-10 υπάρχει πολύ μεγάλη μεταβλητότητα. Είναι γενικός αποδεκτό πως κάθε άνθρωπος που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού έχει τα δικά του προσωπικά χαρακτηριστικά και σπάνια συναντάμε δύο ανθρώπους με αυτισμό να έχουν κοινή συμπεριφορά. Μία ικανότητα-χαρακτηριστικό μπορεί να είναι διαφορετικό ανάμεσα στα παιδιά αλλά ακόμη και στο ίδιο παιδί από ηλικία σε ηλικία. Λόγω αυτής της μη σταθερότητας και της δυσκολίας διαχωρισμού των προβλημάτων της κοινωνικής συνδιαλλαγής, της επικοινωνίας και των στερεοτυπικών και εμμονικών συμπεριφορών, είναι αποτελεσματικότερο να χρησιμοποιούνται ειδικά εργαλεία και μέσα που να εξετάζουν την συμπτωματολογία του αυτισμού (Howlin 1998).

Η χρόνια κλινική εμπειρία επίσης έχει δείξει πως τα άτομα με αυτισμό έχουν πολλές φορές ποικίλα αυτιστικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό, και ελάχιστες φορές θα βρούμε αυτούσια όλα τα χαρακτηριστικά ενός συνδρόμου. Για το λόγο αυτό θεωρείται χρησιμότερο να γίνεται η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με το επίπεδο των ικανοτήτων του ατόμου, παρά με βάση τη θεωρητική ένταξη σε ομάδες.

1.6 Αυτισμός και Σύνδρομο Asperger

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, το σύνδρομο Άσπεργκερ (AS), γνωστό και ως διαταραχή Άσπεργκερ (AD) ανήκει στις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού (ASD). Ο Χανς Άσπεργκερ,(1944), μελέτησε και περιέγραψε παιδιά με χαμηλές δεξιότητες μη λεκτικής επικοινωνίας και συναναστροφής με τους συνομηλίκους τους, τα οποία ταυτόχρονα χαρακτηρίζονταν ως αδέξια σωματικά. Λίγο αργότερα, το 1981 είχαμε μία πιο σύγχρονη αντίληψη για το σύνδρομο. Αξίζει να αναφέρουμε ότι στο χρονικό αυτό διάστημα διατυπώθηκαν μέσα στο ίδιο έτος (1989), 2 ακόμη διαγνωστικά κριτήρια, από τους Szatmari et al. και Gilberg I.C. – Gilberg C. Έπειτα από μακροχρόνιες και εκτενείς αναλύσεις, ορίστηκε ως διάγνωση στις αρχές του 1990, ενώ πριν 3 χρόνια, το 2013 εξαλείφθηκε από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM - 5) και αντικαταστάθηκε από μια διάγνωση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού σε μία περίπλοκη κλίμακα. Το Άσπεργκερ διαφέρει από άλλες διαταραχές που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού λόγω της τυπικής διατήρησης της γλωσσικής και γνωστικής επάρκειας και προόδου. Ωστόσο η φυσική αδεξιότητα και η παράξενη χρήση της γλώσσας παρουσιάζονται ως συμπτώματα, αλλά δεν θεωρούνται απαραίτητα για τη διάγνωση της διαταραχής.

1.6^α Πρόσθετα Διαγνωστικά Κριτήρια για AS

I. *Ο Szatmari et al και οι συνεργάτες του 1989^α, προτείνουν τα Διαγνωστικά Κριτήρια που πρότειναν για το σύνδρομο Άσπεργκερ :*

1. Μοναχικός (2 από τα παρακάτω)

- ✓ Δεν έχει στενούς φίλους
- ✓ Αποφεύγει τα άλλα άτομα
- ✓ Δεν τον ενδιαφέρει να αποκτήσει φίλους
- ✓ Είναι μοναχικός

2. Ανεπαρκής κοινωνική αλληλεπίδραση (1 από τα παρακάτω)

- ✓ Προσεγγίζει τα άλλα άτομα, μόνο για να ικανοποιήσει δικές του ανάγκες
- ✓ Αδέξια κοινωνική προσέγγιση
- ✓ Μονόπλευρες απαντήσεις σε συνομηλίκους
- ✓ Δυσκολία να διαισθάνεται τα συναισθήματα των άλλων
- ✓ Είναι απομακρυσμένος από τα συναισθήματα των άλλων

3. Ανεπαρκής μη λεκτική επικοινωνία (1 από τα παρακάτω)

- ✓ Μειωμένη εκφραστικότητα του προσώπου του
- ✓ Έλλειψη της δεξιότητας να διαβάζει τα συναισθήματα των άλλων από την έκφραση του προσώπου τους
- ✓ Έλλειψη ικανότητας να εκπέμπει μηνύματα με τα μάτια του
- ✓ Δεν έχει βλεμματική επαφή
- ✓ Δεν χρησιμοποιεί τα χέρια του για να εκφραστεί
- ✓ Αρκετές και αδέξιες χειρονομίες
- ✓ Πλησιάζει τους άλλους πολύ κοντά

4. Παράξενη ομιλία (2 από τα παρακάτω)

- ✓ Ανώμαλη κλίση (άνοδος και πτώση την φωνής)
- ✓ Μπορεί να μιλάει αρκετά ή πάρα πολύ λίγο
- ✓ Δεν έχει συνοχή στο διάλογο
- ✓ Ιδιοσυγκρασιακή χρήση λέξεων
- ✓ Επαναλαμβανόμενα μοτίβα ομιλίας

5. Δεν ανταποκρίνονται στα DSM-III κριτήρια για αυτιστική διαταραχή.

II. Σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια για το σύνδρομο Άσπεργκερ όπως διατυπώθηκαν από τους *Gilberg et al & Gilberg C , 1989*, το παιδί θα πρέπει να εκφράζει :

1. Κοινωνικές μειονεξίες-ακραία εγωκεντρικότητα (2 τουλάχιστον)

- ✓ Δεν έχει την ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους του
- ✓ Έλλειψη επιθυμίας για αλληλεπίδραση με ους συνομηλίκους του
- ✓ Δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει τα κοινωνικά «πρέπει»
- ✓ Αταίριαστη συμπεριφορά κοινωνικά και συναισθηματικά

2. Στενό ενδιαφέρον (1 τουλάχιστον)

- ✓ Αποκλείονται άλλες δραστηριότητες
- ✓ Επαναληπτική προσκόλληση
- ✓ Πράγματα αποτέλεσμα συνήθειας παρά για το νόημα

3. Επαναλαμβανόμενες ρουτίνες (1 τουλάχιστον)

- ✓ Επιβάλλονται στο ίδιο το παιδί σε πτυχές τις καθημερινότητας
- ✓ Επιβάλλονται σε άλλους

4. Ομιλία και γλωσσική συμπεριφορά με ασυνήθη χαρακτηριστικά (3 τουλάχιστον)

- ✓ Επιβραδυμένη ανάπτυξη
- ✓ Πολύ καλή γλωσσική έκφραση, που όμως είναι επιφανειακή
- ✓ Τυπική-σχολαστική ομιλία
- ✓ Ασυνήθιστα χαρακτηριστικά φωνής, με παράξενη προσωδία
- ✓ Λόγω κυριολεκτικής πρόσληψης μηνυμάτων είναι χαρακτηριστική η μειωμένη κατανόηση στο διάλογο, με λανθασμένες ερμηνείες

5. Προβλήματα μη-λεκτικής επικοινωνίας (Εστω 1)

- ✓ Περιορισμένη χρήση χειρονομιών
- ✓ Αδεξιότητα στη μετάδοση με τη «γλώσσα» του σώματος
- ✓ Μειωμένη έκφραση του προσώπου
- ✓ Αταίριαστη εκφραστικότητα
- ✓ Παράδοξο και σκληρό βλέμμα

Κινητική Αδεξιότητα

- ✓ Στη νευρο-αναπτυξιακή εξέταση η απόδοση είναι φτωχή

(Καραντάνος&Φράνσις 2003-2004)

1.6^β Σύνδρομο Άσπεργκερ και Επιδημιολογία

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, τα στατιστικά στοιχεία των ατόμων που πάσχουν από AS σε σχέση με αυτά που έχουν εξεταστεί, διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Έπειτα από πολύ σημαντικές έρευνες που διεξάχθηκαν το 2013 για τα επιδημιολογικά ευρήματα της διαταραχής αυτής που εμπίπτει στο φάσμα του αυτισμού, προέκυψε το συμπέρασμα ότι το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από AS σε σχέση με αυτά που εξετάστηκαν, κυμαίνεται σχεδόν στο 0.26 ανά 1000 άτομα. Ωστόσο διάφορες αποκλίσεις προκύπτουν και από το εύρος των διαγνωστικών κριτηρίων που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς στη διαταραχή και χρησιμοποιούνται, ποικιλοτρόπως από τους κλινικούς. Για να είμαστε σαφής, μία μελέτη του 2007 που περιελάμβανε 5.484 παιδιά, ηλικίας 8 ετών από τη Φιλανδία, επέδειξε ότι 2.9 παιδιά στα 1000 πληρούσαν το κριτήριο ICD-10 για διάγνωση του AS, παράλληλα 2,7 παιδιά στα 1000 πληρούσαν το κριτήριο Gillberg and Gillberg, 2.5 παιδιά ανά 1000 ανταποκρινόντουσαν στα κριτήρια για το DSM-IV και 1.6 παιδιά για το Szatmari *et al*, ενώ τέλος 4.3 στα 1000 για το σύνολο αυτών των τεσσάρων. Επιπλέον αποτέλεσμα της ίδια έρευνας ήταν το γεγονός πως τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη τάση στο σύνδρομο AS, σε σχέση με αυτή των κοριτσιών, σε υπολογισμούς που κυμαίνονται από 1.6:1 και 4:1 (σύμφωνα με το διαγνωστικό κριτήριο Gillberg and Gillberg). (Fombonne 2007)

1.6^γ Κοινά και Διαφοροποιητικά Χαρακτηριστικά του Αυτισμού και του Συνδρόμου Άσπεργκερ

Γενική Ανάπτυξη

Αυτισμός

1. Κυμαίνεται από χαμηλή έως υψηλή λειτουργικότητα
2. Τα μισά ποσοστά των παιδιών παρουσιάζουν περιόδους παλινδρόμησης
3. Τα μισά ποσοστά των παιδιών παρουσιάζουν αναπτυξιακή καθυστέρηση
4. Έχουμε συμπεριφορές που παραμένουν
5. Ίσως να συνυπάρχει τύφλωση, κώφωση, εγκεφαλική παράλυση ή σχιστία υπερώας
6. Η πρόωμη διάγνωση κυμαίνεται από την ηλικία των 3 έως 4 ετών

Άσπεργκερ

1. Παρουσιάζει πάντα υψηλή λειτουργικότητα
2. Δεν υπάρχει περίοδος παλινδρόμησης

3. Δεν υπάρχουν ενδείξεις αναπτυξιακής καθυστέρησης
4. Εμφανίζει εμμονικές συμπεριφορές
5. Δεν παρουσιάζει καμία άλλη ιατρική κατάσταση
6. Η διάγνωση γίνεται αργότερα, κατά τη σχολική ηλικία, από το δημοτικό έως το γυμνάσιο

Γνωστικές Ικανότητες

Αυτισμός

1. Κινούνται από παθολογικές έως φυσιολογικές γνωστικές δεξιότητες
2. Ενδεχόμενη νοητική υστέρηση
3. Ακαμψία
4. Δυσκολία στις λειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου
5. Έκπτωση στην επεξεργασία αφηρημένων πληροφοριών
6. Έχει επιλεκτική μνήμη για τις πληροφορίες ρουτίνας, ενώ έχει κακή μνήμη για συσχετισμού

Άσπεργκερ

1. Φυσιολογικές ή οριακά φυσιολογικές γνωστικές δεξιότητες
2. Πάρα πολύ καλό επίπεδο γνώσεων
3. Ακαμψία
4. Δυσκολίες με τις λειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου
5. Ανεπάρκεια στην επεξεργασία των αφηρημένων πληροφοριών
6. Μέτριο επίπεδο μνήμης λόγω προβλημάτων οργάνωσης

Συμπεριφοριστικά Χαρακτηριστικά και Προσαρμοστική Συμπεριφορά

Αυτισμός

1. Τελετουργικά, στερεότυπες συμπεριφορές
2. Συγκρουόμενες συμπεριφορές
3. Το παιδί δεν παρουσιάζει καθόλου περιέργεια ή αναζήτηση
4. Διαταραγμένη προσαρμοστική συμπεριφορά και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης
5. Αντιμετωπίζει δυσκολίες οργάνωσης
6. Πράττει πολύ γρήγορα, χωρίς να τον ενδιαφέρουν τα λάθη του
7. Ακολουθεί εξωτερικευμένους κανόνες

Άσπεργκερ

1. Τελετουργικά, στερεότυπες συμπεριφορές

2. Έχει μεγάλη περιέργεια και αναζήτηση
3. Φυσιολογική ή οριακά φυσιολογική προσαρμοστική συμπεριφορά και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης
4. Παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα οργάνωσης
5. Δουλεύει αργά και είναι τελειοθηρικός
6. Εμφανίζει μεγάλες τάσεις θυμού, όταν δεν τηρούνται οι κανόνες και οι νόμοι.

Συναισθηματική Ανάπτυξη

Αυτισμός

1. Έχει εγωκεντρική στάση
2. Είναι συναισθηματικά ασταθής
3. Εκφράζει δύσκολα τα συναισθήματα του

Άσπεργκερ

1. Εγωκεντρική στάση
2. Η έκφραση του συναισθήματος μπορεί να κυμαίνεται από δυσκολίες έως και υπερβολικές τάσεις
3. Άλλα συναισθήματα είναι : εμμονές, παρορμητικές τάσεις, άγχος, κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας

Αισθητικές-Δεικτικές Δεξιότητες

Αυτισμός

1. Έχουν διαφοροποιημένη αισθητική πρόσληψη
2. Υπερ-επιλογή ερεθισμάτων
3. Δυσκολία στην αναγνώριση προσώπων
4. Υπερευαίσθητη ακοή
5. Απτική αμυντικότητα
6. Έχουν την ανάγκη για προθαλάμιο ερεθισμό
7. Καλή χωρική επίγνωση και αίσθηση του χώρου

Άσπεργκερ

1. Διαφοροποιημένη αισθητική πρόσληψη
2. Υπερ-επιλογή ερεθισμάτων
3. Οπτικο-δεκτικές δυσκολίες

4. Υπερευαίσθητη ακοή
5. Απτική αμυντικότητα
6. Κακή χωρική επίγνωση
7. Κακή αίσθηση του χρόνου

Κινητικές Ικανότητες

Αυτισμός

1. Ομαλή συνέργια σε επίπεδο αδρής κινητικότητας
2. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις
3. Αργή ανάπτυξη λεπτής κινητικότητας
4. Καθυστερημένη ανάπτυξη και έκπτωση στο επίπεδο της γραφής
5. Δεν έχει αίσθηση κινδύνου

Άσπεργκερ

1. Συμπεριφορές Αδεξιότητας
2. Κάνουν περιττές κινήσεις
3. Αργή ανάπτυξη λεπτής κινητικότητας
4. Φτωχό επίπεδο γραφής
5. Ενδέχεται να έχει φόβους για τις κινήσεις του, ακόμη και πως θα πέσει

Κοινωνική Συμπεριφορά

Αυτισμός

1. Κοινωνικά αδιάφορος και απόμακρος
2. Μειωμένη επίγνωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης
3. Δεν διαβάζει και δεν τηρεί κοινωνικούς κανόνες
4. Έχει φτωχές προοπτικές
5. Προτιμά να έχει δίπλα του ενήλικες

Άσπεργκερ

1. Κοινωνική αδιαφορία και παράξενος
2. Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση
3. Δεν διαβάζει και δεν τηρεί κοινωνικούς κανόνες
4. Του αρέσει να παίζει με παιδιά μικρότερης ηλικίας και να μιλά με παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας

5. Έχει φτωχές προοπτικές

Επικοινωνία

Αυτισμός

1. Δεν υπάρχει καμία περίοδος τυπικής ανάπτυξης
2. Τα μισά παιδιά τουλάχιστον δεν παράγουν λόγο
3. Ανεπαρκείς βλεμματική επαφή
4. Υπάρχουσα ηχολαλία
5. Μέθοδος μάθησης Gestalt
6. Έχουν οριοθετημένο λεξιλόγιο
7. Μειωμένες επικοινωνιακές λειτουργίες
8. Σχολαστική και επαναλαμβανόμενη ομιλία
9. Κάνει λάθη στη σύνταξη
10. Αντιμετωπίζει προβλήματα λεξιλογίου και κυρίων προβλήματα με παρομοιώσεις
11. Σε παιδιά υψηλής λειτουργικότητας η έκφραση ίσως να είναι καλύτερη από το επίπεδο κατανόησης
12. Ενδεχόμενη υπερλεξία
13. Αντιμετωπίζει υπερτηματικές δυσκολίες
14. Δυσκολίες όσον αφορά τον τόπο
15. Ζητά λιγότερες αποσαφηνίσεις
16. Ανεπάρκεια σε επίπεδο αφήγησης

Άσπεργκερ

1. Η γλώσσα συνεχίζει να αναπτύσσεται φυσιολογικά
2. Δεν αντιμετωπίζει προβλήματα βλεμματικής επαφής
3. Δεν ηχολαλεί
4. Η εκμάθηση της γλώσσας είναι τυπική
5. Χρησιμοποιεί συγκεκριμένο λεξιλόγιο
6. Έχει διευρυμένες επικοινωνιακές δεξιότητες
7. Σχολαστική και επαναλαμβανόμενη ομιλία
8. Έχει φυσιολογική σύνταξη
9. Εμφανίζει μετρίου επιπέδου αλλά πρόωρα ανεπτυγμένο λεξιλόγιο
10. Αντιμετωπίζει δυσκολίες με τις παρομοιώσεις
11. Η έκφραση τις περισσότερες φορές είναι σε καλύτερο επίπεδο από την κατανόηση
12. Ενδεχόμενη υπερλεξία

13. Αντιμετωπίζει υπερτμηματικές δυσκολίες
14. Δυσκολίες όσον αφορά τον τόπο
15. Ζητά λιγότερες αποσαφηνίσεις
16. Η αφήγηση παρουσιάζεται καθυστερημένα αλλά αναπτύσσεται σε αρκετά καλό επίπεδο

(Keneth & Shipley 2013)

1.7 Αυτισμός και Συν-Νοσηρότητα

Είναι γενικώς αποδεκτό πως ο αυτισμός ενδέχεται να περιπλέκεται ή συνυπάρχει με άλλες ιατρικές παθήσεις-καταστάσεις, είτε από τα πρώτα χρόνια της ζωής, είτε κατά τη διάρκεια εξέλιξης της διαταραχής. Οι παράλληλες παθήσεις-καταστάσεις που ίσως κάποια στιγμή συνοδεύουν τις ΔΑΦ, μπορεί να είναι: Σωματικές-Οργανικές καταστάσεις ή και ψυχιατρικές παθήσεις. Οι σύνηθες καταστάσεις είναι οι εξής:

1. Νοητική υστέρηση
2. Επιληψία
3. Παθήσεις του Γαστρεντερικού Συστήματος
4. Ψυχιατρικές Παθήσεις

1. Νοητική Υστέρηση

Σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες, η νοητική υστέρηση σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού κυμαίνεται περίπου στο 70%. Ωστόσο τα δεδομένα έχουν αλλάξει. Στις πιο πρόσφατες έρευνες, συμπεριλαμβάνονται τώρα και το σύνδρομο Asperger καθώς και οι άτυπες μορφές (μη προσδιοριζόμενες αλλιώς). Αυτές οι έρευνες πλέον μιλούν για χαμηλότερο ποσοστό υπάρχουσας νοητικής καθυστέρησης στον αυτισμό. Αυτό μάλλον οφείλεται στο γεγονός ότι τα κλινικά δείγματα στις παλαιότερες έρευνες περιελάμβαναν μόνο σοβαρά περιστατικά, ενώ επίσης η διάγνωση για παιδιά με σύνδρομο Asperger ήταν ελλιπής. Σε μία μελέτη που έγινε το 2009 στη Μ.Βρετανία, ανάμεσα σε 8.000 ζεύγη μονοζυγωτών και ετεροζυγωτών διδύμων, ίδιου ή και διαφορετικού φύλλου, η γενετική συσχέτιση νοητικής υστέρησης και αυτισμού αποδείχτηκε «ήπια». Σήμερα πάντως είναι γνωστό ότι περίπου το 50% των ατόμων με αυτισμό, εμφανίζει κάποιου επιπέδου νοητική υστέρηση, που ενδέχεται να κυμαίνεται από ελαφριά, έως και πολύ σοβαρή, αλλά συχνά είναι μέτρια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι στο σύνδρομο Asperger (Αυτισμός Υψηλής Λειτουργικότητας), αλλά και σε κάποιες σε άτυπες μορφές, έχουμε νοημοσύνη που ξεκινά από φυσιολογικά και φτάνει μέχρι και υψηλά επίπεδα. (Hoekstra et al, 2009)

Αρκετά παιδιά με ΔΑΦ που διαγιγνώσκονται με κάποιου βαθμού νοητική υστέρηση, όταν ελεγχθούν πολλές φορές οι ικανότητες που εμφανίζουν είναι φυσιολογικές, ενώ άλλες μπορεί να είναι ανεπαρκείς. Είναι χαρακτηριστικό πως ένα παιδί στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να έχει καλή ανταπόκριση στα μέρη του τεστ που σχετίζονται με οπτικές ικανότητες, αλλά να μη

τα πάει και τόσο καλά σε μέρη του τεστ που έχουν σχέση με λεκτικές υποκλίμακες. (Βάρβογλη 2006)

2. Επιληψία

Η σύνδεση αυτισμού και επιληψίας είναι αναγνωρισμένη εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα και θεωρείται πλέον αποδεδειγμένη με τεκμήρια. Τα στατιστικά στοιχεία κυμαίνονται από 11-40% των παιδιών με αυτισμό να εμφανίζουν επιληψία, γεγονός που αποδεικνύει πως ποικίλει αρκετά. Τα αίτια αυτής της συν-νοσηρότητας δεν είναι ακόμη γνωστά. Ωστόσο η επιληψία στα αυτιστικά παιδιά τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται στην εφηβεία, γεγονός όμως που δεν αναγνωρίζεται από τις μέχρι τώρα έρευνες. Επιπλέον αυτό που δεν έχει ερευνηθεί εκτενώς είναι η οικογενειακή προδιάθεση για αυτισμό, με την προδιάθεση για επιληψία. Νέα ερευνητικά δεδομένα του 2011, μιλούν για ένα ποσοστό της τάξεως του 22% των ενήλικων παιδιών με αυτισμό, να παρουσιάζουν κατά πλειοψηφία κάποιου είδους επιληψία μετά το 10^ο έτος της ζωής τους. Τα είδη της επιληψίας είναι κατά κόρον «τονικοκλονικοί σπασμοί», σε ποσοστό 88%. Πάνω από το 50% των παιδιών εμφανίζει σπασμούς, τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα ή και σπανιότερα. Τα επιδημιολογικά στοιχεία, αναφέρουν πως τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη τάση σε επιληπτικά επεισόδια, σε ποσοστό 30%, σε αντίθεση με τα αγόρια 18%. Μεγάλης σημασίας επίσης είναι το γεγονός πως η επιληψία παρουσιάζεται εντονότερα στα παιδιά εκείνα όπου ο λόγος και η ομιλία τους είναι περιορισμένα, σε ποσοστό 45%. (Bolton et al, 2011)

3. Παθήσεις του Γαστρεντερικού Συστήματος

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι προβλήματα του γαστρεντερικού συστήματος, εμφανίζονται σε μεγάλη συχνότητα σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή. Ωστόσο δεν είναι ακόμη γνωστό αν η συν-νοσηρότητα αυτή, εμφανίζεται σε κάποια υποομάδα αυτιστικών ατόμων ή σε όλο το φάσμα του αυτισμού. Έρευνες δείχνουν πως ένα ποσοστό 12%- 20% των ατόμων με αυτισμό εκδηλώνουν περιστατικά χρόνια διάρροια, ή περιστατικά κοιλιοκάκης (αυτοάνοση διαταραχή του λεπτού εντέρου) και δυσκοιλιότητας. Τα αίτια της κατάστασης αυτής μελετήθηκαν εκτενώς, μέχρι που μία πρόσφατη έρευνα, το 2009 στο πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνιας και στο Πανεπιστήμιο Βάντερμπιλντ ταυτοποιήθηκε ένα γονίδιο , που μάλλον πρόκειται για γονιδιακής μετάλλαξης, το οποίο σχετίζεται με αυξημένο γενετικά κίνδυνο για αυτισμό και γαστρεντερικές ενοχλήσεις. (Rudy 2009)

Κατά το πέρασμα των χρόνων πολλές θεωρίες διαμορφώνονται για την αποφυγή αυτών των προβλημάτων στα άτομα με αυτισμό. Πολύ είναι οι ερευνητές που επιβεβαιώνουν πως κάποια ποσοστά γλουτένης και η καζεΐνης απορροφώνται από τον οργανισμό και προκαλούν δράση σε

μέρη του εγκεφάλου, παρόμοια με εκείνη των «οπιοειδών», και γι αυτό θεωρείται σκόπιμο να μη καταναλώνονται από το παιδί. Για το λόγο αυτό τα τελευταία 20 χρόνια διαμορφώνονται οι αποκαλούμενες ειδικές δίαιτες, που λένε πως μειώνουν τα αυτιστικά συμπτώματα. Μία από αυτές είναι και η «Gluten Free- Cassein Free Diet», κατά την οποία αποφεύγεται η γλουτένη και τα γαλακτοκομικά προϊόντα από το παιδί. Ωστόσο πολλές από τις λεγόμενες αυτές δίαιτες δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς και κάποιες αποδείχτηκαν λανθασμένες. Επίσης μία ακόμη απόδειξη, γιατί τα παιδιά είναι καλύτερο να μειώσουν τα ποσοστά γλουτένης, λακτόζης και καζεΐνης που λαμβάνουν, είναι γιατί έτσι μειώνουν τα πεπτικά τους προβλήματα, με αποτέλεσμα να μην πονάνε, να μην έχουν περίεργες ενοχλήσεις, και άρα η συμπεριφορά τους βελτιώνεται, και εκείνα μπορούν να κοιμούνται καλύτερα και να είναι πιο ήρεμα κατά τη διάρκεια της ημέρας. (Rudy 2015)

4. Ψυχιατρικές Παθήσεις

Είναι γενικώς αποδεκτό πως τα συμπτώματα στο φάσμα του αυτισμού ποικίλουν όχι μόνο από διαταραχή σε διαταραχή, αλλά και στο ίδιο σύνδρομο, από παιδί σε παιδί μπορεί να δούμε πολλές και διαφορετικές συμπεριφορές. Αυτό όμως οδηγεί πολλές φορές του κλινικούς σε λανθασμένη διάγνωση. Είναι λοιπόν σύνηθες το γεγονός αν το παιδί δεν εμφανίσει σημαντικά αυτιστικά συμπτώματα, η διαταραχή να διαγνωσθεί εσφαλμένα ως ένα υπερκινητικό σύνδρομο, μία καταθλιπτική ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και να παραλειφθεί για παράδειγμα το σύνδρομο Asperger ή κάποιος άλλος τύπος αυτισμού, που ενδέχεται είναι και το κύριο πρόβλημα του παιδιού. Αυτό όμως που συμβαίνει τις περισσότερες φορές, είναι το γεγονός να παραλείπεται ένα φαινόμενο συν-νοσηρότητας μέσα στο αυτιστικό φάσμα, ειδικότερα όταν τα φαινόμενα αυτά σχετίζονται με ψυχιατρικές παθήσεις, που πολλά από τα χαρακτηριστικά τους είναι κοινά και στον αυτισμό. Οι συνηθέστερες λοιπόν ψυχιατρικές καταστάσεις που εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον αυτισμό από ότι στο γενικότερο πληθυσμό, είναι οι εξής :

- Κατάθλιψη
- Διαταραχή Πανικού
- Υπερκινητικό Σύνδρομο (ΔΕΠΥ)
- Διαταραχές Μάθησης
- Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Διπολική Διαταραχή

(Zagorski 2015 ; <http://autismpraxis.ning.com>)

1.8 Αίτια Αυτισμού

Η διερεύνηση των αιτιών του αυτισμού αποτελούν ένα πολύπλοκο ζήτημα στις μέρες μας, με πολλές διαμάχες γύρω από την έρευνα τους (Rutter 1987). Οι θεωρίες εκτείνονται από τη πρώτη άποψη που αναφέρεται στους γονείς ως αιτία των ΔΑΦ έως την ιδέα ότι η διαταραχή βασίζεται κατά κόρον σε οργανικά αίτια ανεξάρτητα γονεϊκής επιρροής. Ωστόσο πολλές και διαφορετικές αιτίες έχουν παρουσιαστεί κατά το πέρασμα των χρόνων να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτισμού. Κάποιες από αυτές είναι οι γενετικοί και νευρο-βιολογικοί παράγοντες, οι περιπλοκές κατά τη γέννηση, οι περιβαλλοντικές τοξίνες και πολλές άλλες αιτίες. Μερικές από τις παραπάνω έχουν μελετηθεί περισσότερο διαθέτοντας μία πιο πλήρη επιστημονική θεμελίωση από άλλες προσεγγίσεις (Constantino , Richard, Todd 2005), ενώ συγκεκριμένα ανοσολογικά προβλήματα δεν φαίνεται να σχετίζονται με τις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, καθώς πολλά αντιφατικά και αναποτελεσματικά συμπεράσματα έχουν διατυπωθεί. Ας δούμε όμως αναλυτικότερα τις βασικότερες προσεγγίσεις για το περίπλοκο αυτό ζήτημα των αιτιών του αυτισμού. (Συριοπούλου-Δελλή 2011)

1. Ψυχογενής Θεωρία

Η ψυχογενής προσέγγιση είναι αυτή που συσχέτισε τους γονείς με την αιτιολογία των ΔΑΦ. Η θεωρία αυτή δημιουργήθηκε μέσα από την πικρία τον θυμό, την απελπισία και την έντονη ενοχή των γονέων, που όμως απέτυχε να βασιστεί σε εμπειρικές μελέτες και ήταν περισσότερο δημοφιλής από τη δεκαετία του 1940 έως και τη δεκαετία του 1960, όπου άρχισαν να μειώνονται οι υποστηρικτές της. Η θεωρία αυτή άρχισε να δημιουργείται το 1943 όπου η ψυχαναλυτική θεωρία βρισκόταν σε μεγάλη απήχηση και έντονη επίδραση στη κατανόηση των διαταραχών. Αυτό που υποστήριξε ήταν ότι τα εμφανή συμπτώματα στον αυτισμό, είτε αυτά ήταν ήπια, είτε σοβαρά, ήταν εκδηλώσεις των εσωτερικών ελλοχευουσών συγκρούσεων που συνδέονταν με τις πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, και κυρίως στις σχέσεις παιδιού και γονέα. (Wachtel & Carter 2008)

Στη συνέχεια ένας ακόμη λόγος που επέτρεψε στη ψυχογενή θεωρία να καλλιεργηθεί ήταν η περιγραφή του Leo Kanner (1943) για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Αυτός τους περιέγραψε ως απόμακρους, ψυχρούς με τα παιδιά τους, συναισθηματικά απόμακρους, έμμοιους, καταναγκαστικούς στην ανατροφή των παιδιών τους, ανίκανοι να προφέρουν αγάπη και στοργή στην αλληλεπίδραση τους. Δεδομένου λοιπόν ότι η σχέση γονέα και παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξέλιξη του παιδιού σε ένα ευρύ φάσμα περιοχών, και ότι το παραπάνω κοινωνικό περιβάλλον δεν είναι ικανό να προσφέρει σε καμία περίπτωση την ανάπτυξη των σχέσεων της οικογένειας, λειτούργησε ως σημαντικός παράγοντας να θεωρηθούν οι

γονείς υπαίτιοι για αυτιστικά ζητήματα στα παιδιά τους. Ωστόσο ακόμη και ο ίδιο ο Kanner υποστήριξε ότι οι γονείς δεν θεωρούνται τα μόνα αίτια της διαταραχής, με τους ψυχολόγους και ψυχιάτρους να συνεχίσουν να περιπλέκουν τους γονείς στη διερεύνηση των αιτιών του αυτισμού.

2. Θεωρία Εκμάθησης

Η θεωρία της εκμάθησης δεν είχε τη διάδοση που παρουσίαζε η ψυχαναλυτική θεωρία, καθώς τα αιτιολογικά στοιχεία που διέθετε ήταν αρκετά περιορισμένα. Συγκεκριμένα η θεωρία της εκμάθησης ενέπλεξε με τον δικό της τρόπο τους γονείς στην αιτιολογία των ΔΑΦ, και βοήθησε στη πρόοδο θεραπευτικών μεθόδων. Ο κύριος υποστηρικτής της, ο Charles Fester ήταν ένας θεωρητικός της εκμάθησης που ασχολήθηκε ερευνητικά στη δεκαετία του 1950 και του 1960. Ο Fester (1961) ανέλυσε πως το πρώιμο κοινωνικό περιβάλλον του νηπίου, μπορούσε να διαμορφώσει τη συμπεριφορά του, που αποτελεί χαρακτηριστικό στον αυτισμό. Αυτό που ανέφερε ο Fester μέσα από τη καταγραφή ελλείψεων και υπερβολών στη συμπεριφορά του παιδιού, ήταν πως σημαντικότερο ρόλο παίζει η συχνότητα των συμπεριφορών στις ΔΑΦ και όχι οι συγκεκριμένες συμπεριφορές. Μίλησε λοιπόν για ένα «διαταραγμένο μοτίβο συχνότητας» ως αποτέλεσμα συγκεκριμένου μαθησιακού περιβάλλοντος που περιγράφεται από την ενίσχυση ορισμένων συμπεριφορών και την εξασθένηση κάποιων άλλων. Ο Fester διερευνώντας τις συμπεριφορές των γονέων που εμπλέκονται στη διαμόρφωση του μαθησιακού και συμπεριφορικού περιβάλλοντος του παιδιού, κατέληξε πως οι γονείς των παιδιών με αυτιστική διαταραχή έχουν προδιάθεση στη κατάθλιψη, και δεν δίνουν βάση στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς του παιδιού τους, καθώς ασχολούνται με άλλα γεγονότα της ζωής τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς να ενισχύουν λιγότερο την κοινωνική και επικοινωνιακή συμπεριφορά του παιδιού τους, ενώ αντίθετα να συμβάλουν στην όξυνση άλλων συμπεριφορών όπως είναι τα ξεσπάσματα και η αυτό-διέγερση (self-stimulation), το οποίο καταλήγει σε ένα συμπεριφορικό ρεπερτόριο, αποκαλούμενο ως «αυτιστικό»

Ωστόσο το σημαντικότερο πρόβλημα εδώ όπως και στην ψυχογενή προσέγγιση, είναι οι υποτιθέμενες αλληλεπιδράσεις γονέων και παιδιών, οι οποίες θεωρούνται πολύ σημαντικές στην ανάπτυξη της διαταραχής, αλλά δεν έχουν διερευνηθεί άμεσα.

3. Γενετικός Παράγοντας

Αυτός που αρχικά μίλησε για γενετικούς παράγοντες ως αίτια στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος ήταν ο Leo Kanner που παλιότερα κατέδειξε τους γονείς ως βασικούς υπαίτιους της διαταραχής. Αυτή τη φορά υποστήριξε πως ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα εγγενών ατελειών. Μάλιστα κάποιες πρόσφατες έρευνες έχουν σαφείς ενδείξεις, γενετικού υπόβαθρου, ως αιτίες περιπτώσεων στις ΔΑΦ (Piven, Simon et al 1993). Ο Sir Michael Rutter υποστηρίζει ότι ο αυτισμός

ίσως είναι «ο εντονότερα γενετικός εξ όλων των μη –Μεντελικών ψυχιατρικών διαταραχών» (Rutter 1997)

Ο γενετικός παράγοντας είναι αποτέλεσμα πολλών συμπερασμάτων.

α. Τα αδέρφια των παιδιών με αυτιστική διαταραχή εμφανίζουν 2-7% περισσότερες πιθανότητες να ανήκουν στο φάσμα. (Smaley 1991)

β. Η εμφάνιση αυτιστικών χαρακτηριστικών στα μονοζυγωτικά (MZ) δίδυμα κυμαίνεται από 60-90% (να έχουν και τα δύο παιδιά), ενώ στα διζυγωτικά (DZ) μεταξύ 5 και 10%

γ. Η κληρονομικότητα φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία στον αυτισμό. Οι ερευνητές έχουν καταδείξει πως ένα μέρος της διαταραχής μπορεί να είναι κληρονομικής σημασίας, τόσο στα δίδυμα,(Piven; Palmer et al.1997) όσο και στον υπόλοιπο παιδικό πληθυσμό, με συγγενείς πρώτου βαθμού να εμφανίζουν και οι ίδιοι εκδηλώσεις του ευρύτερου φαινοτύπου (Rutter, Bailey et. Al. 1997)

Η γενετική επιβάρυνση θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα συμμετοχής περισσότερων του ενός γονιδίων. Η επιβάρυνση αυτή πιστοποιείται και κλινικώς από την ύπαρξη ήπιων χαρακτηριστικών αυτιστικής μορφής σε ορισμένους γονείς παιδιών με αυτισμό, τα οποία καλούνται ως ‘ευρύτερος αυτιστικός φαινότυπος’ (Rutter 2000) και κυμαίνονται σε ποσοστό 7,5% γονέων και αδελφών όπως ανέδειξε μία μελέτη 3095 συγγενών ατόμων με αυτισμό (Pickles A, et al. 2000).

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί, πως ενώ η γενετική έρευνα έχει μεγάλη απήχηση και πολλές δυνατότητες σε αρκετές περιοχές, η επίδραση της δεν κρίνεται σημαντική στη μεταχείριση και θεραπεία των ατόμων που έχουν ήση παρουσιάσει αυτιστικά χαρακτηριστικά.

4. Νευροβιολογικές μελέτες

Οι μελέτες στον τομέα αυτόν υποστηρίζουν επίσης την οργανική βάση των ΔΑΦ. Οι έρευνες αναφέρονται σε νευροανατομικές και νευροχημικές ανωμαλίες που συνδέονται με τον αυτισμό, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις έχουμε και τη διάκριση βιο-συμπεριφορικών δεσμών, δηλαδή μεταξύ συγκεκριμένων προσδιορισμένων νευρολογικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και συγκεκριμένων συμπεριφορικών χαρακτηριστικών της διαταραχής. Πολλές μελέτες και έρευνες πραγματοποιήθηκαν με αρκετές τοποθετήσεις και συμπεράσματα πάνω στο περίπλοκο αυτό ζήτημα.

α. Μία έρευνα από τους Schain και Freedman (1961) ανέφερε μεγάλα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή της σεροτονίνης σε δείγματα ούρων και αίματος παιδιών με αυτισμό(γνωστό και ως Hyperserotonemia), (Geller, et al, 1961) ενώ και το 1982 ερευνητές στις UCLA υποστήριξαν πως δείγματα παιδιών με αυτισμό παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα σεροτονίνης.

β. Μία αποδεδειγμένη θέση νευροανατομικής ανωμαλίας στον αυτισμό σχετίζεται με την παρεγκεφαλίδα (Courchesne 1999)

Συγκεκριμένα, ευρήματα μαγνητικής απεικόνισης MRI υποδεικνύουν την απώλεια κυττάρων Purkinje ή/και κυψελοειδή παθολογία σε μέρη της παρεγκεφαλίδας και στον παρεγκεφαλιδικό φλοιό. Ενώ κάποιες άλλες μελέτες έχουν καταγράψει ανωμαλίες στον εγκεφαλικό φλοιό, σε δομές όπως τα αμύγδαλα, και σε πρόσθετα μέρη του εγκεφάλου.

γ. Ένα άλλο ερευνητικό στοιχείο που παρουσιάστηκε μέσα από μελέτες, ήταν η μη συνηθισμένη εγκεφαλική ανάπτυξη σε άτομα με ΔΑΦ. Ένα ποσοστό του 75% παρουσίαζε κατά τη γέννηση μικρότερο μέγεθος κεφαλής από αυτό των φυσιολογικών νηπίων, ενώ στη συνέχεια υπήρχε ταχεία αύξηση της κεφαλής, ώσπου στην ηλικία των 6 έως 14 μηνών, τα παιδιά που ανήκαν στο φάσμα παρουσίαζαν μεγαλύτερη περιφέρεια κεφαλής από εκείνα που ακολουθούσα φυσιολογική ανάπτυξη. Το εύρημα αυτό, της ανώμαλης ανάπτυξης του εγκεφάλου στον αυτισμό, οδηγεί στην υπερανάπτυξη του νευρικού ιστού με αποτέλεσμα να μη διαφοροποιείται κατάλληλα σε λειτουργικές περιοχές, οι οποίες θα μπορούσαν να μας εξηγήσουν της συμπεριφορικές και γνωστικές ανωμαλίες που σχετίζονται με το σύνδρομο. Το επίκεντρο όλων αυτών των ερευνητικών προσεγγίσεων θα ήταν η συσχέτιση ότι διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου συνδέονται με την αυτιστική συμπεριφορά. Υποστηρίζεται ότι οι γενετικοί παράγοντες, ίσως είναι υπαίτιοι για την ανώμαλη εγκεφαλική ανάπτυξη, όμως ο εγκέφαλος είναι ένα εξαιρετικά σύνθετο όργανο και δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά πως τα ευρήματα αυτά αποτελούν μοναδικά αίτια στην εμφάνιση του αυτισμού.

5. Ο Εγκέφαλος των δύο φύλων

Ο Simon Baron Cohen, 2003 στηριζόμενος σε μία νευροβιολογική θεωρία, κάνει λόγο για την ύπαρξη ενσυναισθήματος, ως την ειδοποιό διαφορά, ανάμεσα στο θηλυκό και αρσενικό εγκέφαλο. Ο Baron-Cohen, θεωρεί ότι οι θηλυκοί εγκέφαλοι είναι προδιαγεγραμμένοι ενσυναισθηματικά, ενώ οι αρσενικοί στρέφονται προς το συστηματικό. Αυτή είναι και η τεράστια διαφορά μεταξύ τους, καθώς το ενσυναίσθημα όπως υποστηρίζει, είναι εκείνο που καθορίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου, που αποτελούν χαρακτηριστικά στις ΔΑΦ. Ο Simon Baron Cohen θεωρεί ότι ο αυτισμός αποτελεί την «ακραία εκδοχή» του αρσενικού εγκεφάλου, και κύρια αιτία για αυτό υποστηρίζει πως είναι τα υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης (η βιολογική βάση της προγενέθλιας ανάπτυξης των ΔΑΦ). Μετά από πολλές μελέτες από τον ίδιο ερευνητή και πολλούς άλλους συνεργάτες συσχέτισαν τα υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης στη μήτρα, με την κοινωνική συμπεριφορά και τη γλώσσα των μικρών παιδιών (Manning; Baron Cohen et. al. 2001). Για να υποστηρίξει ωστόσο και την ύπαρξη αυτισμού στα κορίτσια, επισήμανε ότι αυτά εκτίθενται σε χαμηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης στη μήτρα.

6. ΔΑΦ και εμβόλιο MMR

Το MMR πρωτοεμφανίστηκε στη δεκαετία του 1980, και είναι ένα εμβόλιο της ερυθράς, της ιλαράς και της παρωτίτιδας, που χορηγείται στα βρέφη, συνδυάζοντας αυτά τα τρία, σε μία έγχυση. Μετά από μελέτες, ο Dr. Andrew Wakefield, ένας γαστρεντερολόγος από το Royal Free Hospital και το School of Medicine στο Ηνωμένο Βασίλειο, υποστήριξε τα αρνητικά αποτελέσματα του εμβολίου, και τη συμβολή του στην ανάπτυξη των ΔΑΦ. Αυτός και οι συνεργάτες του, μέσα από έρευνες κατέληξαν σε εξασθενημένη εντερική λειτουργία αλλά και σε αναπτυξιακή οπισθοδρόμηση, στα παιδιά που παρακολούθηθηκαν. Στη συνέχεια μία πιο λεπτομερή έρευνα που έγινε στην Αγγλία το 2001 από το Medical Research Council, κατέληξε στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στο εμβόλιο MMR και τις ΔΑΦ. Πολλές μελέτες, στρέφονται ενάντια αυτών των δύο παραγόντων μεταξύ τους (DeStefano 2002). Ωστόσο μία άλλη έρευνα (Madsen et. al. 2002), υποστηρίζει πως υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που αποδεικνύουν τη συσχέτιση αυτών των δυο. Πιο πρόσφατα όμως, το 2004 μία ακόμη έρευνα ήρθε στην επιφάνεια, επανεξετάζοντας τα στοιχεία του 2002 υποστήριξε πως δεν υπάρχει καμία διασύνδεση ανάμεσα στις ΔΑΦ και το εμβόλιο MMR. (Συριοπούλου-Δελλή 2002)

6. Άλλες πιθανές αιτίες

A. Ένας ακόμη πιθανός παράγοντας που θεωρήθηκε ότι συντελεί στην όξυνση της διαταραχής ήταν η προγενέθλια ή η μεταγεννητική έκθεση σε βαρέα μέταλλα όπως είναι ο υδράργυρος (Kirby 2005). Τα παιδιά έρχονταν σε επαφή με αυτό μέσω εμβολίων, που περιείχαν την ουσία thimerosal, το οποίο αποτελείται κατά 50% από ουσίες υδραργύρου. (Συριοπούλου-Δελλή 2002)

B. Σε ένα μικρό ποσοστό παιδιών με αυτισμό, εντοπίστηκε η παρουσία εύθραυστου X χρωμοσώματος που συμβάλει στην ύπαρξη των ΔΑΦ.

Γ. Κάποιες ψυχοφυσιολογικές μελέτες μιλούν για βαριά αναπτυξιακή ανωριμότητα στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (Α.Ν.Σ) των ατόμων με αυτισμό, όπου αυτή εντοπίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό, όταν ο αυτισμός συνυπάρχει με νοητική καθυστέρηση.

Με βάση λοιπόν τα δεδομένα και τις τοποθετήσεις που έχουμε έως σήμερα για τις ΔΑΦ, είναι αδύνατο να μιλήσουμε για ενιαίο παθολογικό μηχανισμό και για συγκεκριμένα αίτια. Είναι φανερό μια ανομοιογένεια στα αίτια του αυτισμού. Δεν είναι ακόμη βέβαιο, εάν υπάρχει ένας συγκεκριμένος πυρήνας παθογένειας ή αν υπάρχει εκτεταμένη ετερογένεια στα γενεσιουργά αίτια του αυτισμού. (Γενά 2002).

1.9 Αντιμετώπιση-Μορφές Παρέμβασης

Η θεραπεία για τον αυτισμό, αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα πολύπλοκο ζήτημα. Υποστηρίζεται ότι μέσω των κατάλληλων παιδαγωγικών προσεγγίσεων η ποιότητα της ζωής των ατόμων με αυτισμό μπορεί να σημειώσει πρόοδο. Σίγουρα πολύ σημαντικό ρόλο έχει η προσοδοφόρα υποστήριξη των οικογενειών, αλλά και η συνεργασία άλλων κλινικών, με επαγγελματισμό και ικανότητες, προσφέροντας αξιοπρεπή παρέμβαση και βοήθεια.

1.9^α «Λογοθεραπεία»

Στόχοι

1. Προώθηση στην ενίσχυση της κοινωνικοποίησης και της επικοινωνίας σε διάφορα περιβάλλοντα
2. Ο κλινικός πρέπει να διδάξει προσαρμοστικές ικανότητες και να επικεντρωθεί στην εκμάθηση γνωστικών και συναισθηματικών λειτουργιών, για να υπάρχει και η κατάλληλη συμπεριφορά
3. Αντιμετώπιση συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τα στάδια της ανάπτυξης.
4. Παροχή υποστήριξης και ενημέρωσης προς την οικογένεια του παιδιού, καθώς και στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην παρέμβαση
5. Προώθηση ασχολιών και ειδικών δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν πολλές φορές τα παιδιά με ΔΑΦ . (Νότας 2006)

Σχέδιο Λογοθεραπευτικής Αγωγής

Τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, παρουσιάζουν πολλές και διαφορετικές ανάγκες, οι οποίες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, και για αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο. Το σχέδιο της λογοθεραπευτικής παρέμβασης, είναι αναγκαίο να βασίζεται όχι μόνο στις ανάγκες του κάθε ατόμου, αλλά και στις ανάγκες που προέρχονται από την ίδια τη διαταραχή του αυτισμού. Το κάθε άτομο έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και δεξιότητες, και αυτά θα αποτελέσουν τη βάση της θεραπευτικής αγωγής. Αυτό που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, είναι η μορφή της παρέμβασης, να έχει διεπιστημονικό χαρακτήρα και να συμπεριλαμβάνονται οι απόψεις και οι στόχοι όλων των κλινικών που εμπλέκονται στη θεραπεία, λόγω της ανομοιογένειας που παρατηρείται. (Βογινδρούκας & Sherratt, 2005)

Επιπλέον ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να περιλαμβάνει την άμεση συμβολή της οικογένειας, με τον λογοθεραπευτή να συμβουλεύει, να προτρέπει και να αποτρέπει τους γονείς

από διάφορες συμπεριφορές. Οι προτεραιότητες όλων των κλινικών και της οικογένειας θα πρέπει να ιεραρχούνται, ώστε να υπάρχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ακόμη είναι αναγκαίο μέσα στο θεραπευτικό σχέδιο να υπάρχουν τρόποι με τους οποίους ο λογοθεραπευτής να μπορεί να αξιολογεί και να ελέγχει την πρόοδο ή την οπισθοδρόμηση του ασθενή σε όλους τους λειτουργικούς τομείς, και να πράττει ανάλογα με τη βελτίωση ή μη βελτίωση του ασθενή, διαμορφώνοντας το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο, μέσα από τακτές χρονικές αξιολογήσεις.

Λογοθεραπευτική Παρέμβαση

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση εστιάζει κυρίως στην ανάπτυξη των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ωστόσο ένα άλλο κομμάτι που θεωρείται άξιο παρέμβασης είναι και αυτό της κοινωνικότητας. Τα άτομα με αυτισμό πρέπει να εκπαιδευτούν σωστά ώστε να δρουν κατάλληλα στα διάφορα κοινωνικά πλαίσια που αυτοί ζουν και εργάζονται, για να είναι πιο λειτουργικοί και δημιουργικοί. Όπως προαναφέραμε σε αυτό θα βοηθήσει πολύ η οικογένεια του ατόμου, η οποία πρέπει να λαμβάνει συνεχή συμβουλευτική από τον λογοθεραπευτή. Ένα άλλο πλαίσιο όπου κρίνεται απαραίτητο προς παρέμβαση είναι το πλαίσιο της εκπαίδευσης. Αν τεθούν και υλοποιηθούν οι κατάλληλοι στόχοι, και η διεπιστημονική συνεργασία, τότε το παιδί θα μπορέσει να κάνει σημαντικά βήματα και να αποφύγει τυχόν δευτερογενή προβλήματα στη συμπεριφορά του. (Νότας, 2006)

Ένας λογοθεραπευτής μπορεί να δουλέψει με ένα μόνο άτομο, ή να διαμορφώσει μία κατάλληλη ομάδα, και να κάνει ομαδική θεραπεία. Επίσης μπορεί να λειτουργεί και ως σύμβουλος, παρέχοντας συμβουλές σε άλλους επιστημονικούς φορείς και σε γονείς. Υπάρχουν αρκετά προγράμματα λογοθεραπείας που διαρκούν 1-2 ώρες εβδομαδιαίως και συνδυάζονται με άλλες θεραπείες στο σχολείο ή στο σπίτι (πχ. PECS). Οι κλινικοί της λογοθεραπείας δεν αναλαμβάνουν μόνο άτομα με διαταραχές λόγου, αλλά και άτομα τα οποία δυσκολεύονται να κατανοήσουν αυτά που τους λένε οι άλλοι, και δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τις κοινωνικές πλευρές της επικοινωνίας. (Συριοπούλου-Δελλή 2011)

Επομένως με την κατάλληλη υποστήριξη και θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και τη συνεργασία οικογένειας και πολλών επαγγελματιών υγείας, είναι πιθανό να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα σε όλου τους γλωσσικούς, επικοινωνιακούς και συμπεριφορικούς τομείς που η διαταραχή επηρεάζει. Αξίζει να αναφερθούμε στους συγκεκριμένους τομείς που παρεμβαίνει η λογοθεραπεία σε επικοινωνιακό και γλωσσικό επίπεδο που εμφανίζονται και οι κύριες δυσκολίες.

1. Ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων

- Προληκτική πραγματολογία

- Μη λεκτική πραγματολογία
- Λεκτική πραγματολογία

2. Ρυθμός ομιλίας

- Χρήση Απεικονιστικών μεθόδων(βιντεοσκόπηση)
- Μαγνητοφώνηση
- Χρήση εικόνων από Meixner Frienderike

3. Ηχολαλία

- Διαμόρφωση συνεδρίας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου
- Χρήση γλωσσικού εργαλείου MAKATON, με στόχο την ανάπτυξη της καθημερινής χρήσης της γλώσσας μέσω πολυαισθητηριακών μεθόδων

4. Αντιμετώπιση χαλαρής άρθρωσης

- Τεχνικές αισθητηριακής ολοκλήρωσης σε συνεργασία με εργοθεραπευτή ώστε να βελτιωθούν οι αισθητηριακές δυσκολίες.

5. Εκπαίδευση του ατόμου στη κατανόηση των εκφράσεων, του προσώπου και της γλώσσας του σώματος

- Ο λογοθεραπευτής κάνει υπερβολικές κινήσεις για να κεντρίσει την προσοχή του παιδιού
- Παίζει θέατρο μαζί του
- Αναπαριστά εκφράσεις με το πρόσωπο του με σκοπό τη μίμηση
- Χρήση παιδικών τραγουδιών με ανθρώπους ή ζώα, προβάλλοντας συναισθήματα με τον τρόπο που μιλούν ή κινούνται

6. Εκπαίδευση στην εκτέλεση οδηγιών και στην καθοδήγηση

- Περιγραφή εικόνων με κατάλληλη καθοδήγηση
- Μίμηση παιδιού, δικών μας ενεργειών
- Απλές αλλά και παράδοξες εντολές προς το παιδί

7. Παρέμβαση στον αφηγηματικό λόγο

- Συμβολικό παιχνίδι με το παιδί, και αφήγηση εικονικής ιστορίας
- Μαθαίνουμε το παιδί να κάνει ερωτήσεις(του μαθαίνουμε ερωτηματικές λέξεις)
- Αναπαράσταση ιστορίας ζωγραφίζοντας σε χαρτί, είτε το παιδί είτε εμείς

- Ανάγνωση απλών κειμένων(παραμυθιών) και αφήγηση ιστορίας από το παιδί ή υποβολή ερωτήσεων για τη κατανόηση προς εμάς

8. Εκπαίδευση στη κατανόηση των διαφορετικών σκέψεων των άλλων ατόμων

- Περιγραφή εικόνας από λογοθεραπευτή με στόχο το παιδί να μαντέψει τι είναι
- Περιγραφή αντικειμένου με ερωτήσεις κλειστού τύπου
- Παρακολούθηση ταινίας και προσπάθεια συνέχισης της ιστορίας από το παιδί

9. Εκπαίδευση στη προώθηση της συζήτησης

- Εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων όπως η επιλογή θεμάτων, η έναρξη και συντήρηση μιας συζήτησης, και η διόρθωση
- Εκμάθηση δεξιοτήτων μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως είναι ο συγχρονισμός της βλεμματικής επαφής, η εναλλαγή σειράς σε μία συζήτηση, η χρήση μη λεκτικών συμπεριφορών(για την ενθάρρυνση του ομιλητή), και η δεξιότητα ανάκλησης πληροφοριών που αναφέρθηκαν

10. Εκπαίδευση για τη κατανόηση των αιτιγμάτων, ανέκδοτων και μεταφορών

«Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία που θα οδηγήσουν τη σκέψη του παιδιού στο να κάνει τις κατάλληλες υποθέσεις, προκειμένου να φτάσει σε κάποιο συμπέρασμα και να καταλάβει το πραγματικό νόημα, που κρύβεται πίσω από την κυριολεκτική σημασία των λέξεων» (Βογινδρούκας & Sherratt, 2005).

11. Εκπαίδευση δεικτικών λέξεων

- Ενίσχυση του «εγώ» και του «εσύ» μέσω δραστηριοτήτων, ώστε να κατανοηθούν και να παγιωθούν αυτές οι λέξεις
- Οργανώνουμε δραστηριότητες όπου το παιδί είναι αναγκαίο να χρησιμοποιεί συγκεκριμένες λέξεις(πχ εγώ – εσύ – εμείς – εσείς κλπ)
- Παίζουμε παιχνίδια όπου οι παίκτες θα πρέπει να απαντούν με συγκεκριμένες λέξεις

12. Παρέμβαση στο γραπτό λόγο

- Ο λογοθεραπευτή μπορεί να σημειώνει στο κείμενο με το ίδιο χρώμα τα ονόματα και τις αντωνυμίες που το ακολουθούν
- Απλοποίηση προτάσεων με βάση τις γλωσσικές ικανότητες του παιδιού
- Λεξιλογικές δραστηριότητες και ταυτοποίηση εννοιών και οπτικών συμβόλων
- Ασκήσεις με στόχο τη σύνδεση γραπτού και επικοινωνιακού λόγου

13. Ενίσχυση στη κατανόηση των μαθηματικών

- Εκπαίδευση στη κατανόηση του χρόνου
- Εκπαίδευση στην επίλυση αριθμητικών προβλημάτων (σύνδεση προβλημάτων με την καθημερινότητα του παιδιού)

14. Η επ' ευκαιρία διδασκαλία

- Στοχεύει εκ μέρους του λογοθεραπευτή στη προώθηση των αυθόρμητων πρωτοβουλιών του παιδιού για επικοινωνία, όπως είναι ένα εκτεταμένο σε ερεθίσματα περιβάλλον

(Βογινδρούκας & Sherratt 2005 ; Βογινδρούκας & Sherratt 2008)

15. Εκπαίδευση στις κοινωνικές ιστορίες

Η μέθοδος των κοινωνικών ιστοριών αναπτύχθηκε από την Carol Gray για τα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας (παιδιά με σύνδρομο Asperger). Η έννοια αυτής της μεθόδου, είναι ότι μία κοινωνική συμπεριφορά μαθαίνεται αφού πρώτα επαναληφθεί πολλές φορές . Όλες οι ιστορίες αναφέρουν συμπεριφορές που αποδίδει κάποιος σε παρόμοιες κοινωνικές περιστάσεις. Για να ενισχύσει το συγκεκριμένο πλάνο το άτομο, ώστε να κατανοεί τις κοινωνικές περιστάσεις από όλες τις οπτικές γωνίες, στη κάθε ιστορία, χρησιμοποιούνται τέσσερα είδη προτάσεων, όπου επισημαίνουν το τι έγινε, τι ήταν αυτό που έπρεπε να πράξει το άτομο τη συγκεκριμένη στιγμή, πως μπορεί να αισθάνθηκαν άλλα άτομα, αλλά και τις διαφορές τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιεί το άτομο, που θα του υπενθυμίζουν τι να κάνει σε ανάλογη περίπτωση. (Gray & White 2003)

Συμπερασματικά αξίζει να αναφέρουμε τους λόγους για τους οποίους κρίνεται απαραίτητη η συμβολή στη διεπιστημονική ομάδα, ενός εξειδικευμένου λογοθεραπευτή στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, όπως αυτές επισημάνθηκαν από τον Σ. Νότα (2006) :

«Η συμβολή του Λογοθεραπευτή είναι απαραίτητη τόσο στην αξιολόγηση, όσο και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος. Αναγνωρίζοντας ότι η γλώσσα αποτελεί μέρος του ολοκληρωμένου πακέτου της ανθρώπινης επικοινωνίας, η οποία με τη σειρά της βασίζεται στις εγγενείς δεξιότητες του ανθρώπου για σύναψη κοινωνικών σχέσεων, η λογοθεραπευτική παρέμβαση διαμορφώνεται μέσα από λεπτομερή γνώση της φυσιολογικής εξέλιξης της επικοινωνίας καθώς και από το ιδιάζον πρότυπο της εξέλιξης στον αυτισμό»

1.9^β Επικρατέστερες Θεραπευτικές και Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις

Στην Αμερική υποστηρίζεται πως υπάρχουν περισσότερες από εκατό τεχνικές για την αντιμετώπιση των ΔΑΦ, από τις οποίες, σχεδόν οι τριάντα περιλαμβάνουν φαρμακευτικά και άλλα σκευάσματα. Στις μέρες μας, παγκοσμίως χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές, πολλές από τις οποίες επισημαίνουν ότι έχουν θεαματικά αποτελέσματα. Οι επικρατέστερες, έγκυρες θεραπευτικές προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, παρά το ότι τα αποτελέσματα τους ποικίλουν σε κάθε παιδί, είναι οι παρακάτω.

1. Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις – BEHAVIOURAL APPROACHES, APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS (A.B.A)
2. Θεραπεία Καθημερινής Ζωής, (σχολείο Higashi) – DAILY LIFE THERAPY AT THE BOSTON HIGASHI SCHOOL
3. Προσέγγιση TEACCH – DIVISION TEACCH
4. Προσεγγίσεις Ενσωμάτωσης-Ολοκλήρωσης – INTERGATION APPROACHES
5. Αλληλεπιδραστικές Προσεγγίσεις – INTERACTIVE APPROACHES: OPTION APPROACH, THE PLAYSCHOOL CURRICULUM, INFANT DEVELOPMENT PROGRAMME
6. Ψυχοδυναμικές Προσεγγίσεις Ψυχαναλυτικού Τύπου
7. Θετικές Προσεγγίσεις – POSITIVE APPROACHES - Εκλεκτική Προσέγγιση – Ολιστικά Μοντέλα Αποτελεσματικής Παρέμβασης (ECLECTIC APPROACH) – Τεχνική SPELL
www.autismhellas.gr

Αξίζει να αναφερθούμε σε κάποιες από τις παραπάνω προσεγγίσεις πιο αναλυτικά.

Εφαρμοσμένη Συμπεριφοριστική Ανάλυση (ABA)

Το πρόγραμμα ABA – Lovass (Lovass' Applied Behavioural Analysis Εφαρμοσμένη = Ανάλυση Συμπεριφοράς του Καθηγητή Lovass) δημιουργήθηκε από τον Δρ. Ivar Lovass στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας στο Λος Άντζελες(1960-1970) και αφορά μία ευρέως διαδεδομένη πρώιμη εντατική παρέμβαση σε παιδιά με ΔΑΦ. Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται σε διάφορες τεχνικές, που έχουν ως θεωρητική βάση τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, μέσα από μια λεπτομερή και συνεχή διδασκαλία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, της καθημερινότητας και του λόγου. (Γενά 2002)

Ωστόσο η προσέγγιση αυτή δέχτηκε πολλές κριτικές, δεδομένου ότι στην προσέγγιση αυτή δεν κατακτάται ένα καινούριο εύρος δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν το παιδί στη ζωή του. (Baer et al, 1968)

Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει θεραπευτές, που εργάζονται διαρκώς(20-40 ώρες ανά εβδομάδα με τα παιδιά), τα παιδιά μαθαίνουν δεξιότητες με απλουστευμένους τρόπους, τα μαθήματα αρχίζουν με τυπικές δομημένες δράσεις, ενώ παράλληλα κάθε τους κίνηση επιβραβεύεται. Επίσης υπάρχει γενίκευση των δεξιοτήτων σε άλλα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όταν ένα βήμα κατοχυρωθεί από το παιδί (Συριοπούλου-Δελλή 2011)

Τα προγράμματα Lovaas μπορούν να ξεκινήσουν από την ηλικία των 2-4 ετών με εβδομαδιαία δομημένη ατομική θεωρία, και εκπαιδευμένους θεραπευτές. Οι γονείς παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο εδώ, καθώς εκπαιδεύονται και οι ίδιοι στα προγράμματα ABA και συνεχίζουν τη θεραπεία με τα παιδιά τους και στο σπίτι.

Παρόμοια έρευνα με αυτή του Lovaas είναι και το πρόγραμμα «Διακριτική Προσπάθεια Διδασκαλείας» (Discrete Trial Teaching), του Koegel το 1997. (Συριοπούλου-Δελλή 2011)

Η προσέγγιση ABA, είναι μια θεώρηση με έναν «αρνητικό» προσανατολισμό, καθώς στόχος της είναι η ελάττωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και όχι η ανάπτυξη μιας καινούριας θετικής αντίδρασης. Αρκετές προσπάθειες γίνονται από ανθρώπους που χρησιμοποιούν την προσέγγιση αυτή στο γλωσσικό τομέα, παρά το γεγονός ότι πολλοί ήταν αυτοί που την κατηγόρησαν πως δεν στοχεύει και δεν βοηθά στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. (Γενά, 2002)

Θεραπεία καθημερινής ζωής, σχολείο Hishagi (DAILY LIFE THERAPY AT THE BOSTON HISHAGI SCHOOL)

Η θεραπεία της καθημερινής ζωής επινοήθηκε από τον δρ. Kiyo Kitahara το 1984. Η βάση τους είναι στην Ιαπωνία, αλλά υπάρχει και ένα μικρό παράρτημα τους στη Βοστώνη. Τα σχολεία Hishagi απευθύνονται σε ηλικίες 3-22 ετών και κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η επιλογή ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν πολλαπλές αναπηρίες και δεν έχουν κάποιου είδους συννοσηρότητα ενώ επίσης έχουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης. Αυτό συμβαίνει καθώς οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν σωματικές ασκήσεις και εστιάζουν στα άτομα αυτά που θα μπορούσαν να επιτύχουν μία ομαλή πορεία και πρόοδο. (Καλύβα 2005)

Αυτή η μέθοδος προσεγγίζεται ολιστικά, αντιμετωπίζοντας το παιδί ως ολότητα, χωρίς δηλαδή να εστιάζει μόνο στις δυσκολίες του, γεγονός που ενθαρρύνει και την ανάπτυξη στενών σχέσεων ανάμεσα στον θεραπευτή και το παιδί. Το πρόγραμμα αποτελείται από ικανότητες σε καθημερινές ασχολίες, κοινωνικές ικανότητες, και δραστηριότητες ενδυνάμωσης ικανοτήτων. Επιπλέον παρεμβαίνει και σε ακαδημαϊκές δραστηριότητες, στην εξάσκηση μουσικών οργάνων, και σε θεραπευτικές μεθόδους μέσω της τέχνης (Lennard & Brown 2003).

Χαρακτηριστικά το καθημερινό αυτό πρόγραμμα λειτουργεί 217 ημέρες το χρόνο και το πρόγραμμα φιλοξενίας 304 ημέρες ετησίως.

Η Καλύβα Ευ. στο βιβλίο της: Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, αναφέρει: «Πρόκειται για ένα σχολείο που προσπαθεί να «πουλήσει» το προϊόν του στους γονείς που προσπαθούν να βρουν ένα χώρο εκπαίδευσης ή διαβίωσης για τα παιδιά τους, ελπίζοντας ίσως σε ένα καλύτερο μέλλον χωρίς να παρέχει διαπιστευμένες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά του» (Καλύβα 2005)

Αρχές Δομημένης Εκπαίδευσης-TEACCH

Το πρόγραμμα TEACCH, δημιουργήθηκε από τον Eric Schopier και άρχισε να εφαρμόζεται το 1996 από το τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Β. Καρολίνας στις ΗΠΑ. ΤEEACCH είναι τα αρχικά των λέξεων: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children, και μεταφράζεται ως: Θεραπεία και Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό και Σχετικές Διαταραχές Επικοινωνίας. (Mesibon et al, 2004)

Όπως αναφέρει η Ευ., Καλύβα (2005) : ««Το TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό»

Το σύστημα διδασκαλίας TEACCH στηρίζεται στους παρακάτω άξονες :

1. Βελτίωση της προσαρμοστικότητας, με δραστηριότητες για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ατόμου, και με άμεση παρέμβαση σε περιβαλλοντικές συνθήκες, ώστε να αντιμετωπιστούν δυσκολίες και να υπάρχει ομαλή προσαρμογή
2. Συνέχιση του προγράμματος στο σπίτι, μετά από εκπαίδευση και συνεργασία των γονέων, με αποτέλεσμα να δρουν ως «συν-θεραπευτές»
3. Ατομικό εκπαιδευτικό και θεραπευτικό πρόγραμμα για κάθε παιδί, μέσα από τακτικές αξιολογήσεις
4. Δημιουργία δομημένου περιβάλλοντος ,ώστε να επέλθει η κατάλληλη διδασκαλία και μείωση του άγχους.
5. Επιβράβευση ικανοτήτων που ξεκινούν να αναδύονται
6. Γνωστική και συμπεριφοριστική θεραπεία. Το TEACCH περιλαμβάνει μεθόδους(οι οποίες χρησιμοποιούνται κυρίως από ψυχολόγους για την αντιμετώπιση αγχωδών καταστάσεων και ψυχολογικών διαταραχών), ώστε να παρέμβει στην κατανόηση και βελτίωση της συμπεριφοράς κάθε παιδιού χωριστά.

7. Γενικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Προσέγγιση του παιδιού ως ολότητα, αποφεύγοντας ειδικές θεραπευτικές μεθόδους (όπως λογοθεραπεία και μουσικοθεραπεία) (Mesibov et al, 2004)

Το πρόγραμμα TEACCH οργανώνεται σε 3 μέρη αναλογικά σε κάθε ηλικία:

- Προκαταρτικό Στάδιο (5-10 ετών): Τα παιδιά περνούν τον περισσότερο χρόνο στην τάξη
- Μεσαίο Στάδιο (10-15 ετών): Τα παιδιά περνούν περισσότερο χρόνο στο χώρο του σχολείου, όχι αναγκαία με παιδιά άλλων τάξεων.
- Υψηλό Στάδιο (15-21 ετών): Οι έφηβοι περνούν περισσότερο χρόνο στην κοινότητα και στο χώρο εργασίας (Παπαγεωργίου 2014)

Θετικές προσεγγίσεις – SPELL

Η τεχνική SPELL αναπτύχθηκε σε σχολεία που διευθύνει η Εθνική Αυτιστική Κοινότητα στη Μ. Βρετανία . Τα αρχικά των όρων και η σημασία τους είναι:

- Structure = Δομή: Ο στόχος εδώ είναι η εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος όπου τα παιδιά θα αισθάνονται ασφαλή και δεν θα έχουν άγχος στη παρακολούθηση του προγράμματος.
- Positive Attitudes = Θετικές Στάσεις: Δίνεται βάση στην ενίσχυση της αυτοεικόνας του παιδιού, στις δυνατότητες που μπορεί να επιδείξει και στην αυτοεπιβεβαίωση.
- Empathy = Εμπάθεια: Στόχος είναι η ενσυναίσθηση του παιδιού, η συναισθηματική κατανόηση και η επικοινωνία.
- Low Arousal = Χαμηλή Διέγερση: Χαλάρωση που διαμορφώνεται μέσα σε ένα ήρεμο και οργανωμένο περιβάλλον.
- Links = Δεσμοί: Συσχέτιση καταστάσεων και εμπειριών, για τη διεύρυνση μαθησιακών εμπειριών.

<http://www.noesi.gr/book/intervention/spell>

1.9^γ Άλλες Μορφές Παρέμβασης στις ΔΑΦ (Ειδικές Θεραπευτικές & Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις)

1. Πρόγραμμα εκμάθησης

Ο Kehler το 1989 δημιούργησε ένα πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο βασίζεται σε συμπεριφοριστικά μοντέλα μάθησης για διάφορες συμπεριφορικές δυσκολίες των αυτιστικών παιδιών. Οι δυσκολίες αυτές αφορούν την κοινωνική απομόνωση, τη δυσκολία να αντιληφθούν κοινωνικές καταστάσεις, τη μη γλωσσική επάρκεια, τις κινητικές ανωμαλίες, τις στερεοτυπικές συμπεριφορές, την επιθετικότητα, και την αυτοεπιθετικότητα, καθώς επίσης τη μη λειτουργική συμπεριφορά στην ομάδα, την ενούρηση, και την εγκόπριση κ.ά. Το πρόγραμμα ακολουθεί τα παρακάτω στάδια :

- Κατάρτιση μιας πρώτης επικοινωνίας και ετοιμότητας για μάθηση (βλεμματική επαφή, πρόκληση ενδιαφερόντων)
- Παρουσία και επίδειξη της ύλης(παιχνίδι, αντικείμενο)
- Παροχή ύλης (γλωσσική και μη γλωσσική έκφραση, χειρονομίες)
- Επίδειξη-Χειρισμός (τι και πως γίνονται κάποια πράγματα)
- Ενεργός συμμετοχή (κατευθύνεται προς το στόχο)
- Ενίσχυση(υλική και θετική) (Κυπριωτάκης 1997)

2. Θεραπευτικές εφαρμογές αισθητηριακής ολοκλήρωσης σε παιδιά με αυτισμό

Η Αισθητηριακή Ολοκλήρωση πρόκειται για μια φυσιολογική νευρολογική διαδικασία, που στόχο έχει να παράγεται λειτουργική ή προσαρμοστική συμπεριφορά, διά μέσου της οποίας ο εγκέφαλος οργανώνει τις αισθητηριακές πληροφορίες όπως τις δέχεται από το περιβάλλον και το σώμα του. Η Αισθητηριακή Ολοκλήρωση επικεντρώνεται στη ρύθμιση και τον συντονισμό των αισθητηριακών συστημάτων (Αιθουσαίο σύστημα, Σωματο-αισθητικό σύστημα, ιδιοδεκτικό και απτικό, Ακουστικό σύστημα, Οπτικό σύστημα). Τα συστήματα αυτά μας βοηθούν να αντιλαμβανόμαστε, να αναγνωρίζουμε και να ανταποκρινόμαστε σε ποικίλα ερεθίσματα που δεχόμαστε κατά καιρούς από το περιβάλλον. Είναι γενικώς αποδεκτό, ότι τα άτομα με αυτισμό επιδεικνύουν σημαντικές δυσκολίες στις παρακάτω δεξιότητες:

- Εγγραφή στον Προσανατολισμό
- Εγγραφή στην Επεξεργασία Αισθητηριακών Πληροφοριών
- Στην Αισθητηριακή Ρύθμιση
- Στις Πρακτικές Λειτουργίες (Μάγκλαρη & Cool 2001)

Έχουν λοιπόν δημιουργηθεί διάφορα προγράμματα θεραπείας Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης, όπου στοχεύουν στην ελάττωση της «απτικής αμυντικότητας» (απτικής ευαισθησίας), έτσι ώστε ένας μεγάλος αριθμός αισθητηριακών ερεθισμάτων να καταγραφεί και να διαμορφωθεί με αποτελ

εσματικότερο τρόπο. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν, μασάζ, πολύ απαλό τρίψιμο σε διάφορα μέρη του σώματος, και παλμικές κινήσεις, (Smith, Tristram et. al. 2005) Αναφέρεται επίσης, ότι λόγω της πλαστικότητας του εγκεφάλου στα πολύ μικρά παιδιά, και της τάσης του αυτισμού να επηρεάζει ποιοτικά την πορεία της ανάπτυξης, κρίνεται αναγκαίο μία τέτοια θεραπευτική προσέγγιση όπως η αισθητηριακή, να ξεκινήσει από πολύ νωρίς, ώστε να επέλθουν και τα ανάλογα θετικά αποτελέσματα. Τέλος επισημαίνεται ότι το μοντέλο αυτό παρέμβασης, θεωρείται από τα πιο εξελισσόμενα μοντέλα στον τομέα της εργοθεραπείας. (Μάγκλαρη & Cool 2001)

3. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις οπτικής καλλιέργειας

Πολλά από τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή αντιμετωπίζουν κάποιες οπτικές ευαισθησίες. Υπάρχουν ειδικά προγράμματα για κάθε άτομο, τα οποία λειτουργούν ετησίως, και περιλαμβάνουν δραστηριότητες οπτικό-κινητικής καλλιέργειας. Κάποια από αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν τη χρήση χρωματιστών φακών, για άτομα με τέτοιες ευαισθησίες. Κάποια άλλα πάλι περιλαμβάνουν την αποφυγή έκθεσης σε συνθήκες με μεγάλη ηλιακή ακτινοβολία (π.χ. κοντά σε παράθυρα της αίθουσας, ή στα τζάμια των αυτοκινήτων), τη χρήση παραβάν, το οποίο απομονώνει τον θόρυβο αλλά και την ακτινοβολία και τέλος η χρήση γυαλιών ηλίου σε παιδιά που αντιμετωπίζουν φωτοευαισθησία. (Adams & Holloway 2004)

4. Θεραπεία Ολοκληρωτικής Ακρόασης

Υπάρχουν πολλές τεχνικές που περιλαμβάνουν την ακουστική παρέμβαση. Η μέθοδος Berard AIT (Berard Auditory Integration Training) σχετίζεται με την ακρόαση μουσικής, η οποία έχει υποστεί τροποποίηση και παράγει συχνότητες ήχου με τυχαίο τρόπο. Η μουσική ακούγεται σε σταθερή ένταση, δυνατά αλλά όχι επώδυνα. Ο εκπαιδευόμενος πρέπει να ακούει τη μουσική καθημερινά, με ακουστικά για μία με δύο ώρες, δύο φορές την ημέρα. Το πρόγραμμα διαρκεί συνολικά δέκα μέρες. Άλλες τεχνικές που υπάρχουν, είναι η Tomatis, το Πρόγραμμα Ακουστικής, και το SAMONAS (Wall 2006)

5. Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία αποτελεί μία νέα τεχνική στη χώρα μας, σε αντίθεση με άλλες χώρες όπως Αμερική, Μεγάλη Βρετανία, και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται 60 χρόνια τώρα σε παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού. Τα παιδιά, και κυρίως τα μικρότερα παιδιά με ΔΑΦ τις περισσότερες φορές επικεντρώνονται στη μουσική, και όχι στα λόγια ενός τραγουδιού. Η μουσικοθεραπεία λοιπόν στοχεύει:

- Στην κινητοποίηση των ατόμων να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους
- Να διδάξει τρόπους έκφρασης
- Στην επίγνωση του εαυτού τους και των άλλων ατόμων, μέσα από τεχνικές, διαμορφωμένες από τους μουσικοθεραπευτές ειδικά για κάθε άτομο
- Ενίσχυση για μείωση της ευαισθησίας τους στον ήχο (η έντονη πίεση και η διέγερση του αιθουσαίου πυρήνα , ίσως να φανούν αποτελεσματικές και ωφέλιμες σε παιδιά που οι ήχοι πολλές φορές τους προκαλούν εκνευρισμό και ένταση)
- Ενίσχυση της προσοχής , της ικανότητας συγκέντρωσης και μνήμης (Lennard Brown 2003)

Η μουσικοθεραπεία λοιπόν δίνει τη δυνατότητα εναλλακτικού τρόπου επικοινωνίας και έκφρασης στα άτομα όπου η λεκτική επικοινωνία τους είναι ανεπαρκής ή απύσχα ως επικοινωνιακό μέσο.

6. Προσέγγιση Floor Time

Σύμφωνα με την τεχνική Floor Time οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος εκτιμούνται ως διαταραχές βιολογική ανωμαλίας, όπου οι αισθητηριακές δυσκολίες, επιβραδύνουν την ομαλή πρόοδο των επικοινωνιακών, κοινωνικών και γνωστικών δεξιοτήτων. Ο κύριος στόχος της προσέγγισης αυτής, είναι να δώσει στο παιδί τη δυνατότητα να ασχοληθεί με τις αισθητηριακές δυσκολίες, με αποτέλεσμα να καταστεί δυνατή η επικοινωνία με το κοντινό του περιβάλλον. (Schreibman L., 2005)

7. Θεραπεία με Σφιχταγκάλιασμα

Η μέθοδος του «σφιχταγκάλιασματος» στις αρχές της δεκαετίας του ογδόντα, θεωρούνταν ως η καταλληλότερη μέθοδος για τα αυτιστικά παιδιά. Σήμερα, γνωστή και ως μέθοδος ελάττωσης θυμού, θεωρείται από πολλούς κλινικούς εξίσου σημαντική στη παρέμβαση των ΔΑΦ. Η θεραπεία επικεντρώνεται στα παρακάτω βήματα:

- Η μητέρα κρατά κοντά στο σώμα της το παιδί, καθώς αυτό μπορεί να αντισταθεί ή να αντιδράσει
- Η μητέρα συνεχίζει να το κρατά σφιχτά, και να επικεντρώνεται στη βλεμματική επαφή μαζί του
- Προσπαθεί να προσαρμόσει το σώμα της με το σώμα του παιδιού, να το σταθεροποιήσει από τυχόν ξεσπάσματα, και να το κοιτά στα μάτια
- Η μητέρα χαϊδεύει το παιδί στο πρόσωπο, και αρχίζει σταδιακά να του μιλάει

Σε πολλές περιπτώσεις το παιδί μπορεί να αντιδράσει βίαια, να φωνάζει από θυμό και φόβο, να φτύνει και να δαγκώνει ή να χτυπά. Σε όλες αυτές τις στιγμές, η μητέρα πρέπει να εξακολουθήσει να σφιχταγκαλιάζει το παιδί της, μέχρι αυτό να ηρεμήσει και να χαλαρώσει. Σημαντική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής, είναι οι συνθήκες ανεξάντλητης υπομονής και επιμονής που πρέπει να επιδείξει η μητέρα. Η τεχνική του σφιχταγκαλιάσματος τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει πολλές συζητήσεις και συγκρούσεις ανάμεσα στους κλινικούς του θέματος αυτού. (Κυπριωτάκης 1997)

8. Παρέμβαση Ανάπτυξης Σχέσεων- RDI

Η μέθοδος RDI= Relationship-Development-Intervention, δημιουργήθηκε από τον Δρ. Steven Gutstein και στοχεύει στη πρόοδο των σχέσεων του παιδιού με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, αλλά και στην ανάκαμψη και ανακάλυψη των άγνωστων λειτουργιών του εγκεφάλου. (Strain et al, 1996)

9. Θεραπευτικές Παρεμβάσεις με Ζώα

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι ειδικοί και ψυχοθεραπευτές υποστηρίζουν τη μεγάλη σημασία και αποτελεσματικότητα των ζώων, στη θεραπευτική παρέμβαση των ατόμων με ΔΑΦ, αλλά και σε πολλές ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς. Ένα υπάκουο και «έξυπνο» ζώο μπορεί να προσφέρει σε ένα παιδί μικρής ηλικίας θεαματικά αποτελέσματα, καθώς επίσης και ευκαιρίες εξωτερίκευσης, έκφρασης, επικοινωνίας και χαλάρωσης από πιεστικές καταστάσεις. Το ζώο γίνεται έτσι ένας συνομιλητής και πιστός φίλος του παιδιού, ο οποίος τον βοηθά ακόμη να ξεπεράσει αγχώδεις καταστάσεις, και καταστάσεις επιθετικότητας, στερεοτυπικές κινήσεις, και να αντιμετωπίζει με περισσότερο θάρρος καθημερινές λειτουργίες που μέχρι πρότινος του φαίνονταν δυσβάσταχτες. (Fine & Aubrey 2010)

Τα ζώα που χρησιμοποιούνται κυρίως, είναι τα άλογα, τα δελφίνια και τα σκυλιά στη θεραπεία των ΔΑΦ. Ωστόσο θεωρείται αναγκαίο όλα τα ζώα να έχουν περάσει την κατάλληλη κτηνιατρική περίθαλψη για πρόληψη τυχόν μολυσματικών νόσων στον άνθρωπο. Αξίζει επίσης να αναφερθούμε και στη θεραπευτική ιππασία. Πολλοί άνθρωποι όλων των ηλικιών, και με διάφορες αναπηρίες έχουν αντιμετωπίσει τις δυσκολίες τους και έχουν δει θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον επισημαίνεται πως οι επικοινωνιακές δυσκολίες των ατόμων με αυτισμό μειώνονται σε μεγάλο βαθμό, ενώ και η συμπεριφορά τους σημειώνει πρόοδο με τη μέθοδο της θεραπευτικής ιππασίας. Τέλος η μέθοδος αυτή επιδρά σημαντικά και στους τομείς των στερεοτυπιών, της επικοινωνίας, της κινητοποίησης, της αλληλεπίδρασης, και της αντιληπτικότητας.

10. Ηλεκτρονικοί Υπολογιστές

Υπάρχουν διαδεδομένα αρκετά λογισμικά και θεραπευτικά-εκπαιδευτικά προγράμματα, για παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα, εύκολα στη χρήση τους, και συμβάλουν αποτελεσματικά στη πρόοδο και επίτευξη της επικοινωνίας. Αξίζει να αναφέρουμε μερικά από αυτά.

1. Εφαρμογή Proloquo2Go
2. Εφαρμογή iCommunicate for iPad
3. Εφαρμογή iConverse
4. Εφαρμογή AutismXpress
5. Πρόγραμμα Grace
6. Εφαρμογή ConversationBuilder
7. Εφαρμογή Autism iHelp-Play
8. Λογισμικό AutisMate

11. Εργοθεραπεία

Εργοθεραπεία αποκαλείται η «τέχνη του πράττειν» ή αλλιώς «η τέχνη του να κάνω συμβατικά το σωστό σε σχέση με αυτό που απαιτεί η κατάσταση» ή αλλιώς «κάνοντας αυτό που απαιτεί η περίπτωση» (American Occupational Therapy Association –AOTA, Επιμέλεια: Αλεξάνδρου Στράτος)

Στη χώρα μας υπάρχουν πολλά παιδιά μικρής ή μεγάλης ηλικίας που αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες και απαιτούν χρήση ειδικής θεραπευτικής αγωγής. Τα παιδιά αυτά μπορεί να ανήκουν στο ΔΑΦ, να αντιμετωπίζουν κάποια νοητική ή κινητική αναπηρία, να έχουν κάποια ασθένεια, ή να εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Μία ολοκληρωμένη και άμεση παρέμβαση θεωρείται αναγκαία, και σε αυτό θα συμβάλει πολύ και ο τομέας της εργοθεραπείας, ειδικότερα στα παιδιά που ανήκουν

στο φάσμα του αυτισμού και αντιμετωπίζουν υπέρ- ή υπό-ευαισθησία σε αγγίγματα, σε ηχητικές παρεμβολές, σε γεύσεις και μυρωδιές. Ο εργοθεραπευτής προφέρει στα παιδιά σκόπιμες δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν το παιδί να ξεπεράσει πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Συγκεκριμένα πολλά παιχνίδια που συμβάλουν στην εξερεύνηση του περιβάλλοντος από το παιδί, και στην εξερεύνηση των συναισθημάτων του, αλλά και των άλλων ανθρώπων. Επιπλέον μέσα από διάφορες δραστηριότητες το παιδί σημειώνει πρόοδο στις περιοχές της λεπτής κινητικότητας(πχ πώς να κρατά το μολύβι, να γράφει, πώς να βαστά το πιρούνι για να φάει κ.α.), στη βελτίωση της στάσης του σώματος όταν κάθεται, ακόμη και να ντύνεται μόνος του. Η εργοθεραπεία επίσης βελτιώνει και άλλες περιοχές της κινητικότητας, όπως είναι η ενίσχυση των μυών, η ενδυνάμωση των αρθρώσεων, και η ομαλή σωματική ανάπτυξη. Όλα αυτά θα συμβάλουν με τον δικό τους τρόπο στη κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς και στην απόκτηση θάρρους και δυναμικότητας από το παιδί.

<http://www.proseggisi.gr>

12. Φυσικοθεραπεία

Ο τομέας της φυσιοθεραπείας αφορά κυρίως περιπτώσεις παιδιών με σοβαρές κινητικές δυσκολίες, στην αδρή ή λεπτή κινητικότητα. Στοχεύει ακόμη σε αισθητηριακά ερεθίσματα για την ενίσχυση και οργάνωση της συμπεριφοράς και του κινητικού σχεδιασμού. Παράλληλα επικεντρώνεται και σε άλλους τομείς όπως η αυτοεξυπηρέτηση, ώστε να ανεξαρτητοποιηθεί και να αισθάνεται το άτομο ασφαλέστερο σε καθημερινές λειτουργίες, κοινωνικές καταστάσεις, αλλά και στο παιχνίδι. (Συριοπούλου-Δελλή 2002) ; (<http://kalaitzi.gr/peritpwseis/autismos>)

13. Βιοχημικές Θεραπείες-Φάρμακα-Βιταμίνες-Διατροφή

Πολλοί κλινικοί επισημαίνουν πως οι διατροφικές συνήθειες και ο έλεγχος της διατροφής, θα βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΑΦ (Volkmar 2001). Έχουν γίνει αναφορές για συμπληρώματα όπως η βιταμίνη Β6, και C, αλλά και το μαγνήσιο, πως μπορούν να βοηθήσουν μία ομάδα παιδιών που ανήκουν στο φάσμα, αλλά και άλλα παιδιά με έλλειψη αυτών των βιταμινών. Επίσης κάποιες δίαιτες χωρίς γλουτένιο και γαλακτοκομικά προϊόντα μπορεί να μειώσουν τα αυτιστικά συμπτώματα σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών. Κάποιοι άλλοι γιατροί, προτείνουν φάρμακα για την αντιμετώπιση κάποιων αυτιστικών συμπεριφορών. (PangBorn 2005). Οι συμπεριφορές αυτές αφορούν κυρίως τη κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία. Όπως αναφέρει και ο Karoly Horvarth το 1998, με τη χορήγηση μίας συγκεκριμένη ορμόνης, της «σεκρετίνης», τα παιδιά με ΔΑΦ βελτιώνουν τη συμπεριφορά τους στους παραπάνω τομείς. (Esch, Carr 2004).

1.9^ο Γλωσσικά Προγράμματα

1. Σύστημα PECS

Το σύστημα επικοινωνίας PECS (Picture Exchange Communication System= Επικοινωνία μέσω της ανταλλαγής εικόνων), δημιουργήθηκε το 1985 στις ΗΠΑ, από τους A. Bondy και L. Frost. Το PECS εφαρμόστηκε αρχικά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ σήμερα χορηγείται και σε ενήλικες που ανήκουν στο ΔΑΦ ή που αντιμετωπίζουν επικοινωνιακές δυσκολίες. Επικεντρώνεται κυρίως σε άτομα με σοβαρή αυτιστική διαταραχή, όπου μαθαίνουν μέσω ειδικών θεραπειών τις σχέσεις ανάμεσα στις εικόνες ή τα σύμβολα και τα αντικείμενα. Τα παιδιά διδάσκονται τη μέθοδο αυτή, και ανταλλάσσουν εικόνες ή σύμβολα για το κάθε αντικείμενο που αναπαριστούν. Στην εφαρμογή της μεθόδου λαμβάνουν μέρος δύο ενήλικες, ο ένας για να κρατάει το αντικείμενο, και ο άλλος για να παρακινεί το παιδί να ανταλλάξει την εικόνα-σύμβολο με το πραγματικό αντικείμενο. Η μέθοδος αυτή στοχεύει στο να κατανοήσει το παιδί ότι η εικόνα-σύμβολο αναπαριστά ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, ώστε ένα παιδί που δεν μπορεί να εκφέρει λόγο, να μπορεί να ζητάει αυτό που θέλει μέσω των εικόνων-συμβόλων. (Bondy & Forst 1994)

2. Σύστημα MAKATON

«Το γλωσσικό πρόγραμμα MAKATON χρησιμοποιήθηκε τη δεκαετία του 1970 από μία Βρετανίδα λογοπεδικό τη Margaret Walker. Το πρόγραμμα αυτό όταν ξεκίνησε ήταν το πρακτικό μέρος μία έρευνας και στόχευε να εμπλουτίσει ενήλικους τροφίμους ενός ιδρύματος, με κάποιο μέσο επικοινωνίας, οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα ακοής και σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες με υπάρχουσα νοητική υστέρηση. Σήμερα χρησιμοποιείται σε όλες τις ηλικίες (σε παιδιά και στην ενήλικη ζωή), κυρίως σε άτομα με πολύ σοβαρές, μέτριες ή ελαφριές μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση), σε άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, σε ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες, αλλά και σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν αισθητηριακές ή πολυαισθητηριακές δυσκολίες. (Smith & Julie 2014)

Επιπλέον παρέχει σημαντική βοήθεια, σε άτομα με Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (SLI) ή με άλλες αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές και σε άτομα με επίκτητες γλωσσικές διαταραχές (αφασίες και δυσαρθρίες). (Βογινδρούκας & Sherratt, 2005)

Συγκεκριμένα η τεχνική MAKATON λειτουργεί με ένα συνδυασμό γλώσσας και χειρονομιών, ή νοημάτων όπου υποστηρίζονται με συγκεκριμένες εικόνες. Στηρίζεται λοιπόν στο γεγονός, ότι όλοι στην επικοινωνία μας με τους άλλους ανθρώπους χρησιμοποιούμε οπτικά συστήματα, εκφράσεις ή χειρονομίες για να γίνουμε κατανοητοί. Έτσι και η μέθοδος MAKATON μπορεί να παρέχει

«επικοινωνία», σε άτομα με προβλήματα εκφραστικού λόγου, χωρίς όμως να χρειάζεται η ομιλία. Αρχικά εισάγονται μικρές λέξεις, από τις πιο φανερές και άμεσες, όπως μαμά, μπαμπά, μπισκότο, παρακαλώ, ευχαριστώ, ενώ παράλληλα εισάγονται σταδιακά και προοδευτικά κάποια σύμβολα και νοήματα. Στη συνέχεια έχουμε σταδιακά επιπλέον λέξεις από αυτές που μάθαμε (Wall 2006). Σήμερα το Πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ είναι διαδεδομένο και χρησιμοποιείται ευρέως εδώ και 30 χρόνια, προσαρμοσμένο σε περισσότερες από 40 χώρες με πολύ διαφορετικούς πολιτισμούς, και αποτελείται από ένα λεξιλόγιο 450 εννοιών.

Στην Ελλάδα πρώτοεμφανήστηκε το 1992 μέσω του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών που οργάνωσε το πρώτο σεμινάριο εκπαιδευτών της, του συστήματος επικοινωνίας. Το ΜΑΚΑΤΟΝ στην Ελλάδα διαχειρίζεται η ΜΑΚΑΤΟΝ ΕΛΛΑΣ (μη κερδοσκοπική εταιρεία). Το ΜΑΚΑΤΟΝ ΕΛΛΑΣ στοχεύει:

1. Στη προστασία και διάδοση του προγράμματος
 2. Στη παροχή σεμιναρίων για την εκμάθηση του προγράμματος
 3. Στο σχεδιασμό και την έκδοση ειδικού-αντίστοιχου εκπαιδευτικού υλικού
 4. Στη πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των υπηρεσιών της σε θέματα ίσης ευκαιρίας και διεκδίκησης δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία
- www.specialeducation.gr

Το ΜΑΚΑΤΟΝ Ελλάς απαντά επαρκώς στις ανάγκες της ελληνικής πραγματικότητας, καθώς το βασικό λεξιλόγιο, τα Νοήματα και τα Σύμβολα του προγράμματος έχουν προσαρμοστεί ακριβώς από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική (Βογινδρούκας 2003).

Συμπεραίνοντας λοιπόν το ΜΑΚΑΤΟΝ μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι, στο σχολείο, στους χώρους απασχόλησης και εργασίας, σε κέντρα αναψυχής και αλλού. Αυτό που το καθιστά πολύ χρήσιμο και αναγκαίο, είναι ότι παρέχει στα άτομα τη δυνατότητα να καλλιεργήσουν τις ικανότητες επικοινωνίας και λόγου, με ένα απλό αλλά ταυτόχρονα πολύ λειτουργικό τρόπο, με αποτέλεσμα να έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, να δραστηριοποιούνται, να περνούν δημιουργικά, αλλά και να διεκδικούν τα δικαιώματα που τους ανήκουν.

3. Μέθοδος «Phoneme Touch and Say»

Η μέθοδος «Phoneme Touch and Say», μεταφρασμένη στα Ελληνικά ως « Άγγιξε και Πες», δημιουργήθηκε από τη Λογοπαθολόγο Jill Hicks στον Καναδά. Στην Ελλάδα μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στη γλώσσα από τη λογοπαθολόγο Δρ. Κωτσοπούλου Αγγελική. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται ευρέως για την ανάπτυξη λεκτικών δεξιοτήτων, δεξιοτήτων ομιλίας, ανάγνωσης και γραφής στην προσχολική και σχολική ηλικία. Ακόμη έχει διδάσκεται για να καλλιεργήσει τη

γλώσσα, την ομιλία και την φωνολογική ενημερότητα σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Η μέθοδος αποτελείται από ένα σύστημα που περιλαμβάνει, απλές χειρονομίες, οι οποίες αναπαριστούν γλωσσικούς ήχους και τρόπους για το πως και που οι ήχοι-τα φωνήματα, τοποθετούνται στη στοματική κοιλότητα, αγγίζοντας τους αρθρωτές (χείλη, παρειές, πηγούνι, μύτη). Οι χειρονομίες βασίζονται στο να υποδείξουν τον τόπο, τον τρόπο και την ηχηρότητα για κάθε φώνημα που αναπαριστούν(για παράδειγμα με τη χρήση ενός δαχτύλου για τους άηχους και δύο δαχτύλων για τους ηχηρούς ήχους, υποδηλώνοντας έτσι αν το φώνημα είναι παλλόμενο ή συνεχές). Η παρούσα τεχνική απαρτίζεται και συνδυάζεται από οπτικές, απτικές και κιναισθητικές πληροφορίες με στόχο τη διάκριση των λεκτικών ήχων από το άτομο με επικοινωνιακές δυσκολίες. Οι χειρονομίες που περιλαμβάνονται σε αυτή τη μέθοδο είναι απλές και δεν απαιτούν υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων, καθώς περιλαμβάνουν συγκεκριμένες αναπαραστάσεις των φωνημάτων, και δεν απαιτούν χρήση υψηλών γνωστικών λειτουργιών, συνδυασμών ή επεξηγήσεων, παρά μόνο τις ικανότητες της προσοχής και της μίμησης.

(INSAR 2008)

1.10 Πολυπαραγοντική Διάγνωση-ESSENCE

Ο όρος «ESSENCE» δημιουργήθηκε από τον Christopher Gillberg το 2010, και πρόκειται για ένα ακρωνύμιο με τα αρχικά του να είναι τα: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, τα οποία μεταφράζονται στα ελληνικά ως πρώιμα συμπτωματικά σύνδρομα που οδηγούν σε νεύρο αναπτυξιακές κλινικές εξετάσεις. Πρόκειται για έναν γενικό όρο, ο οποίος έχει εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια, και για τον οποίο έχουν γίνει προσπάθειες διερεύνησης του. Αξίζει λοιπόν να αναφερθούμε, στον εξεζητημένο αυτόν όρο, ο οποίος ασχολείται με μια ολόκληρη ομάδα από νεύρο αναπτυξιακές ή νεύρο ψυχιατρικές διαταραχές, που παρουσιάζονται με εξασθενημένα συμπτώματα στη πρώιμη παιδική ηλικία. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν τα παρακάτω σύνδρομα:

1. ADHD (Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητας\ΔΕΠ-Υ)
2. ASD (Διαταραχή στο Φάσμα του Αυτισμού)
3. DCD (Αναπτυξιακή Διαταραχή στο Συντονισμό των Κινήσεων)
4. IDD (Διανοητική Αναπηρία)
5. SLI (Ειδική Γλωσσική Διαταραχή)
6. Σύνδρομο Tourette
7. Πρώιμη Εμφάνιση Διπολικής Διαταραχής
8. Σύνδρομο Συμπεριφοριστικού Φαινότυπου
9. Μία ποικιλία από νευρολογικές διαταραχές επιληψίας(οι οποίες παρουσιάζουν σημαντικά συμπεριφοριστικά και νοητικά προβλήματα σε πρώιμη ηλικία)

Οι αποκαλούμενες ως «διαταραχές», είναι ‘‘ασθένειες που συνυπάρχουν’’, και μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωριστούν η μία από την άλλη σε στιγμή πρώιμης διαγνωστικής αξιολόγησης. Αυτές οι διαταραχές, μοιράζονται κοινά γονίδια, παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο το περιβάλλον, και κλινικά συμπτώματα. Το σημαντικότερο όλων είναι πως τα συμπτώματα κάθε διαταραχής μπορούν να αλληλοσυμπίπτουν με εκείνα μιας άλλης διαταραχής, μέσα σε μια ομάδα, και τα διαγνωστικά κριτήρια ίσως παρουσιαστούν για ένα ή δυο από αυτούς σε μια συγκεκριμένη ηλικία και για το 1/3 ή ¼ από τα άτομα της ομάδας σε άλλη ηλικία.

Ο όρος λοιπόν ESSENCE, δεν αποτελεί από μόνος του μια διάγνωση, και το εννοιολογικό πλαίσιο γύρω από το οποίο βασίζεται, δεν είναι καινούργιο. Ωστόσο έγκειται στη παρουσίαση ενός πρωτοπόρου βήματος, στο να αφυπνίσει δηλαδή τους κλινικούς και ερευνητές στην ανάγκη του να είναι συνεχώς ενήμεροι για την τεράστια ποικιλία από προβλήματα τα οποία εκδηλώνονται από παιδιά, έφηβους και ενήλικες με οποιοδήποτε είδος πρώιμης έναρξης του νεύρο-αναπτυξιακού προβλήματος.

Η ακριβή λοιπόν διάγνωση είναι ακόμη πιο σημαντική στην εποχή που επικρατεί ο όρος ESSENCE. Όμως η διάγνωση ενός μόνο τύπου του προβλήματος είναι πιθανό να είναι ανακριβής, και αυτό που απαιτείται είναι διαγνωστική επαναξιολόγηση κατά την πάροδο του χρόνου, σε μεγάλη πλειοψηφία περιστατικών.

Το ESSENCE επηρεάζει περίπου έναν στους δέκα ανθρώπους και είναι ένα κοινό πρόβλημα υγείας μεγάλης επιρροής. Στις μέρες μας υπάρχουν εξαιρετικές δυνατότητες παρέμβασης για περισσότερες από τις γνωστές περιπτώσεις εντός των μελών μιας ομάδας και τα αποτελέσματα μπορούν να επηρεαστούν θετικά από αυτό. Το σημαντικότερο είναι η πρόωμη αναγνώριση, που θεωρείται αναγκαία προϋπόθεση, αλλά δεν είναι ποτέ αργά να γίνει η διαφορά, ακόμα και όταν η διάγνωση καθυστερεί. Οι απόψεις του ESSENCE διατείνονται ενάντια στο καθεστώς, του να εστιάζεις μόνο στις υψηλά εξειδικευμένες υπηρεσίες. Τα κέντρα του νεύρο-αναπτυξιακού ESSENCE για παιδιά, έφηβους και ενήλικες, κρίνονται απαραίτητα αντί για αυτό. (Gillberg 2013)

1.11 Διαγνωστικά Εργαλεία

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός πως θεμέλιο μιας αποτελεσματικής παρέμβασης, είναι η βάση μιας έγκαιρης διάγνωσης. Όσο λοιπόν γρηγορότερα βρούμε τη φύση του προβλήματος, τόσο συντομότερα θα τεθούν και οι στόχοι – στρατηγικές της θεραπείας μας. Επίσης αυτό θα συμβάλει σημαντικά και στη μείωση των συναισθημάτων άγχους από την οικογένεια, το περιβάλλον και από το ίδιο το παιδί αλλά και στην αποφυγή εδραίωσης ανεπιθύμητων συμπεριφορών που δύσκολα αντιμετωπίζονται καθώς το παιδί μεγαλώνει (Howlin 1998).

Στις μέρες μας λοιπόν οι έρευνες μιλούν ξεκάθαρα για αύξηση του ποσοστού της εμφάνισης παιδιών με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού. Μάλιστα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στη Μ.Βρετανία, υποστηρίζουν πως μισό εκατομμύριο άνθρωποι ανήκουν στις ΔΑΦ. Είναι ωστόσο γενικά αποδεκτό πως ο αυτισμός και οι υπόλοιπες αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε διαγνωστικό επίπεδο, και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη μία «έγκαιρη διάγνωση» που θα οδηγήσει αποτελεσματικά στον έλεγχο όλων των παιδιών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Το πρώτο πράγμα που πρέπει να μελετηθεί είναι εκείνα τα διαγνωστικά εργαλεία που θα είναι απλά στη χρήση τους, και θα μας υποδεικνύουν τα παιδιά που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Για το λόγο αυτό πολλοί ερευνητές έχουν ήδη δημιουργήσει χρήσιμα εργαλεία που μας φανερώνουν «έγκυρα» τα παιδιά που ενδεχομένως εμφανίσουν διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού. (Νότας & Νικολαΐδου 2006)

Τα Σημαντικότερα Διαγνωστικά Εργαλεία Που Χρησιμοποιούμε Σήμερα Ευρέως Είναι Τα Εξής:

1. Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

Α. Πρόκειται για ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης, που στοχεύει στην ανίχνευση ή μη αυτισμού, και χορηγείται σε γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας (18-36 μηνών). Το CHAT αποτελεί ένα πρώιμο επίπεδο αξιολόγησης, το οποίο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου (απαντήσεις με ΝΑΙ\ΟΧΙ), για το ενδεχόμενο ύπαρξης αυτισμού, χωρίς ωστόσο να μας δίνει τη πλήρη διάγνωση με αποτέλεσμα να χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση. Ο χρόνος χορήγησης του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 5-10 λεπτά και είναι εύκολη ως προς τη χρήση. Περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις, στις οποίες οι γονείς απαντούν για το αν το παιδί του επιδεικνύει συγκεκριμένες δεξιότητες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, όπως αναφέρονται παρακάτω:

- Κοινωνικό παιχνίδι
- Κοινωνικό ενδιαφέρον για άλλα παιδιά
- Φανταστικό Παιχνίδι
- Κοινή Προσοχή

- Ικανότητα να Δείχνει Πράγματα που τον Ενδιαφέρουν
- Ικανότητα να Ζητά κάτι το οποίο Επιθυμεί
- Παιχνίδι με τη Χρήση του Σώματος
- Λειτουργικό Παιχνίδι
- Κινητική Ανάπτυξη

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ακόμη τη προσοχή πέντε αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο παιδί και στον εξεταστή, με στόχο τη σύγκριση της συμπεριφοράς που παρατηρεί ο εξεταστής και που περιγράφουν οι γονείς του.

Αξιίζει να αναφερθούμε στο γεγονός πως η αξιολόγηση με το ερωτηματολόγιο CHAT δεν εγγυάται την πλήρη διάγνωση του αυτισμού, και κρίνεται αναγκαία η εξέταση του παιδιού και για άλλες αναπτυξιακές διαταραχές ή άλλα ιατρικά προβλήματα που μπορεί να έχουν προκαλέσει την ανησυχία των γονέων. Επίσης αναγκαία είναι και η συνεχή παρακολούθηση του παιδιού για δυσκολίες που πιθανόν να αφορούν την περίπτωση του αυτισμού, καθώς δεν είναι εφικτό να διαγνωσθούν όλα τα παιδιά με αυτισμό από μικρή ηλικία, λόγω της βαρύτητας των συμπτωμάτων αλλά και των ποικίλων χαρακτηριστικών σε κάθε παιδί. (Βάρβογλη 2006)

Β. Ωστόσο το ερευνητικό αυτό εργαλείο αναβαθμίστηκε με την «αμερικανική» εκδοχή σε ΤΕΣΤ M-CHAT και από 9 ερωτήσεις περιλαμβάνει τώρα 23 ερωτήσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις του CHAT, και βασίζονται σε αυτές. Το επαυξημένο ερωτηματολόγιο χορηγείται στο ίδιο ηλικιακό επίπεδο με τη διαφορά ότι τώρα περιλαμβάνει 2 μέρη. Το πρώτο μέρος περιέχει 2 ερωτήσεις όπου απαντούν οι γονείς με ΝΑΙ\ΟΧΙ και αφορούν έντονα συμπεριφορικά μοτίβα που επιδεικνύουν τα παιδιά τους σε μεγάλο βαθμό(π.χ. στερεότυπες κινήσεις). Το άλλο μέρος περιλαμβάνει οδηγίες και 9 ερωτήσεις (κλειστού τύπου), που αφορούν τον παιδίατρο, και τις οποίες συμπληρώνει κατά την επίσκεψη των γονέων στο ιατρείο του. Το διαγνωστικό αυτό εργαλείο σχεδιάστηκε για τη διάγνωση πιθανής διαταραχής στο φάσμα του αυτισμού, σε συνδυασμό με άλλες διαγνωστικές διαδικασίες. (Καρδαράς 2009)

Ωστόσο μέχρι σήμερα οι απόψεις δίστανται όσον αφορά την εγκυρότητα του συγκεκριμένου εργαλείου. Ο Robins υποστηρίζει ότι το M-CHAT είναι αποτελεσματικό στην ανίχνευση των ΔΑΦ (Robins L., Journal Autism 2008), ενώ οι Lord και Luyster επισημαίνουν ότι τα ευρήματα του θα πρέπει να επιβεβαιώνονται και με άλλες δοκιμασίες (Lord et al, 2005)

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Α. Η πρώτη έκδοση του CARS δημιουργήθηκε από τους Schopler, Reichler και Renner το 1998 (Βάρβογλη 2006)

Πρόκειται για ένα από τα κοινωνικο-γνωστικά διαγνωστικά κριτήρια διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, το οποίο αναπτύχθηκε στη Β.Καρολίνα, μέσα από το πρόγραμμα «Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children- TEACCH». Αφορά στην παρατήρηση συμπεριφορικών χαρακτηριστικών, παιδιών ηλικίας από 0-12 ετών. (Schopler et al,1980)

Το διαγνωστικό αυτό εργαλείο απαρτίζεται από 15 κατηγορίες, στις οποίες ομαδοποιούνται τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που εξετάζει.

- I. Σχέσεις με άλλους Ανθρώπους
- II. Μίμηση
- III. Συναισθηματική Ανταπόκριση
- IV. Χρήση του Σώματος
- V. Χρήση Αντικειμένων
- VI. Προσαρμογή στις Αλλαγές
- VII. Οπτική Αντίδραση
- VIII. Ακουστική Αντίδραση
- IX. Γευστική, Οσφρητική και Απτική αντίδραση
- X. Φόβος-Νευρικότητα
- XI. Λεκτική Επικοινωνία
- XII. Μη Λεκτική Επικοινωνία
- XIII. Επίπεδο Δραστηριοτήτων
- XIV. Επίπεδο και Συνοχή Διανοητικής Ανταπόκρισης
- XV. Γενικές Εντυπώσεις (Βάρβογλη 2006)

Τα συμπτώματα του κάθε επιπέδου ταξινομούνται με βάση 7 κλίμακες διαβαθμίσεων, και ο χρόνος χορήγησης του τεστ κυμαίνεται από 30-45 λεπτά. Πολλές είναι οι έρευνες που υποστηρίζουν πως πρόκειται για ένα από τα πιο αποτελεσματικά εργαλεία, το οποίο συγκεντρώνει τις συμπεριφορικές δυσκολίες του παιδιού, και συνδυάζοντας πληροφορίες από τους γονείς και από την άμεση παρατήρηση του ειδικού. (Schopler et al, 1980)

Β. Παρά την αποτελεσματικότητα του CARS, η κλίμακα αξιολόγησης του παιδικού αυτισμού αναθεωρήθηκε σε μία δεύτερη έκδοση(Second edition, CARS-2) και αποτελεί ένα από τα πιο ενισχυμένα εργαλεία διάγνωσης, καλύπτοντας πλέον ολόκληρο το φάσμα του αυτισμού, και αυτού της υψηλής λειτουργικότητας. Αν και η πρώτη έκδοση του CARS μας παρέχει τη δυνατότητα διάκρισης των μορφών του αυτισμού, από μέτρια έως ήπια και σοβαρή μορφή, η δεύτερη έκδοση (CARS-2), αναπτύσσει την κλινική αξία του τεστ, με στόχο την ανταπόκριση στον αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας (Asperger), σε άτομα με μέτριο ή υψηλό νοητικό

επίπεδο (IQ), σε άτομα με καλές λεκτικές δεξιότητες, και τέλος σε άτομα με ήπιες δυσκολίες συμπεριφορικών και κοινωνικών λειτουργιών. Το CARS-2 έχει διατηρήσει τη χρησιμότητα και συντομία της αρχικής μορφής, με τη διαφορά πως τώρα περιλαμβάνει 3 μορφές, όπου οι 2 πρώτες περιλαμβάνουν από 15 κριτήρια η κάθε μία, τα οποία συμπληρώνονται από τον κλινικό, και η τρίτη κλίμακα που αφορά τον γονέα/φροντιστή του παιδιού, αποτελείται από ένα χωρίς βαθμολογία ερωτηματολόγιο.

CARS-2 Μορφές:

✓ **Standard Version (Βασική έκδοση)-(CARS2ST)**

Χορήγηση σε άτομα ηλικίας κάτω των 6 ετών, με επικοινωνιακές δυσκολίες, ή κάτω από το μέσο όρο εκτίμησης στο τεστ νοημοσύνης. Η βαθμολογία ισοδυναμεί με το αρχικό CARS

✓ **High-Functioning Individuals (Υψηλής λειτουργικότητας άτομα)-(CARS2-HF)** Χορήγηση σε άτομα άνω των 6 ετών, με IQ (δείκτη νοημοσύνης) πάνω από 80 βαθμούς. Η βαθμολογία αντιστοιχεί σε μία εναλλακτική λύση-προφορικά.

✓ **Questionnaire for Parent of Caregivers (Ερωτηματολόγιο για γονείς και φροντιστές)-(CARS2-QPC).** Αποτελεί μία μη σταθμευμένη μορφή, που συγκεντρώνει τις πληροφορίες που χρειάζεται για την κατασκευή CARS2-ST και CARS2-HF αξιολόγησης.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, κάθε μία από τις 2 πρώτες(CARS-2 ST&CARS-2 HF) μορφές περιλαμβάνει από 15 κριτήρια που απαντώνται στις παρακάτω λειτουργικές περιοχές:

- Συσχετισμός με άλλα άτομα
- Μίμηση(ST). Κοινωνικό-συναισθηματική κατανόηση (HF)
- Συναισθηματική αντίδραση (ST). Συναισθηματική έκφραση και ρύθμιση των συναισθημάτων (HF)
- Χρήση Σώματος
- Χρήση αντικειμένου (ST).Χρήση αντικειμένου μέσα σε παιχνίδι (HF)
- Προσαρμοστικότητα στην αλλαγή (ST). Προσαρμοστικότητα στην αλλαγή-ανάπτυξη ενδιαφερόντων (HF)
- Οπτική διάκριση
- Ακουστική διάκριση
- Γεύση, όσφρηση, αντίδραση στην αφή και χρήση
- Φόβο ή νευρικότητα (ST). Φόβο ή άγχος (HF)
- Λεκτική Επικοινωνία
- Μη λεκτική επικοινωνία
- Επίπεδο δραστηριότητας(ST), Ταύτιση σκέψεων και γνωστικών δεξιοτήτων (HF)
- Επίπεδο και συνέπεια πνευματικής αντίδρασης

- Γενικές εντυπώσεις

Η τρίτη μορφή CARS2-QPC καλύπτει τις περιοχές:

- Πρόωρη Ανάπτυξη
- Κοινωνικές, συναισθηματικές και επικοινωνιακές δεξιότητες
- Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές
- Παιχνίδι και ρουτίνα
- Ασυνήθιστα αισθητηριακά ενδιαφέροντα

Το CARS θεωρείται από τα σημαντικότερα διαγνωστικά εργαλεία, καθώς διαγιγνώσκει παιδιά με διαταραχές σε όλο το φάσμα του αυτισμού, σε όλες σχεδόν τις ηλικίες και σε όλα τα λειτουργικά επίπεδα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη συλλογή ποσοτικών συμπτωμάτων και χαρακτηριστικών, και την άμεση παρατήρηση.

(Schopler et al, 2009)

2. Autism Diagnostic Observation Schedule-ADOS

Πρόκειται για ένα διαγνωστικό πρόγραμμα παρατήρησης του αυτισμού, (Lord et al, 1989) το οποίο θεωρείται αποτελεσματικό στην αξιολόγηση και στη διάγνωση, καθώς επίσης είναι προσαρμόσιμο ανάλογα με την ηλικία το αναπτυξιακό επίπεδο και τα γλωσσικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Χορηγείται στις ηλικίες των παιδιών με πνευματικό επίπεδο άνω των τριών ετών, αλλά με τάση αποστροφής για τα μικρότερα ή λίγο μεγαλύτερα παιδιά. Ο χρόνος διάρκειας του κυμαίνεται από 30-45 λεπτά. Το ADOS είναι ένα ημι-δομημένο πρόγραμμα, στο οποίο λαμβάνουν μέρος κάποιες δραστηριότητες, με σκοπό να εξετασθούν τα παρακάτω:

- Επικοινωνία
- Ικανότητες στο Παιχνίδι
- Στερεότυπες Συμπεριφορές
- Κοινωνική Αλληλεπίδραση
- Περιορισμένα Ενδιαφέροντα (Lees & Urwin, 2005)

Όσον αφορά τη δομή του διαγνωστικού προγράμματος, αυτό συνοψίζει συνολικά 3 ενότητες. Η 1^η ενότητα αφορά τα παιδιά που δεν χρησιμοποιούν τακτικά φράσεις στην ομιλία τους, η 2^η ενότητα ενδιαφέρει όσους έχουν φράσεις στη ομιλία τους αλλά χωρίς ροή, η 3^η ενότητα είναι για τα παιδιά που δεν έχουν ελλιπή ροή ομιλίας, και τέλος η 4^η ενότητα αφορά εφήβους και ενήλικες με ικανοποιητική ροή. Ωστόσο το ADOS δεν ερευνά τους εφήβους και ενήλικες που ενώ ενδέχεται ανήκουν στις ΔΑΦ, δεν εκφέρουν καθόλου λόγο.

<https://assessmentscales.wikispaces.com/ADOS>

Αξίζει να αναφέρουμε πως υπάρχει και το «προ-γλωσσικό πρόγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης αυτισμού», που δίνει τη δυνατότητα στο ελεύθερο παιχνίδι, με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για άλλες συμπεριφορές όπως είναι η μίμηση, η συγκέντρωση της προσοχής και οι κοινωνικές ρουτίνες.

(Lees & Urwin, 2005)

3. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

Το ADI-R δημιουργήθηκε από τους Lord, Rutter και Le Couteur (1994), αποτελεί μία τυποποιημένη συνέντευξη με κωδικοποιημένα αποτελέσματα και χρησιμοποιείται εδώ και πολλές δεκαετίες για τη διάγνωση του αυτισμού, του σχεδιασμού θεραπευτικού προγράμματος, και για τη διάκριση του από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που ανήκουν στο φάσμα. Χορηγείται σε παιδιά και ενήλικες με διανοητική ηλικία από περίπου 18 μηνών και άνω και ο χρόνος διαχείρισης του κυμαίνεται από 1 ½ έως και 2 ½ ώρες συμπεριλαμβανόμενης και της βαθμολόγησης. Γενικά πρόκειται για μία ουσιώδη συνέντευξη, η οποία πέρα από το γεγονός πως δίνει τη δυνατότητα για μία αποτελεσματική αξιολόγηση σε άτομα που ενδέχεται να έχουν αυτισμό ή άλλες διαταραχές του φάσματος, έχει Το ADI-R, έχει αποδειχθεί επίσης πολύ χρήσιμο για την επίσημη διάγνωση αλλά και για την επεξεργασία εκπαιδευτικού προγράμματος. Το διαγνωστικό εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από έναν έμπειρο κλινικό, ο οποίος θα απευθύνεται στους γονείς ή στους οικείους του παιδιού, κάνοντας ερωτήσεις σχετικά με το αναπτυξιακό του ιστορικό και τη συμπεριφορά του τη συγκεκριμένη περίοδο που αξιολογείται. Το ADI-R απαρτίζεται από 93 σημεία, ωστόσο δίνει βάση στις παρακάτω 3 λειτουργικές περιοχές:

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

Οι ερωτήσεις αφορούν 8 τομείς:

- Το ιστορικό του εξεταζόμενου, την οικογενειακή του κατάσταση, την εκπαίδευση που λαμβάνει, παλαιότερη διάγνωση και φαρμακευτική αγωγή.
- Συμπεριφορικό προφίλ του εξεταζόμενου
- Έγκαιρη ανάπτυξη και αναπτυξιακά ορόσημα
- Γλωσσικές δεξιότητες ή μειωμένη χρήση γλώσσας και άλλων δεξιοτήτων
- Η παρούσα λειτουργικότητα αναφορικά με τη γλώσσα και την επικοινωνία
- Κοινωνική ανάπτυξη και παιχνίδι
- Ασχολίες και συμπεριφορά του παιδιού

- Ενδεχόμενες κλινικές συμπεριφορές (επιθετικότητα, αυτοτραυματισμός, πιθανά επιληπτικά χαρακτηριστικά) (Παράρτημα σελ. 130) (Couteur et al, 2003)

4. Pre- Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS)

Το PL-ADOS πρόκειται για ένα πρόγραμμα παρατήρησης που αφορά την προγλωσσική διάγνωση του αυτισμού. Είναι μία ημι-δομημένη και τροποποιημένη κλίμακα παρατήρησης, ώστε να επιτυγχάνεται η διάγνωση σε μικρές ηλικίες, που δεν χρησιμοποιούν στην ομιλίας τους φράσεις, και θεωρούνται ύποπτα για αυτισμό. Χορηγείται σε ηλικίες κάτω των 6 ετών και διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Το PL-ADOS αποτελείται από 8 συνολικά τομείς, εκ των οποίων οι τέσσερις επικεντρώνονται στις κοινωνικές συμπεριφορές και οι άλλοι τέσσερις στις επικοινωνιακές συμπεριφορές. Όσον αφορά τα αποτελέσματα του PL-ADOS για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας χωρίς λεκτική επικοινωνία, είναι προβλέψιμα για την κλινική διάγνωση και κατατάσσονται με βάση τη κλινική εκτίμηση μίας διαγνωστικής ομάδας, καθώς επίσης και από τη διάκριση μεταξύ αυτιστικών και μη αυτιστικών εξελικτικά παιδιών με ειδικές ανάγκες. Τέλος η διαχείριση του διαγνωστικού εργαλείου έχει διάρκεια και αποτελεί μια ημι-δομημένη αξιολόγηση του παιχνιδιού, της αλληλεπίδρασης και της κοινωνικής επικοινωνίας. (Di Lavore, et al, 1995)

5. SYMBOLIC PLAY TEST- (SPT)

Το STP πρόκειται για ένα αξιόλογο και σύντομο διαγνωστικό εργαλείο, το οποίο μας παρέχει ικανοποιητικά χαρακτηριστικά «γλωσσικής ετοιμότητας» των μικρών και γλωσσικά ελλειμματικών παιδιών, μέσα από μία σειρά συμπεριφορών που γίνονται αντιληπτές με τη διαδικασία συμβολικού παιχνιδιού με μικρά αντικείμενα. Ουσιαστικά σε όλη τη διάρκεια του τεστ δίνεται περιορισμένη ή δεν δίνεται καθόλου γλωσσική καθοδήγηση, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αγχωτικό για κάποια παιδιά, ενώ για κάποια άλλα με χαμηλή ικανότητα προσοχής, να συμβάλει προς όφελος τους. Καθώς λοιπόν η γλωσσική αλληλεπίδραση είναι περιορισμένη, ο εξεταστής πολλές φορές αγγίζει τα υλικά του τεστ προκειμένου να ενθαρρύνει το παιδί να κάνει το ίδιο, Σε άλλες βέβαια περιπτώσεις η έλλειψη γλωσσικής αλληλεπίδρασης, λειτουργεί ενθαρρυντικά προς τα ντροπαλά παιδιά. Ωστόσο τα πολύ μικρά παιδιά, ελάχιστες φορές ενδιαφέρονται για την επικοινωνία, καθώς έχουν συνηθίσει να παίζουν δίπλα στα άλλα παιδιά, και όχι μαζί τους. Το SPT μας παρέχει αρκετές και αξιόλογες πληροφορίες για το γλωσσικά ελλειμματικό παιδί, οι οποίες αφορούν την αντιληπτική συμβολική/διαδοχική ανάπτυξη, και είναι προφανές πως περισσότερα ή προαιρετικά αντικείμενα-παιχνίδια ενδεχομένως να διευρύνουν την ελκυστικότητα του τεστ.

(Lees & Urwin 2005)

6. Bayley scales II

Η κλίμακα Bayley scales II (1993) πρόκειται για μια επανέκδοση της κλασσικής Bayley scales που αφορά τη βρεφική ανάπτυξη για παιδιά από 1-42 μηνών. Συγκεκριμένα η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται για να διαγνώσει παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση ή παιδιά υψηλού κινδύνου. Χορηγείται σε μια ή δυο ενότητες και ο χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί, είναι περίπου 45 με 60 λεπτά. Οι κλίμακες που χρησιμοποιεί είναι οι εξής:

- Γνωστική: αφορά την εκτίμηση αισθητηριακών και αντιληπτικών και μνημονικών δεξιοτήτων, επίλυσης προβλημάτων, παραγωγής λόγου και επικοινωνιακών χαρακτηριστικών.
- Κίνησης: περιλαμβάνει την αξιολόγηση που το άτομο ελέγχει το σώμα του, και τη λεπτή του κινητικότητα.
- Συμπεριφοράς: επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της προσοχής και της διέγερσης, του προσανατολισμού και συναισθηματικού ελέγχου. (Νότας & Νικολαΐδου 2006)

7. Wechsler pre-school and primary scale (WPPSI-R)

Το WPPSI-R (Wechsler 1990), είναι μια καθιερωμένη κλίμακα για την αξιολόγηση ικανοτήτων παιδιών από 3 έως 7 ετών. Η κλίμακα είναι προσαρμοσμένη και σταθμισμένη για τον αγγλικό πληθυσμό. Η χορήγησή του κυμαίνεται περίπου στα 60 λεπτά. (Νότας & Νικολαΐδου 2006)

8. Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS)

Πρόκειται για μία διαγνωστική κλίμακα που αφορά το σύνδρομο Asperger (υψηλής λειτουργικότητας αυτισμός), και χορηγείται στις ηλικίες από 5 έως 18 ετών. Στη διαδικασία της συγκεκριμένης κλίμακας βαθμολόγησης παίρνουν μέρος οι γονείς, τα αδέρφια, οι εκπαιδευτικοί, οι παρα-εκπαιδευτικοί, οι λογοπαθολόγοι, οι ψυχολόγοι, και όσοι σχετίζονται άμεσα με τον εξεταζόμενο. Οι ερωτηθέντες θα πρέπει να απαντήσουν σε 50 στοιχεία, και ο χρόνος κυμαίνεται από 10-15 λεπτά περίπου. Τα στοιχεία αυτά επικεντρώνονται σε 5 βασικούς τομείς της συμπεριφοράς:

- Γνωστική
- Προσαρμοστικότητα
- Γλώσσα
- Κοινωνική
- Αισθητικοκινητική

Το ASDS διερευνήθηκε αρχικά σε 115 άτομα με διαταραχή Asperger από όλη την Αμερική, σε ηλικίες από 5-18 ετών. Η κλίμακα αυτή θεωρείται αρκετά αξιόπιστη και έγκυρη καθώς τα στοιχεία της καθορίζονται από μία επαγγελματική κοινότητα αξιολόγησης. Η βαθμολογία κυμαίνεται από

χαμηλή σε άτομα με μικρή ή άγνωστη παθολογία, έως και πολύ ψηλές βαθμολογίες σε άτομα που αναμένεται η διαταραχή Asperger. Όλα τα δεδομένα που συγκεντρώνονται μέσα από αυτή τη διαδικασία, αφορούν συμπεριφορές που ανήκουν στα συμπτώματα του συνδρόμου, και όλα μαζί συμψηφίζονται για την τελική βαθμολογία. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί ισχυρή διαγνωστική αξία για τον εντοπισμό ατόμων με Asperger, καθώς μέσω της συνολικής βαθμολογίας της και μόνο, μπορούμε να προσδιορίσουμε τη διαταραχή. Η ASDS πρόκειται για μία αξιολογή και έμπιστη κλίμακα, που μας δίνει τη δυνατότητα να διαγιγνώσκουμε τα άτομα με διαταραχή Asperger, να παρατηρούμε ενδεχόμενη πρόοδο θέτοντας κατάλληλες και ειδικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, να θέτουμε στόχους, και τέλος να συγκαταλέγουμε στοιχεία για ερευνητικούς σκοπούς. Αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός, πως επειδή ακριβώς το ASDS στηρίζεται κυρίως στη παρατήρηση, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών θα πρέπει να έχουν ισχύ μόνο όταν ο εκτιμητής γνωρίζει πολύ καλά τον εξεταζόμενο, έχοντας τακτική και διαρκή επαφή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. (Brenda et al, 2001)

9. Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)

Το ASSQ πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο, για αξιολόγηση στο φάσμα του αυτισμού, το οποίο επικεντρώνεται κυρίως στα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας (Asperger), και αφορά παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους έως 16 ετών. Η λίστα ελέγχου απαρτίζεται από 27 σημεία, και ανταποκρίνεται σε άτομα με φυσιολογική ή ελαφρά νοητική υστέρηση, που παρουσιάζουν συμπτώματα Asperger ή άλλου είδους αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας που ανήκει στο φάσμα. Κλινικά δείγματα αποτελούν τα στοιχεία που απορρέουν από τη βαθμολόγηση των γονέων και των δασκάλων, συσχετιζόμενα με διάφορα μέτρα αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Οι γονείς\δάσκαλοι βαθμολογούν το παιδί σε 3 διαβαθμισμένα επίπεδα, κυκλώνοντας την απάντηση: ΟΧΙ\ΣΧΕΔΟΝ\ΝΑΙ. Το ASSQ αποτελεί ένα σύντομο σε διάρκεια και αξιολογικό διαγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού σε κλινικό περιβάλλον. (Mattila et al, 2009)

10. Social Communication Questionnaire (SCQ)

Το SCQ είναι ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικότητας και επικοινωνίας, εύκολο στη χρήση και οικονομικά προσεγγίσιμο για τη διάγνωση και τον συστηματικό έλεγχο των ΔΑΦ. Χορηγείται από 4 χρονών και με διανοητικό επίπεδο άνω των 2 ετών. Ο χρόνος που χρειάζεται για να υλοποιηθεί κυμαίνεται περίπου λιγότερο από 10 λεπτά και έχει τη μορφή ερωτηματολογίου, που περιέχει 40 σημεία για τους γονείς, με μορφή απαντήσεων ΝΑΙ/ΟΧΙ. Η συνολική βαθμολογία απορρέει από τη σύγκριση με συγκεκριμένα πρότυπα.

Το εργαλείο αυτό, γνωστό παλαιότερα και ως Autism Screening Questionnaire (ASQ), βασίζεται στην εκτίμηση των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών που ενδέχεται να

παρουσιάζουν αυτισμό ή άλλες διαταραχές του φάσματος. Το SCQ παρέχεται σε δύο μορφές: τη μόνιμη, και τη τρέχουσα μορφή. Η κάθε μορφή αποτελείται από 40 ερωτήσεις ΝΑΙ\ΟΧΙ, τις οποίες ο γονέας μπορεί να απαντήσει απευθείας χωρίς επίβλεψη. Το έντυπο της μόνιμης μορφής επικεντρώνεται σε ολόκληρο το αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, δίνοντας μας έτσι μια γενική βαθμολογία που ερμηνεύεται σε σχέση με συγκεκριμένα σημεία και πρότυπα. Η βαθμολογία αυτή ωστόσο είναι πολύ σημαντική, καθώς μπορεί να προσδιορίσει τα άτομα εκείνα που απαιτούν περαιτέρω αξιολόγηση για διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Τα παιδιά αυτά παραπέμπονται συνήθως με τον οδηγό Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) ή με τον οδηγό Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Το περιεχόμενο του SCQ σχετίζεται με αυτό του ADI-R, και η συσχέτιση μεταξύ των δύο βαθμολογιών είναι αρκετά υψηλή και δεν επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο, τη γλώσσα και το επίπεδο νοημοσύνης (IQ). Είναι λοιπόν γενικά αποδεκτό πως το SCQ αποτελεί έναν έγκυρο και αποτελεσματικό έλεγχο, παρέχοντας μας μια πλήρη εικόνα της βαρύτητας των συμπτωμάτων του παιδιού. Παράγει αποτελέσματα που μπορεί να είναι χρήσιμα για το σχεδιασμό θεραπείας, την εκπαιδευτική παρέμβαση, και τη μέτρηση των αλλαγών με τη πάροδο του χρόνου.

Πέρα από την αξιολόγηση και την εκπαιδευτική της βάση, η SCQ ενδείκνυται επίσης για την σύγκριση των ποικίλων συμπτωμάτων σε διάφορες ομάδες (πχ. διαφοροδιάγνωση παιδιών με γλωσσικές αναπτυξιακές διαταραχές ή παιδιά με ιατρικές παθήσεις που συνήθως συνδέονται με τις ΔΑΦ). Συμπερασματικά λοιπόν η SCQ χαρακτηρίζεται μία χρήσιμη, σύντομη σε διάρκεια, εύκολη στη χρήση της, και σχετικά οικονομική, επιτρέποντας σε κλινικούς και εκπαιδευτικούς την προσκόμιση και την χρησιμοποίηση της. (Baron- Cohen et al, 2001)

11. Screening Tool for Autism in Two-year-olds (STAT)

Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εργαλείο το οποίο χορηγείται σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 24 και 35 μηνών, από διάφορους επαγγελματίες της παιδικής ηλικίας (Stone 1998a, 1998b). Το STAT σχεδιάζεται ειδικά για τη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Ο χρόνος χορήγησης είναι περίπου 20 λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων υπάρχει μία αλληλεπίδραση μέσω 20 δραστηριοτήτων. Οι δραστηριότητες ελέγχουν 3 επίπεδα:

- Το παιχνίδι (φανταστικό και κοινωνικό)
- Την κινητική μίμηση
- Το μη λεκτικό επικοινωνιακό αναπτυξιακό επίπεδο.

Παρέχονται το εγχειρίδιο με σαφείς οδηγίες ως προς τη χορήγηση και τη βαθμολόγηση.

12. PEP-R Psychoeducational Profile-Revised

Το συγκεκριμένο εργαλείο στοχεύει στην εκτίμηση των ψυχο-εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού, και μας παρέχει το ψυχο-παιδαγωγικό προφίλ του ατόμου. Η δημιουργία του στοχεύει στην αξιολόγηση των αυτιστικών ατόμων και το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος θεραπείας. Χαρακτηρίζεται ως ένα εύχρηστο τεστ, το οποίο μας παρέχει δεδομένα στα παρακάτω επίπεδα:

I. Στο προφίλ των ικανοτήτων του παιδιού σε 7 Λειτουργικούς Τομείς:

- Μίμηση
- Αισθητηριακή
- Αντίληψη Λεπτή
- Κινητικότητα Αδρής
- Κινητικότητα
- Οπτικο-κινητικού
- Συντονισμού
- Γνωστικών Λειτουργιών
- Γνωστικής Λεκτικής Λειτουργίας

II. Στην αξιολόγηση του βαθμού σοβαρότητας της παθολογικής συμπεριφοράς

III. Τέλος με βάση τα αποτελέσματα μας παρέχει τη δυνατότητα να δημιουργήσουμε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα για το παιδί, σε διάφορα πλαίσια, με παιδαγωγούς, γονείς και ενδιαφερόμενους. (Χίτογλου-Αντωνιάδου et al, 2000)

1.12 Πρόσθετοι Έλεγχοι- Εξετάσεις

Είναι γενικώς αποδεκτό, από τους περισσότερους ειδικούς, πως δεν υπάρχουν ειδικές εργαστηριακές, ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις και άλλου είδους ιατρικές δοκιμές απεικόνισης, που να μας πιστοποιούν τη διάγνωση του αυτισμού. Ωστόσο είναι αναγκαίο για πολλούς λόγους να τελούνται πρόσθετοι έλεγχοι υγείας σε μικρά παιδιά με ενδεχόμενη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Πέρα από το γεγονός ενδεχόμενης αυτιστικής διαταραχής, ακόμη και σε παιδιά που έχουν είδη διαγνωσθεί με ΔΑΦ θεωρείται αναγκαία η αξιολόγηση της υγείας τους, για 3 από τους παρακάτω λόγους:

- Γενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του παιδιού, όπως ενδείκνυται για όλα τα παιδιά με ενδεχόμενη αναπτυξιακή καθυστέρηση ή διαταραχή
- Προσδιορισμός άλλως καταστάσεων (όπως ακουστική απώλεια), οι οποίες έχουν αποδειχθεί πως σχετίζονται άμεσα με τον αυτισμό, ακόμη και σε ένα παιδί που δεν έχει διαγνωσθεί
- Προσδιορισμός – Αξιολόγηση ιατρικών συνθηκών ή γενετικών συνδρόμων που αρκετές φορές συνδέονται με τις ΔΑΦ.

Είναι αναμφισβήτητο πως όλα γενικώς τα παιδιά αντιμετωπίζουν ευαισθησία σε διάφορα προβλήματα υγείας. Έτσι λοιπόν και τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν και εκείνα, ίσως και σε μεγαλύτερο βαθμό αυτού του είδους τις ευαισθησίες. Συνίσταται για το λόγο αυτό στους διάφορους επαγγελματίες υγείας που αξιολογούν την υγεία των παιδιών με αυτισμό, να διερευνούν αναλυτικότερα εκείνες τις καταστάσεις υγείας που παρατηρούνται σε μεγάλο βαθμό στα παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, σε σχέση με τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά. (Βάρβογλη 2006)

Οι Διαγνωστικές Δοκιμασίες για τον προσδιορισμό καταστάσεων υγείας που σχετίζονται με τον αυτισμό είναι οι εξής:

1. Αξιολόγηση Ακουστικής Ικανότητας

Αυτό που καθιστά απαραίτητη την εξέταση της ακουστικής ικανότητας σε παιδιά με διαγνωσθέντα ή μη διαγνωσθέντα αυτισμό, είναι η απόκλιση ενδεχόμενης ακουστικής βλάβης που μπορεί να οφείλεται στα προβλήματα επικοινωνίας του παιδιού. Εάν λοιπόν υπάρχουν ενδείξεις πως ένα παιδί που έχει ή δεν έχει διαγνωσθεί με αυτισμό, παρουσιάζει δυσκολίες στην ακοή, είναι σημαντική η παραπομπή του σε κάποιον ειδικό ωτορινολαρυγγολόγο προκειμένου να εξετασθεί η ακουστική του ικανότητα. (Βάρβογλη 2006)

Συγκεκριμένα λοιπόν, ενώ σε φυσιολογικά παιδιά, όταν τους δίνουμε ηχητικά ερεθίσματα στο δεξιό ή στο αριστερό αυτί, είναι εμφανή μία δραστηριότητα των κροταφικών περιοχών του εγκεφάλου δεξιά ή αριστερά, στα παιδιά με αυτισμό, παρατηρούμε μία αντίδραση δεξιά, ενώ ο αριστερός κροταφικός λοβός παρουσιάζει μία ανώμαλη αντίδραση. Η αφύσικη αυτή μη ομαλή απάντηση αριστερά στα παιδιά με αυτισμό, φαίνεται ότι εξηγεί κατά κάποιο τρόπο τις δυσκολίες της επικοινωνίας, των νευμάτων, της μίμησης, και του λόγου. Δεν μιλάμε για μια απουσία αντίδρασης, για μια φλοϊκή κώφωση, αλλά πολύ περισσότερο για έναν υπο-ευαισθησία στα ηχητικά ερεθίσματα. Την τελευταία δεκαετία έγιναν ποικίλες και αρκετά ενδιαφέρουσες έρευνες στου τομείς της ακοής και της όρασης, στις οποίες παρατηρήθηκαν ανωμαλίες στις αντιδράσεις του εγκεφάλου των ατόμων με αυτισμό, όταν άκουγαν ήχους ομιλίας ή ουδέτερους ήχους, ή όταν παρατηρούσαν ανθρώπους σε κίνηση ή πρόσωπα με διαφορετικές συναισθηματικές εκφράσεις.

Η οπτική ή η οπτικοκινητική δυσλειτουργία, στα άτομα με αυτισμό, ίσως και να είναι το θεμέλιο των δυσκολιών τους στη ΜΙΜΗΣΗ, που είναι και η απαραίτητη λειτουργία για την ανάπτυξη του λόγου τους. Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις κατά διαστήματα μιλούν για συγκεκριμένους παράγοντες που συμβάλουν και οδηγούν σε αυτή την ακουστική υπο-ευαισθησία στα αυτιστικά άτομα. Αυτό ωστόσο που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, είναι πως όλοι αυτοί οι παράγοντες στερούν στα παιδιά με αυτισμό την ανάπτυξη της αισθητηριακής αντίληψης, η οποία αποτελεί τη σημαντικότερη βάση του λόγου, της διάκρισης του εαυτού του από τον έξω κόσμο, και γενικότερα της δεξιότητας του να ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα.

Ο έλεγχος λοιπόν της ακοής οφείλεται να γίνεται έγκαιρα σε κάθε παιδί με αυτισμό, προκειμένου να ελεγχθούν ενδεχόμενες υπερευαισθησίες σε ηχητικά ερεθίσματα, ώστε να διαμορφωθεί και το κατάλληλο αισθητηριακό περιβάλλον, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε παιδιού. Τα τελευταία χρόνια η αντικειμενική αξιολόγηση της ακουστικής ευαισθησίας στο ν αυτισμό, ελέγχεται με τα προκλητά ακουστικά δυναμικά (A.B.R.), τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες, και αποδεικνύουν ότι τα αυτιστικά παιδιά (1:5), δεν μπορούν να ανεχθούν ερεθίσματα 80db ενώ η ακουστική ουδός τους είναι φυσιολογική. Αυτή η δυσανεξία στα ακουστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος ενώ η ακουστική ουδός έχει αποδειχτεί φυσιολογική, συγγέεται με την έννοια της «υπερακουσίας» που έχει αναφερθεί στον αυτισμό από το 1985. Ωστόσο οι τελευταίες μελέτες που έχουν γίνει, αποδεικνύουν ότι στον αυτισμό υπάρχει μία γενικότερη ακουστική υπερευαισθησία, η οποία δεν σχετίζεται μόνο με τις μεγάλες εντάσεις ακουστικών ερεθισμάτων, αλλά και με τις μεσαίες, που αντιστοιχούν στην ένταση που έχει η φωνή του ανθρώπου, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή στη λεκτική επικοινωνία μεταξύ των ατόμων. Το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αφού η υπερακουσία είναι συχνή στον αυτισμό, με ποσοστό 18% ,

και δεν μπορούμε να την αποκλείσουμε σαν μία απλά πιθανή αιτία συμμετοχής της στον κοινωνικό αποκλεισμό που χαρακτηρίζει το άτομο με ΔΑΦ.

Είναι γενικώς αποδεκτό πως οι διαταραχές συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τα παιδιά με αυτισμό, καθιστούν αδύνατη την αξιολόγηση της ακοής τους με υποκειμενικές μεθόδους. Μέσω λοιπόν των προκλητών ακουστικών δυναμικών (A.B.R) (του εγκεφαλικού στελέχους καθώς και τα φλοιϊκά), δίνεται η δυνατότητα, τόσο για μία έγκυρη εξέταση ακοής στο αυτιστικό παιδί, τόσο και για ερευνητικούς σκοπούς. (Αντωνιάδου-Χίτογλου 2004)

2. Εξέταση για Ύπαρξη του Συνδρόμου FRAGILE X

Το σύνδρομο fragile x (σύνδρομο του εύθραυστου χ) αποτελεί από τα συχνότερα σύνδρομα που συνδέονται άμεσα με τη νοητική υστέρηση. Τα χαρακτηριστικά του ποικίλλουν, από συμπεριφορές αυτιστικού τύπου, ήπια, έως και μεγάλη νοητική υστέρηση και συμπεριφορικές δυσκολίες. Απατώνται συχνότερα στα αγόρια σε ποσοστό 1 ανά 1.000-2.000 γεννήσεις, μεταβιβαζόμενο από μητέρα σε γιο. (<http://www.noesi.gr>)

Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο στα περισσότερα παιδιά με πιθανό ή διαγνωσθέντα αυτισμό, μια κατάλληλη εργαστηριακή εξέταση για το σύνδρομο εύθραυστου X, με σκοπό τη πιθανή επέμβαση και την κατάλληλη γενετική συμβουλευτική για τους γονείς. Έχει διαπιστωθεί πως το σύνδρομο έχει λιγότερες πιθανότητες να διαγνωσθεί σε παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, και νοημοσύνη στο μέσο όρο, ή πάνω από το μέσο όρο. Για την εργαστηριακή εξέταση του συνδρόμου κρίνεται απαραίτητη η χρήση δοκιμασιών με έγκυρη ισχύ και αξιοπιστία. Πολλά νοσοκομεία και εργαστήρια χρησιμοποιούν αιματολογικές εξετάσεις. (Βάρβογλη 2006)

3. Εξέταση για Ύπαρξη Κρίσεων

Σε παιδιά με διαγνωσθέντα αυτισμό ή μη, είναι απαραίτητο να γίνονται ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (EEGs), τα οποία περιλαμβάνουν ενδεχομένως και εγκεφαλογράφημα κατά τη διάρκεια του ύπνου, κυρίως όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ή κλινική υποψία για ύπαρξη κρίσεων, συμπεριλαμβανομένου:

- Ύπαρξη τουλάχιστον ενός κλινικού ιστορικού εμφάνισης κρίσεως
- Ύπαρξη σχετικής νευρολογικής ανωμαλίας
- Ύπαρξη κλινικής εικόνας του συνδρόμου Landau Kleffner (μια κατάσταση κατά την οποία το παιδί εμφανίζει μια μορφή επιληψίας, ενώ απουσιάζει και η ομιλία)
- Κλινική εξέταση από ειδικό παθολόγο, προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα εμφάνισης κρίσεων
- Του γεγονότος πως ένα και μόνο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, δεν είναι χρήσιμο από μόνο του για τη διάγνωση του αυτισμού (Βάρβογλη 2006)

4. Μαγνητική Τομογραφία

Οι μαγνητικές τομογραφίες (M.R.I) του κεφαλιού, προκειμένου να παράγουν απεικονίσεις σχεδόν όλων των περιοχών του κεφαλιού και του εγκεφάλου, χρησιμοποιούν ισχυρά ηλεκτρομαγνητικά πεδία. Η εξέταση μέσω μαγνητικής τομογραφίας, δεν αποτελείται από ακτινοβολία ιονισμού, όπως για παράδειγμα οι ακτίνες X, ή τα ραδιενεργά ισότοπα, αλλά από ορισμένου τύπου απεικονίσεις, οι οποίες παράγονται μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, και αφορούν τρία γεωμετρικά επίπεδα. Τα επίπεδα αυτά είναι το στεφανιαίο, το μετωπιαίο και το οβελιαίο επίπεδο. Αυτό λοιπόν που μας παρέχει η MRI είναι σημαντικές πληροφορίες για τη δομική ανατομία του εγκεφάλου, που μπορεί να μας δίνουν στοιχεία για την ανίχνευση μη ομαλών ανατομικών δομών, όγκων, μολύνσεων, τραυματισμών, και άλλων παθολογικών μεταβολών στον εγκέφαλο. Η διαδικασία στα μικρά παιδιά, κάτω των 3 ετών, σχεδόν πάντα περιλαμβάνει τη νάρκωση. Όσον αφορά τη χρησιμότητα της σε άτομα με αυτισμό, η μαγνητική τομογραφία μπορεί να φάνει πολύ χρήσιμη σε κλινικές καταστάσεις αξιολόγησης παιδιών με αυξημένη ανησυχία για μετωπιαία νευρολογικά προβλήματα όπως είναι οι κρίσεις. Επιπλέον η εξέταση αυτή μπορεί να χρησιμεύσει στην αξιολόγηση μερικών παιδιών με επικινδυνότητα εμφάνισης νευρολογικών διαταραχών, όπως τα παιδιά με ιατρικά περιγεννητικά προβλήματα. Υποστηρίζεται όμως πως η εξέταση μέσω MRI δε συνιστάται για τη στερεότυπη αξιολόγηση των παιδιών με αυτισμό. (Βάρβογλη 2006)

Ωστόσο μία πολύ πρόσφατη έρευνα (Φεβρουάριος 2015), στο πανεπιστήμιο Carnegie Mellon, που δημοσιεύθηκε στο PLoS One, με επικεφαλή της μελέτης τον ψυχολόγο Marcel, προέβλεψε διάγνωση ΔΑΦ με ακρίβεια 97%. Οι ερευνητές δημιούργησαν τεχνικές “ανάγνωσης” του εγκεφάλου, με στόχο την εύρεση νευρωνικών αναπαραστάσεων, που σχετίζονται με τις κοινωνικές σκέψεις. Με αποτέλεσμα οι ερευνητές να καθιερώσουν το πρώτο διαγνωστικό εργαλείο, με βιολογική βάση, για την ανίχνευση διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ). Στη παραπάνω έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές μαγνητικής τομογραφίας και μηχανικής μάθησης (machine-learning techniques), οι οποίες χρησιμοποιούν τα πρότυπα ενεργοποίησης του εγκεφάλου προκειμένου να βρουν και να αποκωδικοποιήσουν το περιεχόμενο των σκέψεων ενός ατόμου, σε σχέση με αντικείμενα ή συναισθήματα.

Μία άλλη επίσης έρευνα αναφέρεται σε συγκεκριμένες σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία φαίνεται να παρουσιάζουν μια σχετικά όμοια νευρωνικά υπογραφή σε άτομα χωρίς εγκεφαλικές διαταραχές, γεγονός που σημαίνει ότι σε διαταραχές του εγκεφάλου ενδέχεται να υπάρχουν ανιχνεύσιμες μεταβολές σε αυτούς τους συνήθεις τρόπους ενεργοποίησης. Η μελέτη λοιπόν υποστήριξε συγκεκριμένες μεταβολές στον τρόπο όπου ορισμένες ιδέες/σκέψεις αντιπροσωπεύονται στους εγκεφάλους των ατόμων με ΔΑΦ. Αυτές οι μεταβολές μετονομάστηκαν ως: «δείκτες σκέψεις» και υποδηλώνουν αντιθέσεις ανάμεσα στις νευρωνικές αναπαραστάσεις των

ατόμων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, όταν σκέφτονταν συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις.

Συγκεκριμένα οι ερευνητές επεξεργάστηκαν εκτενώς τους εγκεφάλους 17 ενηλίκων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας και 17 νευροτυπικά συμμετεχόντων (ομάδα ελέγχου), όταν αυτοί σκέφτονταν για περίπου 16 διαφορετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όπως «πειθώ «αγάπη» και «αγκαλιά». Όπως έγινε αντιληπτό, στην ομάδα ελέγχου ενεργοποιήθηκαν εγκεφαλικές περιοχές της οπίσθιας μέσης γραμμής, οι οποίες παρουσιάζουν μια αναπαράσταση του «εαυτού». Ωστόσο το σημαντικότερο είναι πως αυτή η εγκεφαλική ενεργοποίηση απουσίαζε στα άτομα με ΔΑΦ. Οι αλγόριθμοι της μηχανικής μάθησης ταξινόμησαν τα άτομα ως «αυτιστικός» ή «μη-αυτιστικός» με ακρίβεια 97%, και με βάση τους “δείκτες σκέψεις” μέσω fMRI .

Είναι λοιπόν παραδεκτό πως μια εγκεφαλική μέτρηση όπως αυτή, σε συνδυασμό με τις κλινικές μετρήσεις, μπορούν να κατευθύνουν τους κλινικούς σε ταχύτερη και ασφαλέστερη διάγνωση, καθώς και σε αμεσότερη και στοχευμένη θεραπευτική προσέγγιση.

(The ASHA Leader 2015)

5. Γενετικό Τεστ

Για πολλά παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, και κυρίως για εκείνα με πιθανή ανίχνευση των συνδρόμων Fragile-X, Prader Willi ή Angelman, χρήζει απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση, μια διεξοδική χρωμοσωμική ανάλυση. Συνήθως αυτό προτείνεται, όταν το παιδί παρουσιάζεται «δυσφορμικό» (=ασυνήθιστο) ή παρουσιάζει μικροκεφαλία (μικρό μέγεθος κεφαλής). (Βάρβογλη 2006)

Αξίζει ωστόσο να αναφερθούμε στην εμφάνιση ενός τεστ «νέας γενιάς», για τον έλεγχο της γενετικής προδιάθεσης των διαταραχών αυτιστικού φάσματος από τον όμιλο ESPERITE. Το νέο αυτό τεστ με την ονομασία REALITY, θεωρείται ζωτικής σημασίας στην αντιμετώπιση του αυτισμού καθώς μας δίνει τη δυνατότητα εξέτασης των παιδιών σε πρώιμη ηλικία ακόμη και κατά τη γέννηση. Πρόκειται για ένα ακίνδυνο, ευπρόσιτο σε τιμή, αξιόλογο τεστ, και γρήγορο, με τα αποτελέσματα να βγαίνουν σε λιγότερο από 3 εβδομάδες. Η σημαντικότητα του τεστ έγκειται στη δυνατότητα που δίνεται για έγκαιρη παρέμβαση (σε ηλικία μικρότερη των 3 ετών), γεγονός που αποτελεί και το θεμέλιο στην αντιμετώπιση του αυτισμού. Η ταχεία αυτή παρέμβαση κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, δίνει τη δυνατότητα σε γιατρούς για εξατομικευμένη θεραπεία με βάση το γενετικό προφίλ του παιδιού, επωφελούμενη μάλιστα την αυξημένη ευπλαστότητα του εγκεφάλου στην ηλικία αυτή. Η ESPERITE έχει τα δικαιώματα παγκόσμιας αποκλειστικής διάθεσης (με εξαίρεση τις Ηνωμένες Πολιτείες) για το τεστ αυτισμού της IntegraGen, το πρώτο στο είδος του που κυκλοφορεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. (<http://www.esperite.com/?p=64>)

6. Αιματολογικό Τεστ

Οι γενικές εξετάσεις αίματος, αναζητούν για ανωμαλίες σε γονίδια, τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν αναπηρία στην εξέλιξη.

Το αιματολογικό τεστ μεταβολισμού δεν προτείνεται σε γενική βάση, ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν είναι ύποπτο ένα πρότυπο παλινδρόμησης ή όταν άλλες κλινικές ενδείξεις μας οδηγούν στην υποψία ενδεχόμενης διαταραχής αυτιστικού φάσματος. (Βάρβογλη 2006)

7. Τεστ που δεν προτείνονται σε συνήθη βάση

Υπάρχουν ορισμένα τεστ, τα οποία δεν είναι γενικώς αποδεκτά, στη χρησιμοποίησή τους για τη διάγνωση διαταραχών αυτιστικού φάσματος. Αυτά είναι: Ανάλυση μαλλιών, κοιλιακά αντισώματα, αλλεργικό τεστ, τεστ βιταμινών. Επίσης αποφεύγονται και τα παρακάτω: Ανάλυση ούρων και κοπράνων, εξέταση του θυρεοειδή, του γαλακτικού οξέος, και άλλες εξεζητημένες μεταβολικές εξετάσεις. (Βάρβογλη 2006)

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2. «Μελέτη περίπτωσης»

2.1 Παρουσίαση περιστατικού

Ο Σ. είναι γεννημένος στις 2 Φεβρουαρίου του 2012, και είναι σήμερα 4;8 ετών. Το αγόρι έχει έναν δίδυμο αδελφό και δύο φαινοτυπικά υγιείς γονείς, με τους οποίους και προσήλθε σε κέντρο λογοθεραπείας, έπειτα από προσωπική παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού από τους ίδιους και από τον παιδίατρο του Σ. Σύμφωνα με το αναπτυξιακό-οικογενειακό ιστορικό του παιδιού, το οποίο λήφθηκε τον Μάρτιο του 2014 από τον λογοθεραπευτή, η μητέρα του μικρού Σ. δεν είχε αντιμετωπίσει ατυχείς ή ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες πριν την γέννηση του αγοριού, καθώς επίσης η προγεννητική πορεία, και ο τοκετός τόσο του Σ., όσο και του αδελφού του, εξελίχθηκαν φυσιολογικά. Να σημειωθεί ότι ο τα δύο αδέλφια είναι διζυγωτικά δίδυμα με τον Σ., να γεννιέται λίγα λεπτά μετά τον αδελφό του Π. Επιπλέον το βάρος γέννησης του παιδιού αλλά και γενικότερη πορεία του χαρακτηρίζεται ομαλή, με αναπτυξιακά φυσιολογική στήριξη κεφαλής, και κινητικής ανάπτυξης. Ακόμη δεν έχει νοσηλευτεί ή αρρωστήσει βαριά έως σήμερα. Ωστόσο αυτό που παρατηρήθηκε αρχικά από τους γονείς ήταν μια αναπτυξιακά επιβράδυνση εκφραστικού τύπου και κοινωνικής ανταλλαγής. (Πληροφορίες από γονείς και λογοθεραπευτή)

2.2 Μορφές Αξιολόγησης

1) Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση

Το παιδί παρατηρήθηκε από τον λογοθεραπευτή στα πλαίσια του χώρου της εξέτασης του γραφείου καθώς επίσης και στο πλαίσιο του σχολείου, ενώ συγκεντρώθηκαν χρήσιμες πληροφορίες από τους γονείς.

Πίνακας 2.2^α

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1. Συμπεριφορά	
Μοναχικός σε σπίτι και σε σχολείο	Κυρίως στο σχολείο
Συνεργάσιμος	Όταν εμπλέκεσαι στο παιχνίδι του
Αλληλεπίδραση	Ελάχιστη-Αναδυόμενη
Λόγος	Κατανοητός, ορισμένες φορές ακατάληπτος
2. Λειτουργίες της Επικοινωνίας	
<i>Δήλωση Αιτήματος</i>	

Ζητά αντικείμενα και δραστηριότητες	Μόνο όταν θέλει κάτι πάρα πολύ
Ζητά βοήθεια	Σχεδόν ποτέ
Ζητά από κάποιον άλλον να επαναλάβει μία δραστηριότητα	Ζητά μόνο αν κάτι του αρέσει πολύ
Ζητά άδεια για να κάνει κάτι	Σχεδόν ποτέ
Ζητά από κάποιον να κάνει διάλλειμα ή να διακόψει μία δραστηριότητα	Όχι
<i>Προσέλκυση Προσοχής</i>	
Τραβά την προσοχή άλλων ατόμων που βρίσκονται «κοντά» του όταν θέλει να επικοινωνήσει	Σχεδόν ποτέ, μόνο όταν θέλει κάτι πολύ σημαντικό
Τραβά την προσοχή άλλων ατόμων που βρίσκονται «μακριά» του όταν θέλει να επικοινωνήσει	Όχι, αναμένει να του μιλήσουν οι άλλοι
Τραβά την προσοχή των άλλων που τον κοιτούν	Όχι, ποτέ
Κατευθύνει την προσοχή όσων βρίσκονται γύρω του, για να προσέξουν κάτι που θέλει	Ορισμένες φορές ναι, και άλλες φορές μένει άπραγος
<i>Αρνηση- Απόρριψη</i>	
Αρνείται αντικείμενα	Όχι, είναι δεκτικός
Αρνείται εργασία	Εκτελεί τις εργασίες που του αναθέτουν
Αρνείται να εκτελέσει οδηγίες	Σχεδόν ποτέ, είναι υπάκουος
<i>Σχόλια</i>	
Σχολιάζει τον εαυτό του	Όχι, ποτέ
Σχολιάζει άλλα πρόσωπα	Όχι, ποτέ
Σχολιάζει αντικείμενα	Ναι, αρκετές φορές
Σχολιάζει άλλες ενέργειες και πράξεις	Ναι, ορισμένες φορές επικεντρώνεται σε ενέργειες άλλων προσώπων και τις σχολιάζει
Σχολιάζει το απροσδόκητο και το λάθος	Αρκετές φορές αντιλαμβάνεται και σχολιάζει το λάθος, ωστόσο το απροσδόκητο σχεδόν ποτέ
Όταν τελειώνει μια δραστηριότητα το δηλώνει	Όχι, αναμένει να το παρατηρήσουν οι άλλοι
<i>Παροχή Πληροφοριών</i>	

Ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις που του κάνουν, και δίνει πληροφορίες για τον εαυτό του	Ορισμένες φορές δίνει πληροφορίες, λέγοντας το όνομα και το επίθετο τους, ωστόσο ακατάληπτα)
Ανταποκρίνεται σε ερωτήσεις και δίνει πληροφορίες για αντικείμενα ή πρόσωπα	Αναδύεται
Δίνει πληροφορίες σχετικά με γεγονότα ή ενέργειες του παρελθόντος ή που αφορούν το μέλλον(πχ. Που ήσουν, που θα πας? Κ.λ.π.)	Όχι σχεδόν ποτέ δεν δίνει τέτοιου είδους πληροφορίες από μόνος του.
Απαντά σε ερωτήσεις που του κάνουν με ναι\όχι\δεν ξέρω	Κάποιες φορές ναι, ωστόσο με άστατο τρόπο
Δίνει διευκρινήσεις	Όχι, σχεδόν ποτέ
Περιγράφει αντικείμενα και πρόσωπα που δεν είναι παρόντα	Όχι, δεν το κάνει ποτέ
Δίνει πληροφορίες σχετικά με το χώρο και το χρόνο	Κάποιες φορές ναι, και κυρίως με το χώρο
Κάνει σειριοθέτηση γεγονότων	Όχι ποτέ, δυσκολεύεται πολύ να ταξινομήσει γεγονότα και ιστορίες
<i>Αναζήτηση Πληροφοριών</i>	
Κάνει ερωτήσεις όπως: ποιος; που; ποτε; τι; γιατί;	Ορισμένες φορές ναι
Ζητά πληροφορίες για αντικείμενα, πρόσωπα και ενέργειες	Όχι, τις περισσότερες φορές του περνούν απαρατήρητα
<i>Έκφραση Συναισθημάτων</i>	
Εκφράζει συναισθήματα(χαρά, λύπη, θυμός, φόβος)	Εμφανίζονται έντονα συναισθήματα (κυρίως έντονη χαρά και έντονος θυμός)
Εκφράζει ανάγκες	Κυρίως για φαγητό
Εκφράζει επιθυμίες και επιλογές	Μόνο για τον υπολογιστή
<i>Χρήση κοινωνικών εκφράσεων ρουτίνας</i>	
Χαιρετά	Κάποιες φορές ναι, ωστόσο κυρίως όταν πρόκειται να πάει ή να κάνει κάτι που του αρέσει πολύ
Συστήνεται, λέει το όνομα του	Σχεδόν πάντα και το επίθετο του
Λέει ευχαριστώ	Όχι

Συγχαίρει τους άλλους	Όχι, ποτέ
Λέει «Παρακαλώ»	Όχι
3. Δεξιότητες Συζήτησης	
Απευθύνει το λόγο σε άλλο άτομο	Απευθύνει το λόγο μόνο σε γονείς και στον δίδυμο αδελφό του. Όχι σε κάποιον που δεν γνωρίζει καλά ή καθόλου
Είναι σε θέση να κατανοήσει όταν του απευθύνουν τον λόγο	Αναδυόμενη συμπεριφορά
Δείχνει να παρακολουθεί όταν μιλάει κάποιος άλλος	Ορισμένες φορές παρακολουθεί και άλλοτε είναι αφηρημένος
Προσέχει τα πρόσωπα-εστιάζει όταν απευθύνεται σε κάποιον	Όχι. Δεν έχει βλεμματική επαφή
Διατηρεί κατάλληλη απόσταση από το συνομιλητή του	Όχι, έχει αλλοπρόσαλλη στάση προς τον συνομιλητή
Εισάγει ένα θέμα για συζήτηση με κατάλληλο τρόπο	Όχι, και συνήθως δεν ξεκινά πρώτος τη συζήτηση
Διατηρεί μια συζήτηση, κάνοντας ερωτήσεις και σχόλια σχετικά με το θέμα	Όχι. Σχεδόν ποτέ δεν διατηρεί μια συζήτηση, ούτε κάνει παρατηρήσεις πάνω στο θέμα
Αλλάζει θέμα σε μία συζήτηση	Όχι, δεν αλλάζει θέμα, τις περισσότερες φορές αναμένει να τελειώσει η συζήτηση, και μετά ενδέχεται να εισάγει ένα άσχετο θέμα
Κλείνει μία συζήτηση με τον κατάλληλο τρόπο	Όχι σχεδόν ποτέ δεν ολοκληρώνει μία συζήτηση, ακόμη όμως και αν οδηγηθεί σε ένα τελικό συμπέρασμα, δεν θα κλείσει τη συζήτηση με κατάλληλο τρόπο
Περιμένει τη σειρά του για να μιλήσει και κατανοεί τη σειρά εναλλαγής των συνομιλητών του	Όχι δεν περιμένει ποτέ τη σειρά του για να μιλήσει και συχνά πετάγεται την ώρα που μιλούν οι άλλοι, βγαίνοντας εκτός θέματος.
Διακόπτει ευγενικά μία συζήτηση για να ρωτήσει ή να πει κάτι σχετικό	Όχι, εισάγει απότομα λόγο γενικά, και όχι για το συγκεκριμένο θέμα συζήτησης
Αφηγείται προσωπικές, ή μη εμπειρίες με λογική σειρά	Όχι, μπερδεύει καταστάσεις κατά την αφήγηση τους
Κάνει χρήση λεξιλογίου σχετικό με τη	Ναι, έχει υψηλό σκορ εκφραστικού

θεματολογία της συζήτησης	λεξιλογίου
Εστιάζει την προσοχή του και αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα συζήτησης, χωρίς να κάνει άσχετα σχόλια	Όχι, συνήθως συγχέει πολλά θέματα μαζί
Κάνει κατάλληλη χρήση του χρόνου όταν μιλά, χωρίς να κουράζει το συνομιλητή του	Όχι, κάνει ακατάλληλη χρήση του χρόνου και τις περισσότερες φορές κουράζει τον συνομιλητή
Ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις του συνομιλητή του μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα	Όχι συνήθως αργεί να απαντήσει και μπορεί πολλές φορές να διακόψει αυτό που θέλει να πει και να το θυμηθεί αργότερα
Κατανοεί το χιούμορ σε μία συζήτηση ή αυτό που υπονοείται	Όχι, χαρακτηρίζεται απόλυτα «κυριολεκτικός»
4. Βασικές Μορφές-Μη Λεκτικής Επικοινωνίας	
<i>Χειρονομίες και Νοήματα</i>	
Όπως: Ναι\Και άλλο\Αποδοχή	Τα λέει, αλλά όχι πάντα
Όχι\Δεν θέλω\Άρνηση	Μόνο το «όχι»
Έλα\Φύγε	Ναι, και τα δύο
Σήκω\Κάθισε	Ναι, και τα δύο
Σταμάτα\Περίμενε	Κυρίως το σταμάτα
Λέει: Γεια σου	Ναι
Λέει: Ησυχία	Όχι
<i>Εκφράσεις Προσώπου</i>	
Δείχνει χαρούμενος	Ναι, πολύ έντονα
Δείχνει λυπημένος	Ναι, πολύ έντονα
Δείχνει θυμωμένος	Ναι, μερικές φορές
Δείχνει φοβισμένος	Όχι, σχεδόν ποτέ
<i>Στάση Σώματος (η οποία μπορεί να δείχνει:)</i>	
Προσμονή	Ναι, με συγκεκριμένες κινήσεις (πειράζει τα μαλλιά του από το άγχος)
Αποστροφή	Ορισμένες φορές δηλώνει αποστροφή
Αναμονή	Όχι
Σκέψη	Όχι

Απορία\Αγνοια	Όχι
Επιθετικότητα\Θυμό	Ναι
Φιλικότητα\Αγάπη\Παρηγοριά	Ναι
Πόνος	Ορισμένες φορές ναι. Κυρίως όταν έχει ανάγκη για βοήθεια, την οποία δυσκολεύεται να ζητήσει λεκτικά
Χαρά	Ναι, αρκετές φορές δείχνει χαρούμενος με συγκεκριμένες στερεότυπες κινήσεις του σώματος του

Όσον αφορά το πλαίσιο το σχολείου, το παιδί φοιτά σε κανονικό σχολείο (νηπιαγωγείο). Όπως διαπιστώθηκε από την παρατήρηση και τη συζήτηση του λογοθεραπευτή με τις δασκάλες του σχολείου, ο Σ. από την αρχή φαινόταν να αγνοεί την ύπαρξη των άλλων παιδιών. Πολλές φορές ήταν απομονωμένος, δεν έπαιζε με τα άλλα παιδιά στον προαύλιο χώρο, και κάποιες φορές δεν ήθελα να βγει καν έξω από την αίθουσα στα διαλείμματα. Η δασκάλα χαρακτήρισε τον Σ. ως ένα παιδί με δεξιότητες υψηλής λειτουργικότητας για την ηλικία του, που ωστόσο έμοιαζε κοινωνικά απόμακρος και μοναχικός απέναντι στους συμμαθητές του. Η κοινωνικότητα του άρχισε να αυξάνεται, με έναν όμως πρωτόγνωρο και εντυπωσιακό τρόπο, με ποικίλα χαρακτηριστικά να δηλώνουν έλλειψη στον τομέα αυτό. Μέσα λοιπόν από την παρατήρηση και τη συλλογή δεδομένων, ο λογοθεραπευτής παρέπεμψε τους γονείς του παιδιού σε εξέταση παιδοψυχιάτρου, για υποψία διαταραχής αυτιστικού φάσματος.

2) Παιδοψυχιατρική Εξέταση

Σύμφωνα με την έκθεση της παιδοψυχιατρικής εξέτασης ο Σ. προσήλθε στην παιδοψυχίατρο, τον Απρίλιο του 2014 μαζί με τους γονείς του και τον δίδυμο αδελφό του που ήταν παρόν στην εξέταση. Η κλινική αξιολόγηση βασίστηκε σε συλλογή πληροφοριών από τους γονείς, για την γενικότερη ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και από την υπάρχουσα κατάσταση της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω δοκιμασίες:

- ✓ ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised)
- ✓ PEP-R (Psychoeducational Profile Revised)

Ευρήματα Παιδοψυχιατρικής Εξέτασης:

- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη εκφραστικού και αντιληπτικού λόγου
- Ποιοτική απόκλιση κοινωνικής συνδιαλλαγής και επικοινωνίας
- Ποιοτική απόκλιση προσαρμοστικών δεξιοτήτων
- Φυσιολογική νοημοσύνη
- Έλλειψη πρωτοβουλιών και ελλιπή ανταπόκριση στις επικοινωνιακές δεξιότητες
- Άσκοπη κινητική συμπεριφορά
- Διαρκές ψέλλισμα
- Ελλιπής βλεμματική επαφή
- Εύκολος συντονισμός σε απλή αλληλεπίδραση με πρωτοβουλία του άλλου
- Δεκτικός όταν εμπλέκεσαι στο παιχνίδι του
- Δυσκολίες στην εξοικείωση και προσαρμογή
- Χαμηλή αλληλεπίδραση με τον αδερφό του
- Δεν διακόπτει δομημένο παιχνίδι
- Υψηλή οπτική αντίληψη, την οποία αξιοποιεί κατάλληλα για να μάθει κάτι

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα Παιδοψυχιατρικής Εξέτασης

Σύμφωνα με την έκθεση και τη κλινική αξιολόγηση της παιδοψυχιάτρου, το παιδί παρουσιάζει «Ήπια Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος».

Ωστόσο η πρόγνωση των δυσκολιών του Σ. κυμαίνεται σε θετικά πλαίσια. Η όλη πορεία του χρήζει την ανάγκη συστηματικής λογοθεραπείας για την ενίσχυση των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά και εργοθεραπείας με στόχο τον κινητικό προγραμματισμό. Τέλος οι γονείς είναι αναγκαίο να λάβουν την κατάλληλη καθοδήγηση και συμβουλευτική, για την καταλληλότερη υποστήριξη του Σ.

3) Ακουολογική Εξέταση

Το παιδί υποβλήθηκε σε ακουολογική εξέταση, η οποία δείχνει φυσιολογική, χωρίς να υπάρχει πρόβλημα ακουστικής φύσεως.

Παρακάτω ακολουθεί πίνακας με τις μορφές αξιολόγησης-εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν και που δεν πραγματοποιήθηκαν στο περιστατικό.

Πίνακας 2.2^β

ΜΟΡΦΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	
Αξιολόγηση Ακουστικής Ικανότητας	ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEGs)	ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Μαγνητική Τομογραφία (MRI & f-MRI)	ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Γενετικός έλεγχος	ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Αιματολογικός Έλεγχος	ΔΕΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
Ψυχομετρικές Εξετάσεις	ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ
Λογοθεραπευτική Αξιολόγηση	ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

2.3 Διαγνωστικό Προφίλ

Προκειμένου να διαμορφώσουμε το διαγνωστικό προφίλ του περιστατικού μας, είναι αναγκαίο να αναφερθούμε στους ελέγχους- εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν, και πως αυτοί ταυτίζονται με τα διαγνωστικά μας κριτήρια, δικαιολογώντας τη διάγνωση της διαταραχής του παιδιού, η οποία σύμφωνα με την έκθεση της παιδοψυχιάτρου είναι «ήπια διαταραχή αυτιστικού φάσματος» (Άσπεργκερ)

Ακολουθεί σχετικός πίνακας, με τα ευρήματα των ελέγχων του Σ., σε συνάρτηση με τα διαγνωστικά κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση διαταραχών αυτιστικού φάσματος, και στη περίπτωση μας για τη διάγνωση ήπιας διαταραχής- Άσπεργκερ.

Αξίζει να τονίσουμε ότι θα χρησιμοποιήσουμε το αξιολογητικό εργαλείο ICD-10 (1990), που όπως αναφέραμε και στο πρώτο μέρος της εργασίας μας, οι ειδικοί διάγνωσης στην Ελλάδα, χρησιμοποιούν ευρέως. Επίσης ο πίνακας μας θα περιλαμβάνει και τα διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Άσπεργκερ, όπως αυτά διαμορφώθηκαν από τους Gilberg et al & Gillberg C , 1989.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΗΤΗΡΙΑ ICD-10	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΗΤΗΡΙΑ Gilberg et al & Gillberg C.	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Έλλειμμα οποιασδήποτε σημαντικής γενικής καθυστέρησης στη γλώσσα ή στη γνωστική ανάπτυξη.(Ανάπτυξη απλών λέξεων και επικοινωνιακών φράσεων από μικρή ηλικία)	Ομιλία και γλωσσική συμπεριφορά με ασυνήθη χαρακτηριστικά	Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εκφραστικού και αντιληπτικού λόγου, λόγος κατανοητός αλλά ακατάληπτος, υψηλό σκορ λεξιλογίου, κατάλληλου με το θέμα συζήτησης κυριολεκτική πρόσληψη μηνυμάτων, δεν κατανοεί μεταφορικές έννοιες
Δεξιότητες αυτό-εξυπηρέτησης, προσαρμοστική συμπεριφορά και περιέργεια για το περιβάλλον (παρόντα κατά τα 3 πρώτα χρόνια), σε συνάρτηση με ομαλή νοητική ανάπτυξη.	Επαναλαμβανόμενες ρουτίνες, στο ίδιο το παιδί ή όταν αυτές επιβάλλονται σε άλλους.	Νοημοσύνη φυσιολογική, ανταπόκριση στο λόγο αρχικά ελλιπής και έπειτα προσαρμόσιμη των συνθηκών(κατά την εξέταση), χρειάζεται χρόνο για εξοικείωση και προσαρμογή, ωστόσο δεν διακόπτει δομημένο παιχνίδι, προτιμά παιχνίδι π έχει ξανά παίξει και θέλει αυτό να είναι σύντομης διάρκειας, υψηλή οπτική αντίληψη που χρησιμοποιεί κατάλληλα για να μαθαίνει.
Καθυστέρηση στη κινητική ανάπτυξη & κινητική αδεξιότητα.	Κινητική αδεξιότητα Προβλήματα μη λεκτικής επικοινωνίας	Άσκοπη κινητική συμπεριφορά, συνεχές ψέλλισμα, μειωμένη κινητική οργάνωση
Ποιοτικές ανεπάρκειες σε	Κοινωνικές μειονεξίες-ακραία	Μειωμένη αλληλεπίδραση με τον αδελφό του

αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση.	εγωκεντρικότητα Προβλήματα μη λεκτικής επικοινωνίας	(αναδύομενη), μειωμένη σχέση με συνομηλίκους, δεν παίρνει πρωτοβουλίες, αλλά είναι δεκτικός όταν εμπλέκεσαι στο παιχνίδι του, κάνει συχνά ερωτήσεις, δεν απευθύνει το λόγο, μεγάλη ποιοτική απόκλιση στη κοινωνική συνδιαλλαγή στα πλαίσια του σπιτιού και του σχολείου, δυσκολεύεται στην έκφραση συναισθημάτων(εκφράζει με έντονο τρόπο) ελλιπή αυθόρμητη βλεμματική επαφή, αδυναμία στη μετάδοση με τη «γλώσσα» του σώματος
Περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.	Στενό ενδιαφέρον, με απόκλιση κάποιων άλλων δραστηριοτήτων, ή επαναληπτική προσκόλληση, ή έντονο ενδιαφέρον σε πράγματα, αποτέλεσμα συνήθειας παρά για το νόημα	Στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες κινητικές ιδιοτυπίες, προσκόλληση σε μη λειτουργικά μέρη αντικειμένων(π.χ. σε ένα παιχνίδι), Άγχος σε καταστάσεις αλλαγής χώρου ή παιχνιδιού
Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλες ποικιλίες διάχυτης εξελικτικής διαταραχής		

2.4 Συμπεράσματα

Φθάνοντας στο τέλος της παρουσίασης του περιστατικού μας, αξίζει να κάνουμε μία γενική ανασκόπηση της διαγνωστικής προσέγγισης και της έγκυρης διάγνωσης που εξέλαβε το παιδί. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουμε, το περιστατικό μας έλαβε ως κύρια μορφή αξιολόγησης, τεκμηριωμένα ανιχνευτικά τεστ διάγνωσης διαταραχών αυτιστικού φάσματος. Επιπλέον δεδομένου και της ηλικιακής ομάδας του παιδιού, πολλές συμπεριφορές δυσανάλογες του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού, κρίθηκαν αναγκαίες παρατήρησης, από τον λογοθεραπευτή και την παιδοψυχίατρο που τον εξέτασε. Μέσα λοιπόν από τα ευρήματα των παρατηρήσεων αυτών, τα οποία πληρούν πολλά από τα διαγνωστικά μας κριτήρια, (Gillberg & ICD-10) των ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν, αλλά και της φυσιολογικής ακοολογικής εξέτασης, το παιδί φαίνεται να εντάσσεται στις ΔΑΦ, με «ήπια διαταραχή αυτιστικού φάσματος», ονομαζόμενο ως σύνδρομο Asperger, υψηλής λειτουργικότητας αυτισμός, το οποίο κατατάσσεται στο αξιολογητικό εργαλείο ICD-10 με κλίμακα F84.5. Ωστόσο αξίζει να τονίσουμε τη μειονότητα των εξετάσεων που έλαβε το περιστατικό μας. Είναι γενικώς αποδεκτό πως μία πολυπαραγοντική διάγνωση με εμπλουτισμένες μορφές αξιολόγησης, με περισσότερες εξετάσεις, θα ήταν πιο έγκυρη και περισσότερο αποτελεσματική στη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού. Πρόσθετοι έλεγχοι και εξετάσεις θα έδιναν σε εμάς και στη διαδικασία της διάγνωσης μία διαφορετική οπτική γωνία και ποικίλα στοιχεία για το περιστατικό. Αν και κρίνουμε πως η διάγνωση θα μπορούσε να περιλαμβάνει πρόσθετες διαδικασίες, που μας οδηγούν στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος (π.χ. εργαστηριακές εξετάσεις, γενετικός έλεγχος, μαγνητική τομογραφία) τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια αυτιστικής διαταραχής, και η ποιοτική απόκλιση στη κοινωνική συνδιαλλαγή του παιδιού, σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά υψηλής λειτουργικότητας, σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του Σ., μας οδηγούν φανερά στην ένταξη του παιδιού στις ΔΑΦ, με τη μορφή «ήπιου αυτισμού-Asperger»

Συμπεράσματα

Έχοντας ολοκληρώσει λοιπόν το θεωρητικό και πρακτικό μέρος της εργασίας μας, είμαστε σε θέση να παραθέσουμε τα συμπεράσματα μας.

Είναι λοιπόν γενικώς αποδεκτό, πως ο αυτισμός στις μέρες μας αποτελεί ένα πολύ πιο συχνό φαινόμενο από ότι μπορούμε να υπολογίσουμε ή να φανταστούμε. Πρόκειται για μία “ισόβια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή”, που επιβραδύνει συνολικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, και από το 1943 έχει χαρακτηριστεί ως «Αυτισμός», που παρατηρείται σε νήπια, μικρότερα των 3ετών (Kanner). Πολλές μελέτες έχουν γίνει από την εποχή εκείνη και έπειτα, πολλές θεωρητικές ερμηνείες έχουν αποδοθεί για την προέλευση του, την πλούσια συμπτωματολογία του, την πορεία προς τη διάγνωση, και την θεραπευτική του προσέγγιση. Τα αποτελέσματα μας έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα, πως ο αυτισμός είναι μία διάχυτη διαταραχή, γενετικής-περιβαλλοντικής και ψυχογενούς αιτιολογίας, με ποικίλες μορφές, εκδηλώσεις, αλλά και με ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Για τους λόγους αυτούς, το κεφάλαιο της διάγνωσης θα πρέπει να λαμβάνει μια σφαιρική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα η διάγνωση θεωρείται σκόπιμο να περιλαμβάνει μία πολυπαραγοντική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία πολλοί παράγοντες θα μας οδηγούν στη διάγνωση διαταραχής αυτιστικού φάσματος (Christopher Gillberg , 2010). Επίσης βασική θεωρείται και η εξατομικευμένη αξιολογική διαδικασία του ατόμου και της οικογένειας, καθώς έτσι θα τεθούν έγκαιρα οι θεραπευτικοί στόχοι και οι ανάγκες του κάθε παιδιού και του περιβάλλοντος που το φροντίζει.

Τέλος αξίζει να αναφερθούμε σε κάτι που επισήμανε η Lorna Wing (2000,287) « Όσοι από εμάς ζούμε ή δουλεύουμε με παιδιά και ενήλικες με αυτιστικές διαταραχές πρέπει να προσπαθούμε να μπούμε στον κόσμο τους, μιας και αυτοί δεν μπορούν να βρουν το δρόμο που οδηγεί στον δικό μας. Χρειαζόμαστε να μάθουμε να κατανοούμε και να βιώνουμε με συμπάθεια τις αυτιστικές τους εμπειρίες ώστε να βρούμε τρόπους να βοηθήσουμε κάθε άτομο να τα βγάλει πέρα με ένα σύστημα κοινωνικών κανόνων που τους είναι ξένο. Η ανταμοιβή για την προσπάθεια που απαιτείται είναι μια βαθύτερη κατανόηση της ανθρώπινης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και μια αναγνώριση του θαύματος της ανάπτυξης του παιδιού. Το κλειδί για τον αυτισμό είναι το κλειδί για τη φύση της ανθρώπινης ζωής ».

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αντωνιάδου-Χίτογλου, Μ., (2004). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-Σύγχρονες Προσεγγίσεις στην Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό*. Πρακτικά Σεμιναρίου:Δράμα

Βάρβογλη, Λ., (2006). *Η διάγνωση του αυτισμού-Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη

Βογινδρούκας, Ι., (2003) «*Διαταραχές επικοινωνίας αυτισμός*.» Φωτοτυπημένες σημειώσεις σεμιναρίου . Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ , Σχολή ΣΕΥΠ . Τμήμα Λογοθεραπείας

Βογινδρούκας, Ι., Καλομοίρης, Γ., Παπαγεωργίου, Β., (2007). «*Αυτισμός : Θέσεις και Προσεγγίσεις*». Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών . Αθήνα : Ταξιδευτής .

Βογινδρούκας, Ι. & Sherratt, D. (2005). «*Οδηγός εκπαίδευσης ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*.» Αθήνα : Ταξιδευτής

Βογινδρούκας, Ι. & Sherratt, D. (2008) . «*Οδηγός Εκπαίδευσης Παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*» (3η έκδοση) . Αθήνα : Τυπωθήτω

Γενά, Α. (2002). «*Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές*» . *Αξιολόγηση – διάγνωση – αντιμετώπιση* . Αθήνα : Leader Books .

Γκονέλα, Ε. (2006). *Αυτισμός-Αίνιγμα και πραγματικότητα*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Καλύβα, Ευ. (2005) . *Αυτισμός : «Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*» . Αθήνα : Παπαζήσης

Καραντάνος, Γ. & Φράνσις, Κ. (2003-2004) Ίδρυμα για το παιδί «Η Παμμακάριστος»

Καρδαράς, Π.,(2009) *Αυτισμός*. Νέα Παιδιατρικά Χρονικά

Κυπριωτάκης, Α. (1997). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*, Ηράκλειο

Μάγκλαρη, Ε., Cool, S. (2001). «*Οι νευροβιολογικές βάσεις της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης*.» Σημειώσεις Σεμιναρίου Εκπαίδευσης στη θεωρία και τη θεραπεία της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης

Μάλλιου Κριαρά, Σ. (2013) *Σύνδρομο Εύθραυστου Χρωμοσώματος X*. Emedi.gr

Νότας, Σ., & Νικολαΐδου. Μ., (2006). *ΑΥΤΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*. Εκδόσεις Βήτα

Παπαγεωργίου, Β., (2014) Διεπιστημονική Προσέγγιση: *Αυτισμός και σεξουαλική συμπεριφορά. On line doc*

Συνοδινού, Κ. (1996). Ο παιδικός αυτισμός. Αθήνα: Καστανιώτη.

Συριοπούλου-Δελλή, Χρ., Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Ψυχολογία-Παιδαγωγική-Κοινωνική, Εκδόσεις Γρηγόρη : Αθήνα 2011

Τσιάντης, Γ., (2001). Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, (β' έκδοση), Αθήνα: Καστανιώτη

Χίτογλου-Αντωνιάδου, Μ., Κεκές, Γ., Χίτογλου-Χατζή, Γ., (2000). Αυτισμός-Ελπίδα, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Ξενογλώσση

Adams, J.B., Holloway, C. (2004). Pilot study of a moderate dose multivitamin/mineral supplement for children with autistic spectrum disorder. *Journal of Alternative and Complementary, Medicine.* US National Library of Medicine

Attwood, T., (2005). Παιδιά με ιδιαιτερότητες στη γλωσσική ανάπτυξη και την κοινωνική αλληλεπίδραση: Σύνδρομο Asperger, οδηγός ανίχνευσης και αντιμετώπιση. Επιμέλεια: Αφροδίτη Β.Παπαϊωάννου Β.Α. Μετάφραση: Κορογιαννάκη, Α., Μιχαλέτου, Ε. Εκδόσεις Σαββάλλας

Baer, A., D.M., Wolf, M., Risley, T.R. (1968) «*Some current dimensions of applied behavior analysis*». *Journal of applied behavior analysis*, 1(1):91-97.

Barnett, R., (2016, May) Autism Spectrum Disorder. US National Library of Medicine

Baron- Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin- Clubley, (2001) The Autism Spectrum Quotient(AQ): Evidence from Asperger syndrome\high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and mental Disorders*, 31, 5-17

Bolton P., Carcan-Rathweell, I., Hutton, A., et al. (2011). Epilepsy in autism Features and correlates. *British Journal of Psychiatry* (Σελ 198&289-294)

Brenda, S., Myles, Stacey, J., Bock, Richard, L., Simpson, (2001).US National Library of Medicine

Cohen, S., (2006), *Targeting Autism*. Los Angeles, University of California Press.

Di Lavore, Lord. Rutter, (1995). The pre-linguistic autism diagnostic observation schedule, US National Library of Medicine

- Esch, B.E., Carr, J.E. (2004). Secretin as a treatment for autism: a review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34: 543-556.
- Fine, H., Aubrey (2010). Handbook Animal Assisted therapy ,3rd Edition
- Fombonne, E. (2007). «Epidemiological surveys of pervasive developmental disorders», Από: *Autism and Pervasive Developmental Disorders* (2^η έκδοση), Επιμέλεια : Fred R. Volkmar, Cambridge University, (σελ. 33–68)
- Gillberg, C ., (2013) ESSENCE- The Scientific World Journal- special edition. University of Gothenburg, Sweden
- Gray C., White, L.A. (2003), μτφρ. Κορογιαννάκη Α., Μιχελάτου Ε., Κοινωνική Προσαρμογή. Πρακτικός οδηγός για αυτιστικά παιδιά με σύνδρομο Asperger. Αθήνα, εκδόσεις Σαββάλας, από: Gray C., White A.L. (2002), *My social Stories Book*. USA, Jessica Kinglsey Ltd.
- Happé, F. (2003). «Αυτισμός : Σύγχρονη Ψυχολογική Θεώρηση». μτφ Στασινός, Δ. Αθήνα: Gutenberg
- Hoekstra R.A et al, (2009) Association between extreme autism traits and intellectual disability insights. From a general population twin study. *British Journal of Psychiatry*. (σελ 195& 531-536)
- Howlin P. (1998), Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. *J. Child Psychol Psychiatry*
- INSAR- International Society for Autism Research (2008) Annual Meeting, London May 2006
- Johnson, C.P. (2004) «*Early Clinical Characteristics of Children with Autism*». In: Gupta, V.B. ed: *Autistic Spectrum Disorders in Children*. New York: Marcel Dekker, Inc.,:85-123
- Keneth G., Shipley-Julie, G. McAfee (2013). Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία Μετάφραση-Επιμέλεια: Στ., Βιρβιδάκη. Ε., M.Sc., Ταφιιάδης,. Δ. M.Sc. 4^η Έκδοση\1^η Ελληνική Έκδοση. gotsis 2013
- Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter. (2003), *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services.
- Lees, J., Urwin, S. (2005). *Children with Language disorders* (2nd ed.), London, Whurr Publisher
- Lennard-Brown S. (2003). *Autism*. Μτφρ. Νικολακάκη (2004), *Αυτισμός*, Αθήνα, εκδόσεις: Σαββάλα

- Lisa, Jo., Rudy (2015) What Doctors say about Special Autism diets About. Com / Autism spectrum disorders
- Lisa,Jo. Rudy (2009) Research Finds Gene Linking Autism and Gastrointestinal problems. about Autism/ about. Com
- Lord C, Luyster, R. (2005). Early diagnosis and Screening of autistic spectrum disorders. Screening for ASD: current findings. Journal of Psychiatry and Mental Health
- Mattila, ML., Jussila, K., Kuusikko, S., Kielinen, M., Linna, S\L., Ebeling, H., Bloigu, R., Joskitt, L., Pauls, D., Moilanen, I. (2009). When does the Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) predict autism spectrum disorders in primary school-aged children?. US National Library of Medicine
- Mesibov, Gary B., Shea, Victoria, Schopler, Eric (2004). The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. Springer Science and Business media, LLC.
- Ohta, M., Nagai, Y., Hara, H., Sasaki, M. (1987). Parental perception of behavioral symptoms in Japanese autistic children. Journal of autism and developmental disorders. Part: 17.
- Pangborn, J., Baker, S. (2005). *Autism: Effective Biomedical Treatments*. San Diego Calif: Autism Research Institute
- Quill,,C. (1995). Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization. New York: Delmar
- Quill, K.A. Ed.D (2005). «Διδάσκοντας Αυτιστικά Παιδιά : Τρόποι για να αναπτύξετε την επικοινωνία και την κοινωνικότητα» . μτφ Παγίδα Ρ. Επιστημονική επιμέλεια Μεσσήνης, Λ., Αντωνιάδης, Γ., Μαλανδράκη, Γ., Ντούρου, Α. Εκδόσεις : ΕΛΛΗΝ
- Robins, L. (2008) Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. Journal Autism
- Schopler, E, Reichler, RJ., DeVellis, R., Daly, K.. (1980) Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disabilities
- Schopler, E. PhD, Mary E., Van Bourgondien, PhD, Glenna Janette Wellman, G.J., PhD, Steven, R., Love, PhD (2009) Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS - 2)
- Schreibman, L., (2005). *The Science and Fiction of Autism. USA, Harvard University Press*

- Siegel, B. (1991). Toward DSM-IV: A developmental approach to autistic disorder. *Psychiatric clinics of North America*. Part: 14.
- Sigman, M., Capps. L. (1997) *Children with autism: A developmental perspective*. Harvard University Press
- Smith, K.J. (2014). «*Efficacious Alternative Augmentative Communication (AAC) and the Development of Language and Speech: A Primary Focus on Children With ASD*» Southern Illinois University Carbondale,
- Smith, Tristram, Mruzek D., Mozingo D. (2005). *Sensory integration therapy. In controversial therapies for developmental disabilities: Fad, Fashion and science in professional practice*. Ed. J.W. Jacobson, R.M. Foxx, J.A. Mulick, 331-50 Mahwah Nj, Lawrence Erlbaum.
- South M., Ozonoff S., McMahon W.M. (2005). «*Repetitive behavior profiles in Asperger syndrome and high-functioning autism.*» *Journal Autism D. Disorder*.
- Strain, P. S., Kohler, F. W., & Goldstein, H. (1996). Learning experiences: An alternative program: Peer-mediated interventions for young children with autism. In P. Jensen, T. Hibbs (eds), *Psychological treatments of child and adolescent disorders* pp. 573-587, Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- The ASHA Leader (2015). Brain Scans May Predict ASD. February, American Speech-Language-Hearing Association
- Volkmar, F. R. (2001). Pharmacological interventions in autism: Theoretical and practical issues. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30:80–87.
- Wachtel, K., Carter, A. S. (2008). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*
- Wall, K. (2006) *Special Needs and Early Years*. London. Paul..
- Wing, L. (2000). «*Το αυτιστικό φάσμα : Ένας οδηγός για τους γονείς και επαγγελματίες για τη διάγνωση*» . Αθήνα : ΕΕΠΑΑ.

Πηγές

<http://www.noesi.gr/book/syndrome/autism>

<http://www.proseggisi.gr>

<http://www.autismhellas.gr>

<http://www.autism.org.uk>

<http://autismpraxis.ning.com>

(Διαδικτυακός τόπος για τον αυτισμό στην Ελλάδα)-(Πρόσφατες έρευνες για τον αυτισμό)

<http://kalaitzi.gr/peritpwseis/autismos>

<https://assessmentscales.wikispaces.com>

(Διαγνωστικά Εργαλεία για τον Αυτισμό)

<http://archivehealth.in.gr> (Διαγνωστικό εργαλείο LENA)

<http://www.esperite.com/?p=64> (Reality Test)

Παράρτημα

Δικαιώματα των Ατόμων με Αυτισμό

Στις 10 Μαΐου 1992, στο 4^ο συνέδριο της Χάγης, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οργανώσεων Γονέων Ατόμων με Αυτισμό, ψήφισε τον ακόλουθο χάρτη των δικαιωμάτων των ατόμων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος.

Τα άτομα με αυτισμό πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και προνόμια με αυτά που απολαμβάνουν όλοι οι Ευρωπαίοι πολίτες. Αυτά τα δικαιώματα πρέπει να επιβληθούν και να προστατευτούν από κατάλληλη νομοθεσία σε κάθε χώρα. Η διακήρυξη των δικαιωμάτων για άτομα με Νοητική Υστέρηση(1971) και για τα δικαιώματα Αναπήρων Ατόμων (1975) των Ηνωμένων Εθνών, καθώς και άλλες διακηρύξεις πρέπει να ληφθούν υπόψη. Συγκεκριμένα για τα άτομα με αυτισμό πρέπει να ισχύουν τα παρακάτω:

- 1.ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό να ζει μια ανεξάρτητη και πλήρη ζωή αξιοποιώντας στο έπακρο το δυναμικό του.
- 2.ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό για μια προσιτή, αντικειμενική και ακριβή διάγνωση και εκτίμηση.
- 3.ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό σε μια κατάλληλη εκπαίδευση.
- 4.ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό (και των εκπροσώπων του) να συμμετέχει στις αποφάσεις που καθορίζουν το μέλλον του.
5. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό σε μια προσιτή και κατάλληλη κατοικία.
6. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό σε ένα εισόδημα ικανό να του παρέχει τροφή, ένδυση, στέγαση και όλα τα απαραίτητα για επιβίωση.
7. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό να συμμετέχει στην ανάπτυξη και διοίκηση των υπηρεσιών που εξασφαλίζουν την ευημερία του.
8. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό για κατάλληλη ενημέρωση και φροντίδα για την σωματική, ψυχική και πνευματική του υγεία. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλης περίθαλψης και φαρμακευτική αγωγής.
9. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό για επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις

10. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό για προσιτά μεταφορικά μέσα και ελεύθερη μετακίνηση.
11. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό να συμμετέχει σε πολιτιστικές δραστηριότητες, διασκέδαση και αθλητισμό.
12. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ του ατόμου με αυτισμό να έχει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες και στις διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας.
13. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να έχει σεξουαλικές σχέσεις συμπεριλαμβανομένου και του γάμου, χωρίς εκμετάλλευση ή εξαναγκασμό.
14. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να έχει ο ίδιος (και οι εκπρόσωποι του) νομική βοήθεια για την προστασία των δικαιωμάτων του.
15. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να μην απειλείται από αυθαίρετο εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλο ίδρυμα.
16. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να μην υπόκειται σε κακή σωματική μεταχείριση ούτε να υποφέρει από έλλειψη φροντίδας.
17. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να μην υπόκειται σε καμία ακατάλληλα ή υπερβολική φαρμακευτική αγωγή.
18. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ατόμου με αυτισμό να έχει πρόσβαση ο ίδιος (και οι εκπρόσωποί του), στον προσωπικό του φάκελο ο οποίος περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με το ιατρικό, ψυχιατρικό και εκπαιδευτικό τομέα.

Ο αυτισμός με εικόνες

Το άτομο με αυτισμό...



Αντιστέκεται σε κάθε φυσιολογική μέθοδο διδασκαλίας



Περιστρέφει αντικείμενα



Δε νιώθει φόβο για τους πραγματικούς κινδύνους



Συμπεριφέρεται σαν κωφό



Γέλια και χαχανητά: Γελά αδικαιολόγητα



Κλάμα-θυμός: Υπερβολική ταραχή χωρίς προφανή λόγο



Αντιδρά στην αλλαγή των συνηθειών του



Ηχοβολία (ηχοαλία)



Δυσκολεύεται στη συναναστροφή του με άλλα παιδιά



Έχει ελλιπή οπτική (βλεμματική) επαφή



Έχει φαινομενική αναισθησία στον πόνο



Δε θέλει χάρδια



Παράλογο «δέσιμο» με αντικείμενα



Υπερβολικές σε άσχημο βαθμό κινητικές ικανότητες



Μπορεί να μην θέλει να κλωτσάει μπάλα αλλά μπορεί να στοιβάζει τούβλα



Αξιοσημείωτη σωματική υπερκινητικότητα ή υπερβολική παθητικότητα

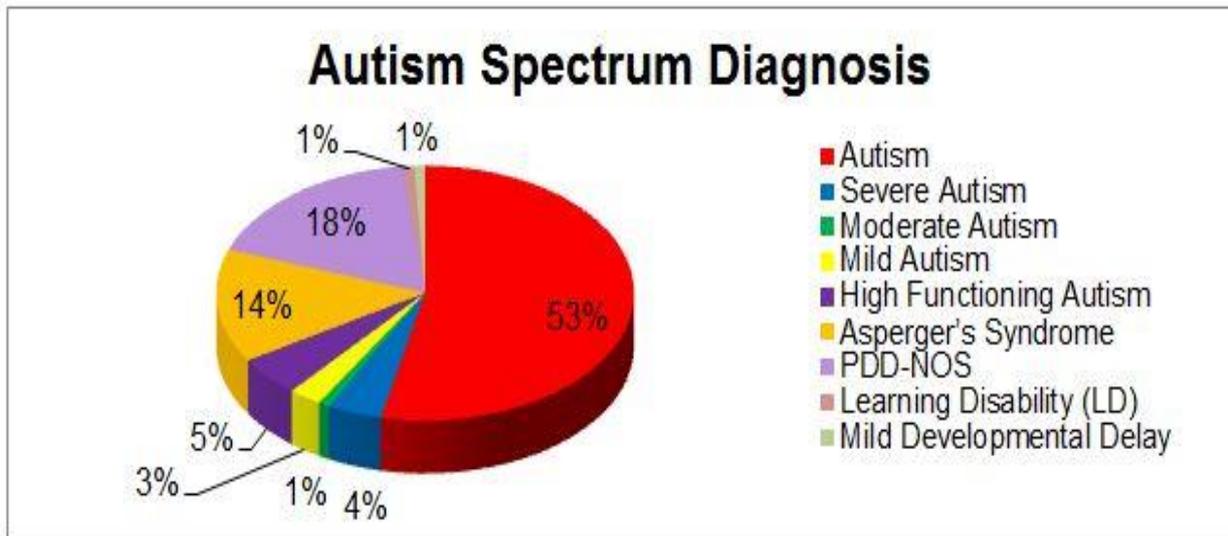


Επιμονή σε παράξενο παιχνίδι



Ψυχρή συμπεριφορά

Autism Spectrum Diagnosis



https://www.google.gr/search?q=Autism+Spectrum+Disorders&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi464bisvrKAhVL3SwKHdDpDEgQ_AUIBygB&biw=1366&bih=667#imgrc=FNeGK4sWwWrZgM%3A

Οι διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης με μια ματιά

	ICD-10	DSM-IV	DSM-5
Γενικός όρος	Διάχυτες 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)

Πηγές: DSM – official site / NAS / Autism Speaks / Ilona Roth (Understanding Autism in the 21st century)

Αυτισμός VS Άσπεργκερ

<i>Παιδιά με αυτισμό</i>	<i>Παιδιά με σύνδρομο Asperger</i>
<i>παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό καθυστέρηση στη γνωστική ανάπτυξη</i>	<i>παρουσιάζουν ιδιαίτερες ικανότητες σε ειδικούς τομείς</i>
<i>παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό απουσία ή καθυστέρηση λόγου</i>	<i>έχουν ως κύριο πρόβλημα την ανικανότητα να ξεκινήσουν και να διαχειριστούν μία συζήτηση</i>
<i>αναγνωρίζονται σε μικρή ηλικία</i>	<i>δεν αναγνωρίζονται πολλές φορές πριν από την ηλικία των 7 χρόνων, όταν το παιδί ξεκινά το σχολείο</i>

<http://esxoleio.weebly.com/sigma973nudeltarhoomicronmuomicron-asperger.html>

Essence Questionnaire

ESSENCE-Q-REV (Gillberg C 2012)

Name of child:	
-----------------------	--

Age:		Completed by:	
Sex:		Date:	

Please take a few minutes to read and check the following items.

- ❖ Y= Yes
- ❖ M/AL = Maybe/A little
- ❖ N= No

Have you (or anybody else, who? _____) been concerned for more than a few months regarding child's

1. General development
2. Motor development/ milestones
3. Sensory reactions (e.g. touch, sound, light, smell, taste, heat, cold, pain)
4. Communication/language/ babble
5. Activity (overactivity/passivity) or impulsivity
6. Attention/concentration/ "listening"
7. Social interaction/interest in other children
8. Behaviour (e.g. repetitive, routine insistence)
9. Mood (depressed, elated/manic, extreme irritability, crying spells)
10. Sleep
11. Feeding
12. "Funny spells"/ absences

If Y or M/AL to any of the above, please elaborate briefly here:

.....

.....

.....

.....

http://gillbergcentre.gu.se/digitalAssets/1462/1462192_essence-questionnaire.jpg

ESSENCE-Q (a first clinical validation study of a new screening questionnaire for young children with suspected neurodevelopmental problems in south Japan)

(= πρώτη κλινική μελέτη επικύρωσης του ερωτηματολογίου για μικρά παιδιά με υποψία νευροαναπτυξιακής διαταραχής στη νότια Ιαπωνία)

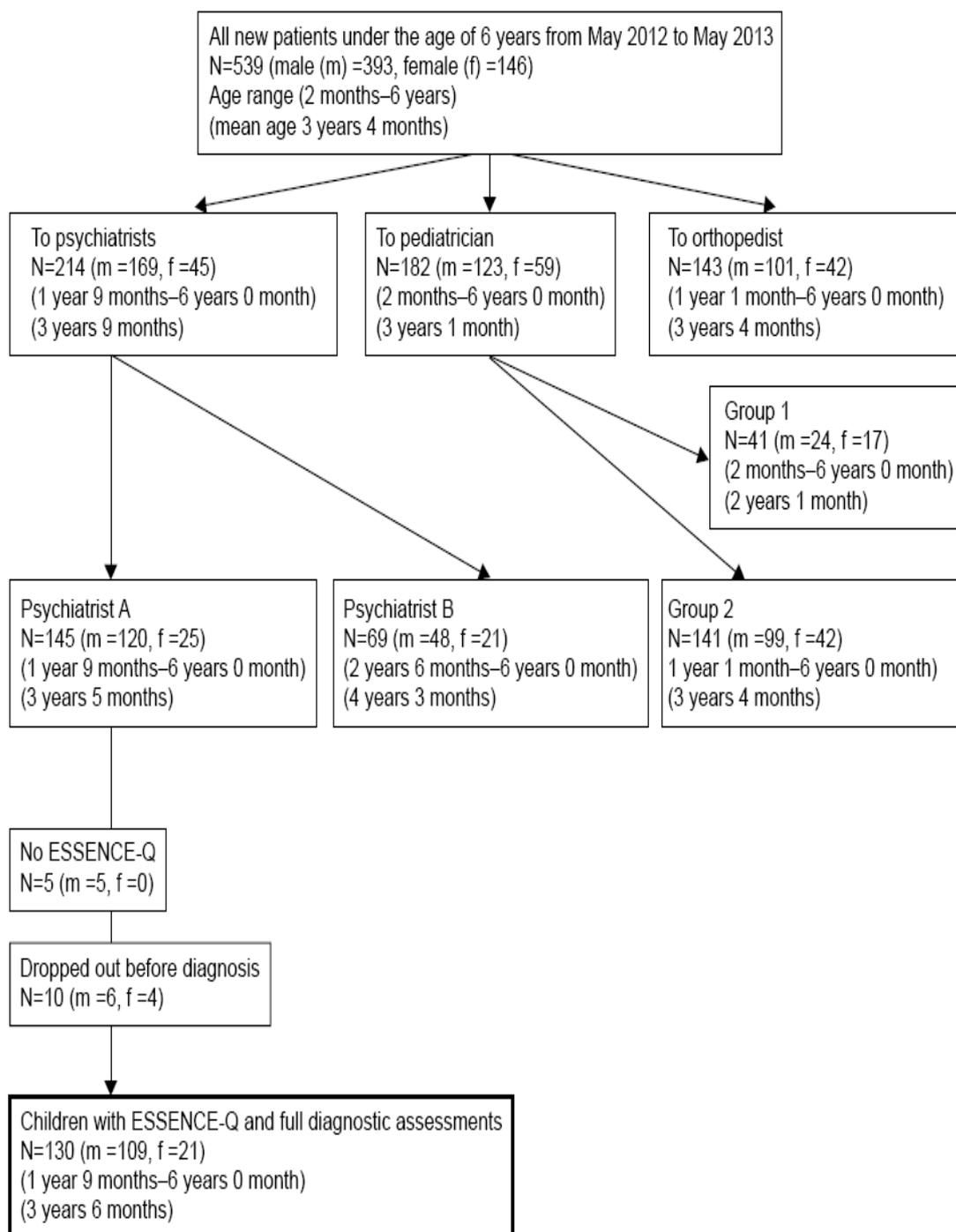


Figure 1 The flowchart shows all new patients under the age of 6 years referred to the Neurodevelopmental Center during the research period.

Note: The children assessed with the ESSENCE-Q are in the bold rectangle at the bottom of the chart.

Abbreviation: ESSENCE-Q, ESSENCE-Questionnaire.

Diagnosis and other information of the 130 children

Table 1 Diagnosis and other information of the 130 children

Diagnosis	Boys	Girls	Total	Mean age (months) (SD) at first visit and ESSENCE-Q screening	Mean age (months) (SD) at diagnosis	Mean period between first visit and diagnosis (months) (SD)
ASD	32	10	42	37.6 (12.7)	41.5 (13.4)	3.9 (6.9)
ADHD	14	0	14	49.1 (15.5)	60.7 (13.5)	11.6 (13.0)
IDD	11	1	12	43.9 (13.3)	46.6 (16.6)	2.7 (8.6)
BIF	1	1	2	46.5	46.5	0
LD	2	1	3	49.7 (11.4)	62.3 (11.4)	12.7 (11.4)
ASD + IDD	17	3	20	35.4 (12.5)	36.4 (12.5)	1.0 (2.5)
ASD + ADHD	8	1	9	48.6 (9.6)	57.3 (9.3)	8.8 (9.7)
ASD + DCD	3	0	3	61.3 (5.9)	64.3 (3.2)	3.0 (3.0)
ADHD + IDD	4	0	4	42.5 (13.5)	49.8 (13.0)	7.3 (10.4)
ADHD + DCD	1	0	1	46	70	24
LD + DCD	1	0	1	47	67	20
ASD + ADHD + DCD	2	0	2	44	69	25
Diagnosis (+)	96	17	113	41.7 (13.7)	47.3 (16.0)	5.5 (9.1)
Diagnosis (-)	13	4	17	40.5 (13.5)	54.8 (12.1)	13.5 (12.0)
All	109	21	130	41.6 (13.7)	48.1 (15.7)	6.6 (9.8)

Abbreviations: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; ASD, autism spectrum disorder; BIF, borderline intellectual functioning; DCD, developmental coordination disorder; ESSENCE-Q, ESSENCE-Questionnaire; IDD, intellectual development disorder; LD, learning difficulties; SD, standard deviation.

Sensitivity and specificity in all possible cutoff levels

Table 2 Sensitivity and specificity in all possible cutoff levels

Number of "Yes" responses	Number of "Maybe/A Little" responses										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	(0.99, 0.18)	(0.97, 0.35)	(0.94, 0.53)*	(0.89, 0.59)	(0.89, 0.65)	(0.87, 0.65)	(0.87, 0.65)	(0.86, 0.65)	(0.86, 0.65)	(0.86, 0.65)	(0.86, 0.65)
2	(0.98, 0.18)	(0.94, 0.47)	(0.87, 0.77)**	(0.79, 0.82)	(0.76, 0.88)	(0.73, 0.88)	(0.71, 0.88)	(0.69, 0.88)	(0.69, 0.88)	(0.69, 0.88)	(0.69, 0.88)
3	(0.97, 0.18)	(0.89, 0.47)	(0.79, 0.77)**	(0.70, 0.82)	(0.63, 0.88)	(0.55, 0.88)	(0.52, 0.88)	(0.49, 0.88)	(0.49, 0.88)	(0.49, 0.88)	(0.49, 0.88)
4	(0.96, 0.18)	(0.87, 0.53)	(0.76, 0.82)	(0.66, 0.88)	(0.55, 0.94)	(0.46, 0.94)	(0.43, 0.94)	(0.40, 0.94)	(0.39, 0.94)	(0.39, 0.94)	(0.39, 0.94)
5	(0.93, 0.18)	(0.84, 0.53)	(0.71, 0.82)	(0.59, 0.88)	(0.47, 1.00)	(0.37, 1.00)	(0.34, 1.00)	(0.30, 1.00)	(0.29, 1.00)	(0.29, 1.00)	(0.29, 1.00)
6	(0.91, 0.18)	(0.81, 0.53)	(0.65, 0.82)	(0.49, 0.88)	(0.35, 1.00)	(0.25, 1.00)	(0.21, 1.00)	(0.18, 1.00)	(0.17, 1.00)	(0.17, 1.00)	(0.17, 1.00)
7	(0.89, 0.18)	(0.79, 0.53)	(0.61, 0.82)	(0.42, 0.88)	(0.27, 1.00)	(0.16, 1.00)	(0.12, 1.00)	(0.09, 1.00)	(0.08, 1.00)	(0.08, 1.00)	(0.08, 1.00)
8	(0.87, 0.18)	(0.77, 0.53)	(0.58, 0.82)	(0.38, 0.88)	(0.24, 1.00)	(0.12, 1.00)	(0.09, 1.00)	(0.05, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.04, 1.00)
9	(0.87, 0.18)	(0.77, 0.53)	(0.58, 0.82)	(0.37, 0.88)	(0.23, 1.00)	(0.12, 1.00)	(0.08, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.04, 1.00)
10	(0.87, 0.18)	(0.77, 0.53)	(0.56, 0.82)	(0.35, 0.88)	(0.21, 1.00)	(0.10, 1.00)	(0.06, 1.00)	(0.03, 1.00)	(0.02, 1.00)	(0.02, 1.00)	(0.02, 1.00)
11	(0.87, 0.18)	(0.75, 0.53)	(0.54, 0.82)	(0.34, 0.88)	(0.20, 1.00)	(0.08, 1.00)	(0.04, 1.00)	(0.01, 1.00)	(0.00, 1.00)	(0.00, 1.00)	(0.00, 1.00)

Notes: *Cutoff level by the author of the ESSENCE-Q. **Cutoff levels that have the sensitivity and the specificity both in 0.7–0.8 ranges, and also sensitivity > specificity.

Abbreviation: ESSENCE-Q, ESSENCE-Questionnaire.

Table 3 Combinations of cutoff levels with the three highest Youden indices

Cutoff levels	Sensitivity 95% CI	Specificity 95% CI	Youden index 95% CI
$Y \geq 2$ or $M/AL \geq 5$	0.76 (0.67, 0.84)	0.88 (0.64, 0.99)	0.64 (0.31, 0.82)
$Y \geq 2$ or $M/AL \geq 3$	0.87 (0.79, 0.92)	0.77 (0.50, 0.93)	0.63 (0.29, 0.86)
$Y \geq 2$ or $M/AL \geq 4$	0.79 (0.70, 0.86)	0.82 (0.57, 0.96)	0.61 (0.27, 0.82)

Notes: Youden index = sensitivity + specificity – 1. Bold combination best fit with rule of thumb sensitivity > specificity, sensitivity and specificity both in 0.70–0.80 ranges, and Youden index high.

Abbreviations: CI, confidence interval; M/AL, Maybe/A Little; Y, Yes.

<https://www.dovepress.com/essence-q-ndash-a-first-clinical-validation-study-of-a-new-screening-q-peer-reviewed-fulltext-article-NDT#FS1>

Διαγνωστικό Εργαλείο ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)



https://www.wpspublish.com/store/content/images/thumbs/0003339_708g

ADI-R

- the ADI-R takes from 1 1/2 to 2 hours to administer and can be used with children as young as two years of age (with a mental age greater than 18 months).
- The ADI and the ADI-R focus on getting maximal information from the parent about the three key areas defining autism:
 - (1) reciprocal social interaction;
 - (2) communication and language; and
 - (3) repetitive, stereotyped behaviors.
- The ADI-R may be useful as part of a multidisciplinary intake assessment in diagnosing young children with possible autism.
- Because of the time needed to administer the ADI-R, and the extensive training needed, this test may not be a practical assessment method in all clinical situations.
- A structured parent interview, such as the ADI-R, is a method that can help maximize parental recall but is not a substitute for direct observation of the child by a professional assessing the child. Therefore, it is important to supplement structured parent interviews with direct observation of the child.

<http://image.slidesharecdn.com/assessanddiagnosis-120716071145-phapp01/95/assess-and-diagnosis-43-728.jpg?cb=1342422751>

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

A WPS TEST REPORT by Ann Le Couteur, M.B.B.S., Catherine Lord, Ph.D.,
Michael Rutter, M.D., F.R.S.

Copyright ©2006 by Western Psychological Services
12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, California 90025-
1251 Version 1.210

Diagnostic Algorithm

Subjects Aged 4 Years, 0 months or more

Name of Subject: Donal

Subject ID: Sample

Date of Birth: Not Entered

Date of Interview: 05/10/06

Chronological Age: 12 year(s) 0 month(s)

Gender: Male

Name of Respondent: Not Entered

Relation to Subject: Not Entered

Clinician Name: Not Entered

Date Processed: 05/10/06

School/Clinic: Not Entered

Subject is Verbal (Item 30 = 0)

A: Qualitative Abnormalities in Reciprocal Social Interaction

Codes are “Most Abnormal 4.05.0” for all items in A1 to A4 (except 31, 58, and 65).

		Code	Score
A1: Failure to use nonverbal behaviors to regulate social interaction			
Direct Gaze	(50)	2	2
Social Smiling	(51)	3	2
Range of Facial Expressions Used to Communicate	(57)	2	2
	Total A1		6
A2: Failure to develop peer relationships			
Imaginative Play With Peers	(49)	2	2
Interest in Children	(62)	2	2
Response to Approaches of Other Children	(63)	2	2
Group Play with Peers (score if 4.0 to 9.11 years)	(64)	2	
OR (score either 64 or 65, depending on age of subject)			2
Friendships (score if 10.0 years or older)			
“Most Abnormal 10.0 - 15.0”	(65)	2	
	Total A2		8
A3: Lack of shared enjoyment			
Showing and Directing Attention	(52)	3	2
Offering to Share	(53)	2	2

B: Qualitative Abnormalities in Communication

Codes are “Most Abnormal 4.05.0” for all items in B1 and B4.

B2(V) and B3(V) codes apply only for verbal subjects (Item 30 = 0), using “Ever” codes. Only B1 and B4 codes apply for nonverbal subjects (Item 30 = 1 or 2).

		Code	Score
B1: Lack of, or delay in, spoken language and failure to compensate through gesture			
Pointing to Express Interest	(42)	2	2
Nodding	(43)	2	2
Head Shaking	(44)	2	2
Conventional/Instrumental Gestures	(45)	3	2
		Total B1	8
B4: Lack of varied spontaneous make-believe or social imitative play			
Spontaneous Imitation of Actions	(47)	3	2
Imaginative Play	(48)	2	2
Imitative Social Play	(61)	1	1
		Total B4	5

Verbal Subjects Only:

B2(V): Relative failure to initiate or sustain conversational interchange

Social Verbalization/Chat	(34)	2	2
Reciprocal Conversation	(35)	2	2
			Total B2(V) 4

B3(V): Stereotyped, repetitive or idiosyncratic speech

Stereotyped Utterances and Delayed Echolalia (Score "Ever")	(33)	1	1
Inappropriate Questions or Statements (Score "Ever")	(36)	1	1
Pronominal Reversal (Score "Ever")	(37)	0	0
Neologisms/Idiosyncratic Language (Score "Ever")	(38)	2	2
			Total B3(V) 4

Verbal Total = B1 + B2(V) + B3(V) + B4

B(V) Total (cutoff = 8) 21

Nonverbal Total = B1 + B4

B(NV) Total (cutoff = 7) .

C: Restricted, Repetitive, and Stereotyped Patterns of Behavior

Codes are "Ever" for all items in C1 to C4.

		Code	Score
C1: Encompassing preoccupation or circumscribed pattern of interest			
Unusual Preoccupations	(67)	0	0
Circumscribed Interests	(68)	2	2
	Total C1		2
C2: Apparently compulsive adherence to nonfunctional routines or rituals			
Verbal Rituals	(39)	0	0
Compulsions/Rituals	(70)	1	1
	Total C2		1
C3: Stereotyped and repetitive motor mannerisms			
Hand and Finger Mannerisms	(77)	1	
OR (Score the higher of the two)			1
Other Complex Mannerisms or Stereotyped Body Movements	(78)	1	
	Total C3		1
C4: Preoccupations with part of objects or non-functional elements of material			
	(69)	1	

Repetitive Use of Objects or Interest in Parts of Objects

OR (Score the higher of the two) 1

Unusual Sensory Interests (71) 0

Total C4 1

C Total = C1 + C2 + C3 + C4

C Total (cutoff = 3) 5

D: Abnormality of Development Evident at or Before 36 Months

Age Parents First Noticed (2) 36 0

Age of First Single Words (9) 19 0

Age of First Phrases (10) 24 0

Age When Abnormality First Evident (86) 2 0

Interviewer's Judgment on Age When Abnormalities First Manifest

(87) 24 1

D Total (cutoff = 1) 1

Note:

- = Missing (not answered)

. = Score not calculated.

Summary of Codes

1. N/A	21.	-	41.	-	-	61.	-	1	81.	-	-	
2. 36	22.	-	42.	-	2	62.	-	2	82.	-	-	
3. N/A	23.	-	43.	-	2	63.	-	2	83.	-	-	
4. -	24.	-	44.	-	2	64.	-	2	84.	-	-	
5. -	25.	-	45.	-	3	65.	-	2	85.	-	-	
6. -	26.	-	46.	-	-	66.	-	-	86.	2		
7. -	27.	-	47.	-	3	67.	-	0	87.	24		
8. -	28.	-	48.	-	2	68.	-	2	88.	-	-	
9. 19	29.	-	49.	-	2	69.	-	1	89.	-	-	
10. 24	30.	0	50.	-	2	70.	-	1	90.	-	-	
11. -	31.	-	0	51.	-	3	71.	-	0	91.	-	-
12. -	32.	-	-	52.	-	3	72.	-	-	92.	-	-
13. -	33.	-	1	53.	-	2	73.	-	-	93.	-	-
14. -	34.	-	2	54.	-	2	74.	-	-			
15. -	35.	-	2	55.	-	2	75.	-	-			
16. -	36.	-	1	56.	-	2	76.	-	-			
17. -	37.	-	0	57.	-	2	77.	-	1			
18. -	38.	-	2	58.	-	2	78.	-	1			
19. -	39.	-	0	59.	-	2	79.	-	-			

20. - 40. - - 60. - - 80. - -

Missing codes: 110

Missing required codes:

0

Code Key:

Item 2, 5 - 10, 17, 19, 26, 28, and

87:

age in month OR

code 991 to
999

- = Missing (not
answered)

Other Items:

Code 0 to 9

First column: may be "current" or
"ever".

Second column (if
presented):

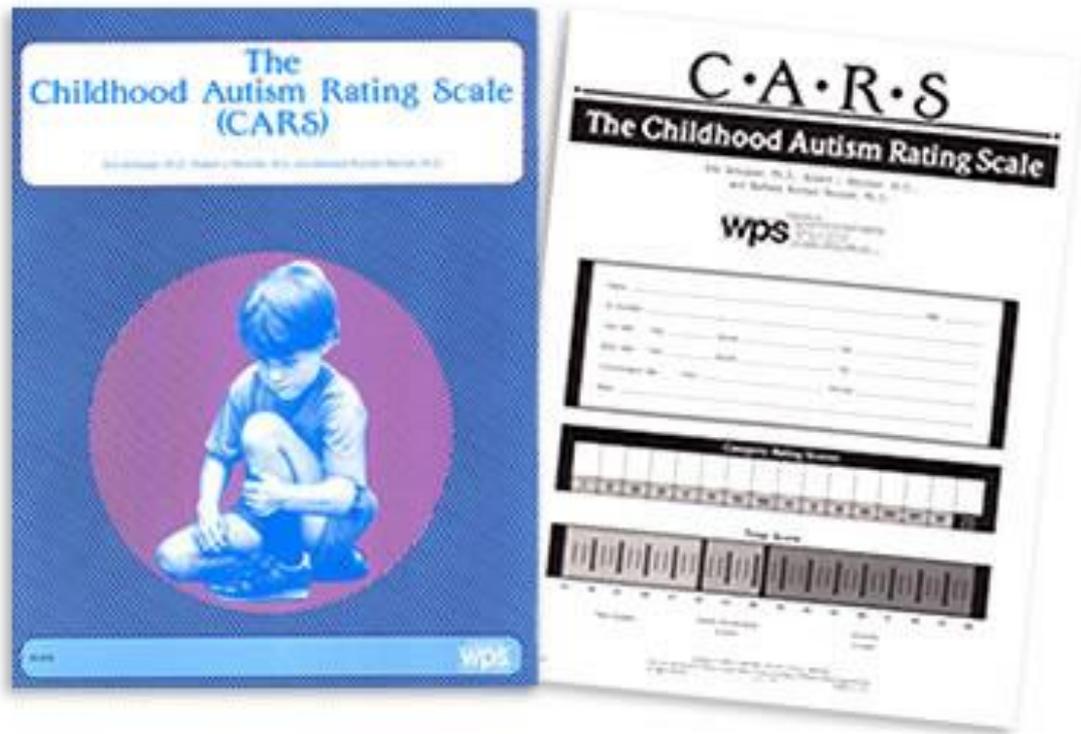
may be "most
abnormal",

"ever" OR "at 5.0 years".

N/A = Not Applicable (no code needed) - = Missing (not answered)

This report was generated based on WPS TEST REPORT Microcomputer Data Entry.

CARS: Childhood Autism Rating Scale



https://www.google.gr/search?q=cars+diagnostic+tools&espv=2&biw=1366&bih=638&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiwsMWOjOzPAhUHvBoKHb87Do oQ_AUIBigB#tbm=isch&q=CARS+Childhood+autism+&imgcr=W2uR8RIutpNvJM%3A

CARS: Childhood Autism Rating Scale (sample)

The following items are a sample of the questions found on the Childhood Autism Rating Scale (Eric Schopler, Robert Reichler, MD, and Barbara Rothen Renner, Western Psychological Services, Los Angeles: 1993), also known as the CARS. This instrument is often used to evaluate young children who may have autistic spectrum disorders.

Evaluators using the CARS rate the child on a scale from 1 to 4 in each of 15 areas.

Relating to People

| | |
|-----|---|
| 1 | No evidence of difficulty or abnormality in relating to people. The child's behavior is appropriate for his or her age. Some shyness, fussiness, or annoyance at being told what to do may be observed, but not to an atypical degree. |
| 1.5 | (if between these points) |
| 2 | Mildly abnormal relationships. The child may avoid looking the adult in the eye, avoid the adult or become fussy if interaction is forced, be excessively shy, not be as responsive to the adult as is typical, or cling to parents somewhat more than most children of the same age. |
| 2.5 | (if between these points) |
| 3 | Moderately abnormal relationships. The child shows aloofness (seems unaware of adult) at times. Persistent and forceful attempts are necessary to get the child's attention at times. Minimal contact is initiated by the child. |
| 3.5 | (if between these points) |
| 4 | Severely abnormal relationships. The child is consistently aloof or unaware of what the adult is doing. He or she almost never responds or initiates contact with the adult. Only the most persistent attempts to get the child's attention have any effect. |

Body Use

| | |
|-----|--|
| 1 | Age appropriate body use. The child moves with the same ease, agility, and coordination of a normal child of the same age. |
| 1.5 | (if between these points) |
| 2 | Mildly abnormal body use. Some minor peculiarities may be present, such as clumsiness, repetitive movements, poor coordination, or the rare appearance of more unusual movements. |
| 2.5 | (if between these points) |
| 3 | Moderately abnormal body use. Behaviors that are clearly strange or unusual for a child of this age may include strange finger movements, peculiar finger or body posturing, staring or picking at the body, self-directed aggression, rocking, spinning, finger-wiggling, or toe-walking. |
| 3.5 | (if between these points) |
| 4 | Severely abnormal body use. Intense or frequent movements of the type listed above are signs of severely abnormal body use. These behaviors may persist despite attempts to discourage them or involve the child in other activities. |

Adaptation to Change

| | |
|-----|---|
| 1 | Age appropriate response to change. While the child may notice or comment on changes in routine, he or she accepts these changes without undue distress. |
| 1.5 | (if between these points) |
| 2 | Mildly abnormal adaptation to change. When an adult tries to change tasks the child may continue the same activity or use the same materials. |
| 2.5 | (if between these points) |
| 3 | Moderately abnormal adaptation to change. The child actively resists changes in routine, tries to continue the old activity, and is difficult to distract. He or she may become angry and unhappy when an established routine is altered. |

| | |
|-----|---|
| 3.5 | (if between these points) |
| 4 | Severely abnormal adaptation to change. The child shows severe reactions to change. If a change is forced, he or she may become extremely angry or uncooperative and respond with tantrums. |

Listening Response

| | |
|-----|--|
| 1 | Age appropriate listening response. The child's listening behavior is normal and appropriate for age. Listening is used together with other senses. |
| 1.5 | (if between these points) |
| 2 | Mildly abnormal listening response. There may be some lack of response, or mild overreaction to certain sounds. Responses to sounds may be delayed, and sounds may need repetition to catch the child's attention. The child may be distracted by extraneous sounds. |
| 2.5 | (if between these points) |
| 3 | Moderately abnormal listening response. The child's responses to sounds vary; often ignores a sound the first few times it is made; may be startled or cover ears when hearing some everyday sounds. |
| 3.5 | (if between these points) |
| 4 | Severely abnormal listening response. The child overreacts and/or under reacts to sounds to an extremely marked degree, regardless of the type of sound. |

Verbal Communication

| | |
|-----|---|
| 1 | Normal verbal communication, age and situation appropriate. |
| 1.5 | (if between these points) |
| 2 | Mildly abnormal verbal communication. Speech shows overall retardation. Most speech is meaningful; however, some echolalia or pronoun reversal may occur. Some peculiar words or jargon may be used occasionally. |

| | |
|-----|--|
| 2.5 | (if between these points) |
| 3 | Moderately abnormal verbal communication. Speech may be absent. When present, verbal communication may be a mixture of some meaningful speech and some peculiar speech such as jargon, echolalia, or pronoun reversal. Peculiarities in meaningful speech include excessive questioning or preoccupation with particular topics. |
| 3.5 | (if between these points) |
| 4 | Severely abnormal verbal communication. Meaningful speech is not used. The child may make infantile squeals, weird or animal-like sounds, complex noises approximating speech, or may show persistent, bizarre use of some recognizable words or phrases. |

This sample was used with permission from Western Psychological Services and the authors.

Παγκόσμια Ημέρα Αυτισμού (2 ΑΠΡΙΛΙΟΥ)

Από το 2008, με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, καθιερώθηκε πως κάθε χρόνο, θα γιορτάζεται στις 2 Απριλίου η Ημέρα Ευαισθητοποίησης και Ενημέρωσης για τον Αυτισμό.

Μια ημέρα που σκοπός της είναι να ενημερώσει την παγκόσμια κοινή γνώμη για τον αυτισμό και τα βήματα που πρέπει να γίνουν για την ομαλή ένταξη των ατόμων αυτών στην κοινωνία.

Περισσότερο είναι αφιερωμένη στο παιδί με αυτισμό. Είναι μια πραγματικότητα που όλοι φοβόμαστε καθώς η πάθηση αυτή έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Έρευνες δείχνουν πως περίπου 1 στα 150 παιδιά είναι αυτιστικό. Ωστόσο, δεν χρειάζεται να φοβόμαστε. Η ενημέρωση είναι το παν ώστε να μπορούν αυτά τα παιδιά που είναι όπως όλα τα υπόλοιπα, να ενταχθούν στην κοινωνία μας. Σύμφωνα με το logotherapy.com.gr, ο αυτισμός:

1. Είναι μια σύνθετη διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από δυσκολία στην επικοινωνία και/ή στις κοινωνικές δεξιότητες από την παιδική ηλικία.
2. Έως και σήμερα δεν υπάρχουν βιολογικές ενδείξεις ή ιατρικά τεστ για τον αυτισμό. Οι διαγνώσεις βασίζονται σε συμπεριφορές οι οποίες παρουσιάζονται σε συνδυασμούς κατά την πρώτη παιδική ηλικία.
3. Τα ποσοστά αυτιστικών ατόμων αυξάνονται συνεχώς και ραγδαία αγγίζοντας ο δεκαπλάσιο από το 1980 με 1 στα 88 παιδιά (στην Αμερική) να παρουσιάζουν κάποια συμπτωματολογία του αυτισμού.
4. Ο αυτισμός εμφανίζεται σχεδόν 4 φορές πιο συχνά στα αγόρια.
5. Η αιτιολογία του αυτισμού είναι ακόμη άγνωστη παρόλο που αρκετοί πλέον πιστεύουν ότι είναι πολύ-παραγοντική με συνδυασμό γενετικών παραγόντων και περιβάλλοντος.
6. Ενώ δεν μιλάμε για θεραπεία, μπορεί να υπάρξει τεράστια βελτίωση με την κατάλληλη παρέμβαση σε πρώιμη ηλικία. Η λεγόμενη «πρώιμη παρέμβαση» μας δίνει τη καλύτερη πρόγνωση σήμερα.



7. Ο αυτισμός έχει φάσμα. Τα τελευταία παγκόσμια διαγνωστικά κριτήρια μιλούν για ένα φάσμα συμπτωματολογίας (συμπεριφορών) οι οποίες χρειάζονται σωστό εντοπισμό και έπειτα παρέμβαση.

8. Τα παιδιά με αυτισμό δεν είναι απαραίτητα λιγότερο ή περισσότερο ευφυή από άλλα. Μπορούν να έχουν λιγότερες ή περισσότερες κλίσεις από τα παιδιά της ηλικίας τους με υψηλά ποσοστά σε μαθηματικά, μουσική ή στην οπτική αντίληψη.

9. Μετρούνται πολλές και διαφορετικές μέθοδοι παρέμβασης για τον αυτισμό. Κάθε μια από αυτές έχει/δεν έχει επιστημονικά δεδομένα να την υποστηρίζουν και κάθε μια έχει υποστηρικτές και αντιμαχόμενους.

10. Κάθε παιδί (ενήλικας) με αυτισμό, είναι διαφορετικό, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα παιδιά (ανθρώπους).

11. Η οικογένεια (περιβάλλον) παίζει τεράστιο ρόλο στην εξέλιξη του αυτιστικού παιδιού. Έρευνες αποδεικνύουν τις πολλές ώρες εκπαίδευσης που χρειάζονται για την καλύτερη πρόγνωση γι' αυτό και η συμμετοχή της οικογένειας είναι καταλυτική.

12. Υπάρχουν αυτιστικοί άνθρωποι και παιδιά ανάμεσά μας που δεν μπορούμε να τους αναγνωρίσουμε ως ανθρώπους με κάποια διαταραχή καθώς έχουν μάθει να διαχειρίζονται εξαιρετικά καλά τις δυσκολίες τους.

13. Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να μιλήσουν, μπορούν καταλάβουν, μπορούν να μάθουν. Δεν αμφισβητούμε τις δυνατότητες, μπορεί όμως να μη βρούμε εμείς τον τρόπο να τις επικοινωνήσουμε και να τις διδάξουμε.

14. Η οικογένεια του αυτιστικού ατόμου περνάει μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο κατά τη πρώτη διάγνωση και μέχρι τη συνειδητοποίηση της διαταραχής και της συμπτωματολογίας. Οφείλουμε να είμαστε υποστηρικτικοί και βοηθητικοί.

15. Ο αυτισμός μας αφορά όλους! Πρόκειται για άτομα με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας όπως όλοι μας. Είναι γείτονές μας, μαθητές μας, συμμαθητές των παιδιών μας, συνάδελφοί μας, συμφοιτητές μας, καθηγητές και προϊστάμενοί μας. Κάθονται δίπλα μας στο λεωφορείο, παίζουν στη παιδική χαρά της γειτονιάς μας, ψωνίζουν από το ίδιο σούπερ μάρκετ. Έχει περισσότερες πιθανότητες από όσες φαντάζεσαι να συναναστραφείς στη ζωή με ένα αυτιστικό άτομο, μη κλείνεις τα μάτια, ενημερώσου!

<http://www.autism-evros.gr/ta-nea-mas-menou/120%CE%B1%CE%BA.html>

εικόνα σελ 145: <http://currentaffairs.adda247.com/2016/04/2ndapril-world-autism-awareness-day.html>

Εικόνα Εξωφύλλου



seeing the world from
a different angle

http://img.auctiva.com/imgdata/0/5/0/8/1/6/webimg/743178791_o.jpg

Αυτιστικό αγόρι ζωγραφίζει από μνήμης τον παγκόσμιο χάρτη



<http://www.newsitamea.gr/afto-to-11chrono-aftistiko-agori-zografizi-apo-mnimis-ton-pagkosmio-charti-foto/>

Το παιδί μου έχει ΑΥΤΙΣΜΟ και είναι διαφορετικό απο το δικό σου διότι:

ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΤΡΟΠΟ ΣΚΕΨΗΣ

ΤΟΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΟΡΙΣΜΕΝΟ ΘΕΜΑ ΑΝΤΙ ΓΙΑ ΠΟΛΛΑ

Η ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ ΤΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙ ΚΑΜΜΙΑ ΦΟΡΑ

ΔΕΝ ΦΟΒΑΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΘΑΡΡΑΛΕΟΣ

ΟΤΙ ΠΕΡΙΣΤΡΕΦΕΤΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ

ΠΑΙΖΕΙ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΓΝΙΔΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΑΜΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΜΕΝΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥ ΜΙΛΑΣ ΚΑΙ ΝΑ ΜΗΝ ΣΕ ΑΚΟΥΣΕΙ

ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΤΑΧΤΙΚΟΣ ΜΕ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ

ΑΜΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΚΑΤΙ ΘΑ ΤΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΑΜΕΣΩΣ

ΘΥΜΑΤΑΙ ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΔΕΙ ΕΣΤΩ ΚΑΙ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ

ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΤΟΝ ΑΓΓΙΖΟΥΝ ΟΤΑΝ ΤΟΥ ΜΙΛΑΝΕ

ΠΑΙΖΕΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΑ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΒΑΡΙΕΤΑΙ

ΠΑΡΑΤΗΡΕΙ ΚΑΙ ΒΛΕΠΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ

ΕΧΕΙ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ!

ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗ & ΚΕΙΜΕΝΟ: HARRY VAN NIELEN ΚΑΙ ELLEN LUTEIJN – ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΑ ΟΛΛΑΝΔΙΚΑ: ΠΕΡΛΑ ΜΕΣΣΙΝΑ